

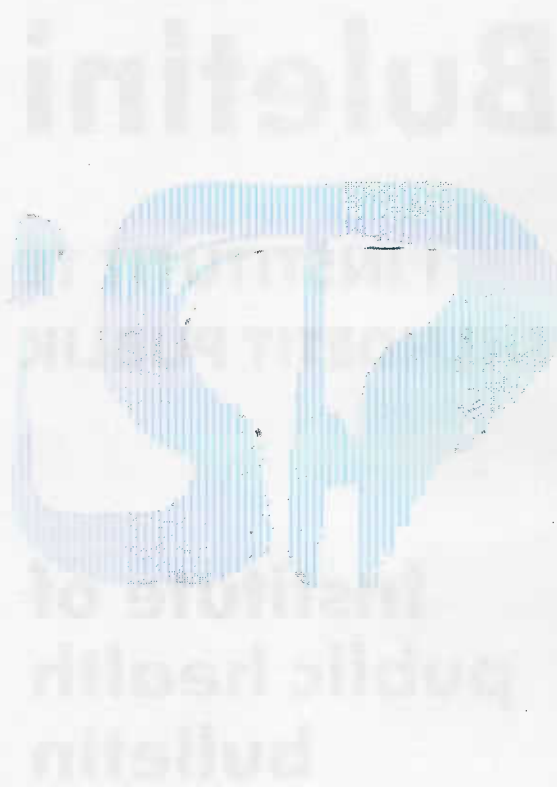
Buletini

**I INSTITUTIT TE
SHENDETIT PUBLIK**

**Institute of
public health
bulletin**

Nr 2 /2005





Adresa : Instituti i Shëndetit Publik
Rr. Aleksandër Moisiu Nr. 80
Tiranë ALBANIA
Tel / Fax. 00355 43 700 58
Email: iphealth @ sanx.net

Publikimi i Buletinit të I.S.H.P.
u sponsorizua nga :
Instituti i Shëndetit Publik dhe Ministria e Shëndetësisë

Design: G.MUSA



Permbajtja 2

Dep. Epidemiologjise dhe Semundjeve Infektive

- ▶ "Sistemi ALERT :Infeksionet respiratore te siperme dhe te poshtme gjate periudhes Janar – Tetor 2005

Artan Simaku

Dep. Politikave te Menaxhimit & Dep.Promocionit

- ▶ Analiza e Sistemit të Kapaciteteve për Promocionin e Shëndetit në Shqipëri.

Albani Ylli / Erka Amursi

Dep.Mjedisi dhe Shendetit

- ▶ Cilesia mikrobiologjike e pijeve te buta dhe lengjeve te frutave te prodhuara gjate viteve 2003-2004.

As. Prof. Zanina Haxhiaj, Dr. Yllka Xhumari

- ▶ Bronkopneumopatia kronike obstruktive ne Uzinen e ferro-kromit, Elbasan .

Dr. Hajdar Luka , bio-kimiste Adelina MANLLIU

Dep. Biostatistikës

- ▶ draft / nën - nënraportimi i abortit në Shqipëri

Alba Merdani

Dep. Epidemiologjise dhe Semundjeve Infektive

**INFEKSIONET RESPIRATORE (TE SIPERME DHE TE POSHTEME)
 PER PERIUDHEN JANAR – TETOR 2005**

Artan Simaku

 Tabela 1
 Frekuenca e hasjes se Infeksioneve Respiratore (te Siperme dhe te Poshteme) sipas Rretheve dhe sipas Muajve.
 Numri i rasteve.

Rrethet	Janar	Shkurt	Mars	Prill	Maj	Qershor	Korrik	Gusht	Shtator	Tetor	Totali
BERAT	1.690	3.300	2.873	2.367	2.514	2.126	975	639	1.463	1.981	19.928
BULQIZE	99	85	367	158	93	122	104	52	15	33	1.128
DELVINE	234	544	418	247	255	281	179	152	226	199	2.735
DEVOLL	738	1.239	746	1.078	1.221	1.340	1.243	1.184	1.624	1.318	11.731
DIBER	315	376	692	427	274	425	172	182	392	359	3.614
DURRES	934	2.834	3.144	2.124	1.357	1.419	1.097	1.121	1.750	1.808	17.588
ELBASAN	1.563	2.361	3.191	1.839	1.599	1.581	721	521	1.152	1.476	16.004
FIER	3.225	3.645	2.853	2.613	1.923	1.701	1.442	2.353	2.754	3.050	25.559
GRAMSH	583	682	738	771	675	823	416	400	436	580	6.104
GJIROKASTER	405	556	392	363	399	324	284	252	345	405	3.725
HAS	108	102	130	92	88	89	67	19	45	92	832
KAVAJE	955	864	686	874	183	155	200	383	315	268	4.893
KOLONJE	238	311	406	233	256	263	151	155	182	113	2.308
KORCE	2.127	2.740	4.018	2.818	2.843	3.002	1.486	1.300	1.709	1.934	23.977
KRUJE	313	839	439	373	245	215	103	203	244	143	3.117
KUCOVE	1.229	1.950	2.035	1.197	1.118	1.193	872	612	885	978	12.069
KUKES	244	633	1.242	954	720	726	156	239	412	402	5.728
KURBIN	802	1.492	1.402	702	735	553	405	411	589	648	7.739
LEZHE	737	775	795	538	472	394	185	231	344	478	4.949
LIBRAZHD	346	396	582	349	227	306	220	122	145	282	2.975
LUSHNJE	3.196	5.605	4.741	3.020	2.652	2.658	1.712	1.782	2.230	2.543	30.139
M. MADHE	228	621	92	181	323	44	18	199	23	189	1.918
MALLAKASTER	194	225	271	312	76	36	31	32	41	50	1.268
MAT	1.966	2.191	3.550	2.527	2.089	2.347	1.526	1.588	2.141	2.105	22.030
MIRDITE	221	513	647	303	122	187	29	116	304	374	2.816
PEQIN	35	339	374	361	248	397	230	155	190	245	2.574
PERMET	376	290	301	325	265	278	152	174	330	433	2.924
POGRADEC	1.656	2.001	2.001	1.632	1.079	1.178	901	862	1.068	1.179	13.557
PUKE	55	198	199	151	157	160	110	69	56	51	1.206
SARANDE	579	1.463	621	296	320	487	327	363	477	299	5.232
SKRAPAR	203	794	614	350	436	418	366	286	413	428	4.308
SHKODER	2.205	3.477	3.289	1.814	1.462	1.784	1.224	1.151	1.317	1.277	19.000
TEPELENE	496	722	847	511	469	265	202	225	313	414	4.464
TIRANE	10.154	15.403	18.180	12.280	11.132	11.489	7.619	5.485	8.998	10.030	110.770
TROPOJE	89	146	33	112	91	57	61	55	171	91	906
VLORE	2.313	3.474	4.251	2.985	2.536	2.783	1.702	1.546	2.324	2.427	26.341

Frekuenca e hasjes se Infeksioneve Respiratore të Sipërme dhe të Poshtëme dhe Incidenca per periudhen Janar –Tetor 2004 dhe 2005

tabela 2

	JANAR – TETOR 2004	JANAR – TETOR 2005
INF. RESP. TE SIPERME (IRS)	253.884	237.167
INF. RESP. TE POSHTEME (IRP)	196.367	188.989
TOTALI	450.251	426.156
INCIDENCA Raste / 100.000	14711.3	13747.0

Incidenca e Infeksioneve Respiratore per periudhen Janar – Tetor, paraqitet me e ulet ne vitin 2005 (13747.0) krahasuar me te njejten periudhe te vitit 2004 (14711.3)

Frekuenca e hasjes se Infeksioneve Respiratore (te Siperme dhe te Poshteme) sipas muajve per vitet 2004 dhe 2005.

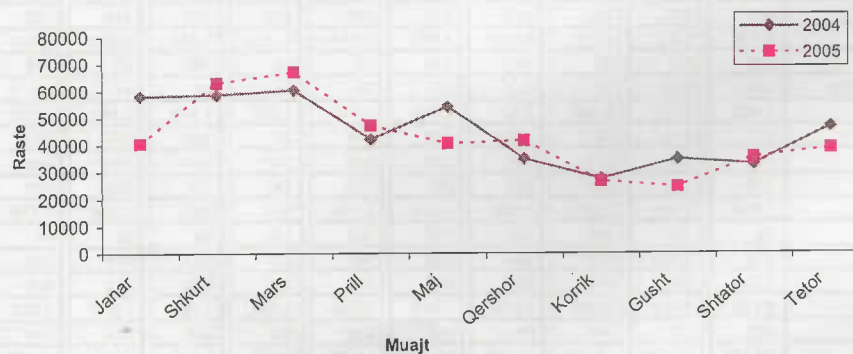
Periudha Janar - Tetor. Numri i rasteve.

Tabela 3

	Janar	Shkurt	Mars	Prill	Maj	Qershor	Korrik	Gusht	Shtator	Tetor	Total
2004	58.247	58.718	60.449	42.176	54.111	34.912	27.468	34.680	32.818	46.672	450.251
2005	40.861	63.186	67.160	47.277	40.654	41.606	26.688	24.619	35.423	38.682	426.156

Grafiku 1.

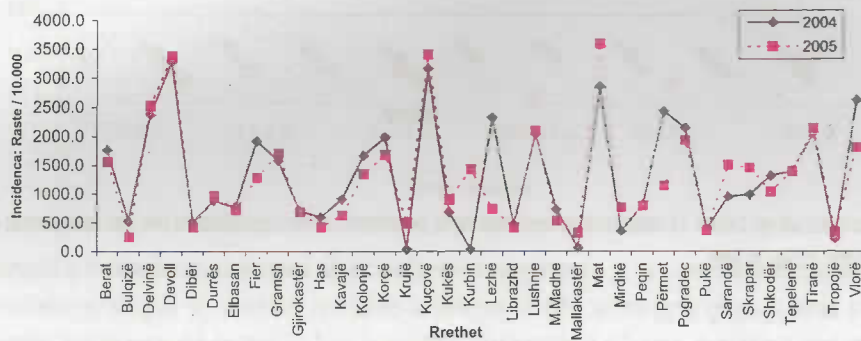
Krahasimi i shperndarjes se Infeksioneve Respiratore (te Siperme dhe te Poshteme) sipas muajve per vitin 2004 dhe 2005. Periudha Janar –Tetor.



Nga grafiku duket qartë që numri me i madh i rasteve të Infeksioneve respiratore është në stinë e ftohtë e vitit, periudha Janar-Prill, e cila fillëson e saj e ka në muajin Nëntor/Dhjetor të vitit paraardhës duke shfaqur karakterin stinor të tyre. Piku i frekuencës së hasjes së tyre me 2004 dhe 2005 është muaji Mars. Me pas trendi i infeksioneve respiratore është në rënie si rrjedhojë e ardhjes së stinës së pranverës dhe verës ku forca e këtyre infeksioneve është në rënie.

Grafiku 2.

Krahasimi i shpërndarjes së Infeksioneve Respiratore (të Siperme dhe të Poshteme) sipas rrethëve për vitin 2004 dhe 2005. Periudha Janar –Tetor. Incidenca: raste / 10.000



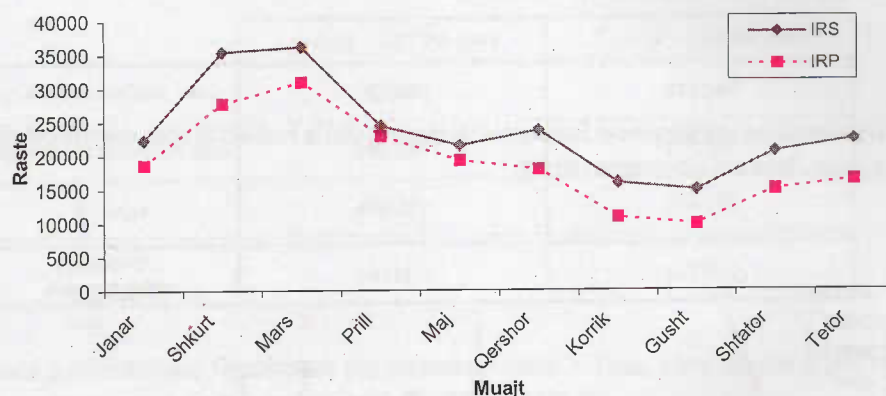
Nga grafiku duket që nuk ka ndryshime në shpërndarjen e infeksioneve respiratore sipas rrethëve në të dy vitet. Të gjitha rrethet paraqesin pothuajse të njëjtën incidence.

Frekuenca e hasjes së Infeksioneve Respiratore të Siperme dhe të Poshteme sipas muajve. Periudha Janar - Tetor 2005. Numri i rasteve.

Tabela 4

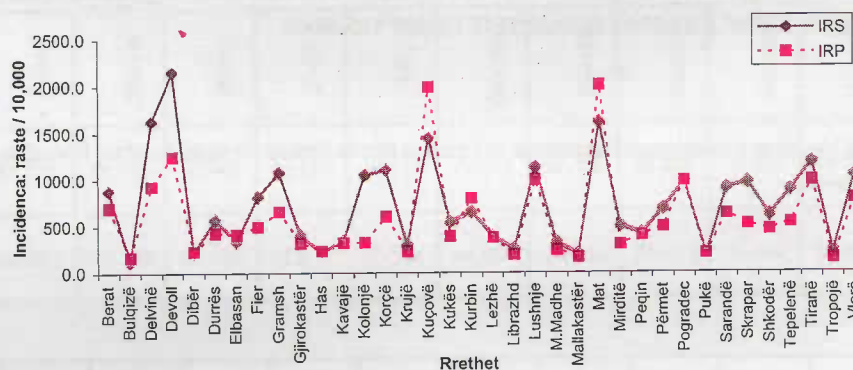
	Janar	Shkurt	Mars	Prill	Maj	Qershor	Korrik	Gusht	Shtator	Tetor	Total
IRS	22.305	35.472	36.222	24.391	21.449	23.717	15.902	14.835	20.513	22.361	237.167
IRP	18.556	27.714	30.938	22.886	19.205	17.889	10.786	9.784	14.910	16.321	188.989
Total	40.861	63.186	67.160	47.277	40.654	41.606	26.688	24.619	35.423	38.682	426.156

Grafiku 3.
Krahasimi i shperndarjes se Infeksioneve Respiratore te Siperme dhe te Poshteme sipas muajve. Periudha Janar – Tetor 2005.



Nga grafiku vrehet qe trendi i infeksioneve respiratore te poshteme shkon paralelisht me ato te siperme duke ndjekur gjithashtu karakterin stinor te tyre.

Grafiku 4.
Krahasimi i shperndarjes se Infeksioneve Respiratore te Siperme dhe te Poshteme sipas rretheve. Periudha Janar – Tetor 2005



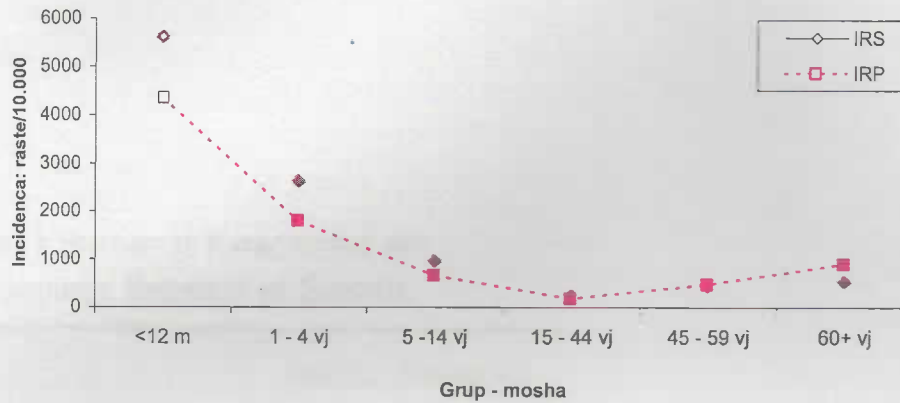
Pothuajse ne te gjitha rrethet, incidenca e infeksioneve respiratore te poshteme eshte me e ulet se ajo e infeksioneve respiratore te siperme, me perjashtim te rrethit te Kuçoves dhe te Matit.

Frekuenca e hasjes se Infeksioneve respiratore te Siperme dhe te Poshteme sipas grup-moshes per periudhen Janar – Tetor 2005. Incidenca raste / 10.000

	<12 m	1 - 4 vj	5 -14 vj	15 - 44 vj	45 - 59 vj	60+ vj
IRS	5617,4	2626,9	961,7	238,4	444,4	534,6
IRP	4360,3	1796,9	654,7	175,5	475,4	901,5

Grafiku 5.
Shpërndarja e Infeksioneve Respiratore te Siperme dhe te Poshteme sipas grup – moshes. Periudha Janar –Tetor 2005.

Incidenca raste / 10.000



Shpërndarja e frekuencës së hasjes së infeksioneve respiratore si te siperme ashtu edhe te poshteme sipas grup-moshave tregon se peshën specifike kryesore të tyre e mbajnë grup-moshat pediatrike 0-14 vjeç. Incidencën më të lartë në brendi të tyre e paraqet grup-moshë <1 vjeç, e ndjekur nga grup-moshat 1-4 vjeç dhe 5-14 vjeç.

Dep.Polikave, Menaxhimit & Dep. Promocionit

ANALIZA E SISTEMIT TË KAPACITETEVE PËR PROMOCIONIN E SHËNDETIT NË SHQIPËRI.

Alban YLLI, Erka AMURSI

Në këtë dokument, autorët e tij analizojnë dhe komentojnë kapacitetet dhe zhvillimet në promocionin shëndetësor në Shqipëri. Ky dokument nuk përfaqëson në asnjë lloj mënyre këndvështrimin e Ministrisë së Shëndetësisë ose të Qeverisë Shqiptare mbi këto çështje.

Metodologjia është bazuar në metodën spider-gram (spider =marimangë), të pergatitur nga OBSH, Zyra e Venecias.

1. Integrimi i politikave dhe mekanizmat e partnershipit brenda qeverisë.

E Drejta e Barabartë për Kujdes Shëndetësor e Qytetarëve Shqiptarë është sanksionuar në Kushtetutën Shqiptare, duke e konsideruar atë një të drejtë njerëzore bazë. Megjithatë, kjo nuk duket se reflekton situatën reale të tranzicionit Shqiptar.

Në nivelin parlamentar, është në funksion komisioni për shëndetin, i cili ka influencë në kalimin e projektligjeve që fokusohen në çështje të shëndetit si, mbrojtja e shëndetit dhe financimi për kujdesin shëndetësor. Qeveria e Shqipërisë ka një numër ministrish, aktivitetet e të cilave influencojnë shëndetin. Përveç Ministrisë së Shëndetësisë është Ministria e Punëve Sociale, Ministria e Arsimit, Ministria e Kulturës dhe Rinisë si dhe Ministria e Transportit, të cilat mund të marrin vendime që influencojnë gjerësisht në shëndetin e Shqipëtarëve. Për të asistuar kryeministrin në vendimet e tij me impakt në shëndetin e popullatës është dizenuar pozicioni i këshilltarit të tij për çështjet e shëndetit.

Pas rënies së komunizmit Ministria e Shëndetësisë po shkon drejt një procesi reformimi; tani supozohet që të transferohet pjesa më e madhe e fuqive të saj manaxheriale në nivelet më të ulta të sistemit shëndetësor dhe ajo të fokusohet në makro-rregullimin e shërbimeve, dizenjimin e politikave dhe zhvillimin shëndetësor afatgjatë. Në praktikë, ajo është akoma e përfshirë në shumë probleme administrative të vogla dhe zgjidhje konfliktesh, të cilat tërheqin vëmendjen nga zhvillimi i politikave afatgjata. Për të përforcuar filozofinë e politikave dhe strategjive afatgjata, pas vitit 2000, një departament i politikave shëndetësore është ngritur në Ministrinë e Shëndetësisë, por kjo është struktura më e vogël dhe më pak e rëndësishme e këtij institucioni.

Për të përmirësuar procesin e koordinimit janë në funksionim disa trupa ndër-ministoror ose ndër-institucional. Këto struktura janë të organizuara në formë komitetesh dhe përfshijnë komitetin për ushqimin, komitetin për ujin, komitetin për parandalimin e drogave, komitetin për çështje që lidhen me moshën e tretë, etj.

Shumica e këtyre strukturave po punojnë nën lidërshpin e Ministrisë së Shëndetësisë. Në pak raste ky lidërshpin nuk funksionoi dhe një ministri tjetër mori drejtimin. Ky është rasti i strategjisë së reduktimit të kërkesës për drogë, procesi i zhvillimit të së cilës, pas 5 vjet përpjekjesh dhe dështimesh, u mor kohët e fundit nga Ministria e Rendit Publik dhe përfundimisht pati sukses. Megjithatë, trupat ndër-ministoror janë në përgjithësi struktura akoma shumë të brishta dhe jo shumë efiçente në vendim-marrje. Atyre u mungon kryesisht një hierarki e qartë e pushtetit dhe një strukturë e qartë.

Zhvillimi i strategjive të Parandalimit të HIV/AIDS dhe Reduktimit të Kërkesës për Drogë dhe strategjia e Promocionit Shëndetësor mund të konsiderohen si histori të suksesshme përse i përket përfshirjes së shumë aktorëve kyç dhe integritetit të një vizioni më të gjerë të determinantëve të shëndetit.

Shembuj të mirë në nivelin makro dhe politikave të zhvillimit në qeveri, që përfshijnë në mënyrë të plotë determinantët më të gjerë të shëndetit janë strategjia e reduktimit të varfërisë dhe strategjia për zhvillimin ekonomik. Në të dyja strategjitë, parimet e 'paanësisë në shëndet' të kujdesit shëndetësor janë përfshirë dhe zhvilluar në mënyrë të hapur.

Sfidat më të mëdha për të arritur koherencë në politikave të shëndetit dhe zhvillimit në Shqipëri janë emergjencat frekvente të viteve 90' dhe ndryshimet e shpejta në strukturën shoqërore të vendit. Disa herë politikave janë nxitur hapur nga partnerët e huaj si projektet e Bankës Botërore. Në këtë mënyrë procesi i zhvillimit të politikave ndjen mungesën e motivimit të nevojshëm dhe angazhimit të aktorëve shqiptarë, duke vënë në rrezik qëndrueshmërinë e procesit dhe suksesin e përgjithshëm të implementimit.

Proçesi i përfshirjes në politika të determinantëve më të gjerë të shëndetit mund të pengohet nga sistemi i strukturuar i hierarkisë në institucionet qeveritare; për të arritur zhvillimin e politikave të tilla është i nevojshëm një bashkëveprim më i fuqishëm dhe më sistematik ndërmjet ministrive, dhe strukturave të shoqërisë civile.

Ndërmjet specialistëve dhe manaxherëve të tjerë të një rangu më të ulët duket se ka një sasi sinjifikante ndërgjegjësimit në lidhje me nevojën për një trajtim gjithëpërfshirës të shëndetit; duke përfshirë institucione të ndryshme dhe duke trajtuar jo vetëm sëmundjet, por determinantët më të gjerë po ashtu. Kjo është një bazë e mirë për ndërtimin e mekanizmave koordinues më të fuqishëm në të ardhmen e afërt.

Të dhënat për mbështetjen e politikave shëndetësore integrale janë përpiluar kryesisht nga sistemet informative shqiptare, veçanërisht ato të kontrolluara nga Instituti Nacional i Statistikave. Problemi me vlefshmërinë e tyre të ulët është tejkaluar gradualisht nga një rritje në numrin, madhësinë dhe cilësinë e kërkimeve shkencore.

2. Politikat dhe strategjitë që synojnë krijimin e kushteve për shëndet të mirë.

Pas një periudhe instabiliteti dhe mungese të qetësisë politike, që e detyruan shoqërinë Shqiptare të jetë vazhdimisht e fokusuar në emergjencat, pas vitit 2000 ka shenja të mira për një zhvillim më të qendrueshëm. Pergatitja e një serie dokumentash politikash dhe strategjishë të cilat adresojnë kontrollin e determinantëve më të gjerë, si direkt ashtu edhe indirekt, është një shenjë e qartë e këtij vizioni më afatgjatë në administrim dhe politikë-bërje.

Prej dy vjetësh Shqipëria ka përfunduar zhvillimin e dy strategjive kryesore në nivel makro me fokus direkt mbi shëndetin;

- ▶ Strategjia për zhvillimin e sistemit shëndetësor dhe
- ▶ Strategjia për promocionin shëndetësor dhe parandalimin e sëmundjeve.

Strategji të tjera dhe dokumenta politikash me impakt direkt në shëndet, përfshijnë:

- ▶ Një strategji për reduktimin e kërkesës për drogë
- ▶ Dokumenti i politikave për reformën në shëndetin mendor
- ▶ Dokumentat mbi kontrollin e alkoolit dhe duhanit
- ▶ Strategjia për kontrollin e sëmundjeve infektive

Për më tepër, strategji të tjera gjithëpërfshirëse dhe të nivelit makro janë duke u zhvilluar. Këto strategji nuk janë të fokusuar direkt mbi shëndetin, por shëndeti i popullatës dhe ndërhyrjet në shëndet janë konsideruar si komponentë. Shembuj të mirë janë:

- ▶ Strategjia e reduktimit të varfërisë dhe
- ▶ Strategjia e zhvillimit ekonomik

Në të dy këto dokumenta politikash të mëvonshme, shëndetit i është dhënë një rol i rëndësishëm në zhvillim dhe janë bërë përpjekje për të gjetur rrugë për të adresuar problemet në rritje të mungesës së kohezionit social, pabarazisë, etj.

Akoma mungon një dokument gjithëpërfshirës i cili do të përfshinte të gjithë determinantët e gjerë dhe do të lidhte strategjitë e ndryshme të përmendura me sipër.

Një problem tjetër lidhet me faktin që strategji ose politika të tilla zakonisht nuk mbështeten me plane veprimi dhe buxhete të rezervuara për to. Duket se procesit të zhvillimit të politikave afatgjata i mungojnë komponentë kyç që mund të sigurojnë implementimin e strategjive. Ndosht shpesh që strategjitë janë filluar nën influencën e donatorëve (përfshirë Bankën Botërore), që suportojnë financërisht procesin. Nga ana tjetër, dokumentat e politikave me efekte afatgjata dhe impakte të rëndësishme nuk marrin gjithmonë konsensusin e partive opozitare, duke vënë kështu në rrezik implementimin e suksesshëm në të ardhmen.

Zakonisht strategjitë dhe dokumentat e politikave në Shqipëri janë përgatitur ose nga këshilltarë të huaj, ose nën asistencën e tyre masive. Analiza e situatës është e bazuar në të dhënat ekzistuese. Grupet e punës për këtë në Ministrinë e Shëndetësisë, Ministri ose Institucione të tjera janë ngritur pasi suporti formal i ministrive është marrë. Aktivitetet e zhvillimit të strategjive konsistojnë kryesisht në takime pune, workshop-e, dhe konferenca konkluzive. Në rastin e strategjive, të cilat kërkojnë në mënyrë të hapur bashkëveprim nderinstitucional/nderministror, grupet e punës janë të përbëra nga ekspertë të institucioneve të ndryshme. Përfaqësuesit e shoqërisë civile mund të jenë pjesë e grupit, po ashtu. Shembulli i mirë në përfshirjen e një spektri të gjerë aktorësh është procesi i zhvillimit të strategjisë për reduktimin e kërkesës për drogë. Kjo strategji nuk është një shembull shumë i mirë përse i përket periudhës së kohës që kërkoi për t'u përfunduar; më tepër se pesë vjet. Rasti ekstrem përse i përket periudhës së kohës së kërkuar është

strategjia e zhvillimit të sistemit shëndetësor, që kërkoi më shumë se 10 vjet për t'u adaptuar më në fund nga qeveria. Megjithatë, ky nuk është rasti i pjesës më të madhe të strategjive dhe dokumentave të politikave të tjera; ato nuk kanë marrë më shumë se 2-3 vjet për t'u përgatitur.

3. Mekanizmat për të siguruar mjaftueshmërinë dhe cilësinë e veprimtarive të promocionit të shëndetit publik në përputhje me kushtet dhe nevojat.

Zhvillimi i bazuar në ekonominë e tregut po zgjeron çdo ditë hendekun që ekziston ndërmjet të varfërve dhe të pasurve në Shqipëri. Komunitetet në zonat rurale dhe komunitete të tjera vulnerable në zonat urbane kanë tendencën të jenë progresivisht më pak të pasura, më pak të edukuara, të kenë akses më të keq ndaj shërbimeve dhe tregues më të varfër të shëndetit sesa kategoritë e tjera të popullatës.

Përpjekjet e qeverive për të futur programe që prodhojnë rezultate të qëndrueshme në shëndet për të gjitha grupet e shoqërisë, (duke përfshirë këtu grupet e varfra dhe vulnerable) konsistojnë kryesisht në nënvizimin në dokumentat e politikave të tyre të parimit 'shëndet për të gjithë' dhe në dhënien e prioritetit shërbimit shëndetësor parësor p.sh.shërbime bazë për të gjithë.

Në praktikë, veprimet për të krijuar kushtet për shëndet të mirë, të cilat përputhen me kushtet e përcaktuara të zhvillimit dhe nevojat e vendit, janë të dobta dhe spontane.

Programet e hartuara nga organizata të shoqërisë civile dhe të financuara nga donatorë të huaj përipiqen të fokusohen në ndërhyrje dhe investime nga ku përfitojnë grupet e popullatës më në nevojë, dhe pa mbështetje e zë në shoqëri. Por, përqendrimi i shumë organizatave të shoqërisë civile në Kryeqytet dhe qendrat urbane kryesore e vështirëson proçesin.

Ministria e Shëndetësisë ka filluar disa përpjekje të vogëta për t'i koordinuar këto veprime për t'i shpërndarë më mirë burimet dhe për të siguruar përputhje të veprimeve me politikat e shkruara, por është përballur me shumë vështirësi në një mjedis kaotik, ku emergjencat tërheqin vëmendjen nga politikat dhe ndërhyrjet afatgjata.

Midis shumë pak shembujsh të mirë mund të përmendim përpjekjet për të mbajtur programet e shëndetit parësor bazë në zonat e deprivuara duke ndërfutur:

- ▶ Paga më të larta për profesionistët e kujdesit shëndetësor,
- ▶ Investime në infrastrukturën bazë në zonat rurale, dhe
- ▶ Fillimin e programeve të trainimit për punonjësit e shëndetësisë në komunitet.

Mekanizmat që sigurojnë ndërhyrje të tilla janë:

- ▶ Planifikimi i burimeve njerëzore në një departament të veçantë në MSH dhe
- ▶ Një strukturë vertikale e centralizuar e programeve të shëndetit publik.

Këto mekanizma supozohet t'i bëjnë ndërhyrjet dhe shpërndarjen e burimeve konsistente me kushtet që kontribuojnë në shëndet apo sëmundshmëri në nëngrupet e shoqërisë, dhe jo vetëm me forcat e tregut.

Tendencë kryesore e ndërhyrjeve dhe veprimeve të qeverisë ka qenë që të ruajë sa më shumë që të jete e mundur mekanizmat dhe strukturat e vjetra të sistemit shëndetësor të para 90'

Forcat pas kësaj tendence janë:

- ▶ Përpjekje për t'iu përgjigjur nevojave të elektoratit në një mjedis gati -demokratik,
- ▶ Interesi i vendim-marrësve të nivelit të lartë për të ruajtur pushtetin në institucionet qendrore, dhe
- ▶ Përqafimi i principeve të "shëndet për të gjithë" që nga dokumentat e politikave të fillimeve të viteve 90'.

Sfida të reja po emergojnë nga procese, si decentralizimi i pushteteve dhe përgjegjësi në shoqërinë e re demokratike shqiptare; shpesh është e vështirë të harmonizohen politikat me investime afatgjata nga qeveritë lokale të krijuara rishtazi, të cilat, për momentin, nuk kanë pushtet e përgjegjësi të qarta dhe as burimet njerëzore për të implementuar politika të tilla.

4. Burimet në nivel nacional/rajonat për promocionin e shëndetit publik: njerëzore, teknike dhe financiare.

Burimet njerëzore në promocionin shëndetësor janë pjesërisht të trashëguara nga sektori i propagandës shëndetësore të sistemit shëndetësor të kaluar dhe pjesërisht janë të punësuar të rinj nëpërmjet një procesi "selektimi negativ" nga njerëz të trainuar në mjekësinë tradicionale.

Para 90' mjeku i përgjithshëm në kujdesin shëndetësor parësor ishte i përfshirë direkt në aktivitete të promovimit të shëndetit, ndërsa tani, përveç kontratave formale që ata kanë me Institutin e Sigurimeve Shëndetësore ose Autoritetet Shëndetësore Lokale, janë vetëm të fokusuar në kurimin e pacientëve, duke shpresuar më shumë në të ardhurat e poshtë tavolinës.

Mekanizmat aktuale shqiptare të edukimit dhe trainimit për përgatitjen e profesionistëve në këtë fushë janë larg nga kualifikimi me standartet Europiane. Përveç një nevojë akute për trainim formal (specializim pasuniversitar) dhe të vazhdueshëm (zhvillim i supervizuar i aftësive praktike), pak është bërë para vitit 2005.

Para vitit 2000 specializimi tradicional pas marrjes së diplomës në mjeksi ishte një kurs dy vjeçar në higjenë dhe një kurs tjetër në epidemiologji. Kishte vetëm përpjekje të dobta për të zgjeruar vizionin dhe ndërlidhjet, parë nga perspektiva e determinantëve më të gjerë të shëndetit.

Stafi i kujdesit shëndetësor nuk merr trainimin e duhur për të bërë punën e tij dhe zhvillimi profesional i vazhdueshëm është spontan ose në pjesën më të madhe inekzistent. Stafi është pak i paguar dhe me burime të pamjaftueshme, kështu që nuk është në gjendje të sigurojë llojin e kujdesjes që ata do të donin të ofronin. Ka gjithashtu mungesë të manaxherëve të aftë të kujdesit shëndetësor, që çon në shpërndarje dhe menaxhim inefiçent të burimeve njerëzore dhe materiale. Emigrimi i specialistëve është një problem tjetër dhe ngre nevojën për një trainim më sistematik për më shumë njerëz duke përmirësuar ndërkohë dhe kushtet e punës të atyre që qëndrojnë në Shqipëri.

Një kurs 5 mujor për planifikim dhe menaxhim shëndetësor nga Instituti i Shëndetit Publik dhe Universiteti i Montrealit mund të sigurojë vetëm një përgjigje të pjesshme ndaj nevojave.

Një ndryshim i rëndësishëm pritet të sillt nga hapja këtë vit e Masterit Shqiptar në Shëndet Publik që përputhet me standartet e ASPHER. Në këtë kurs akademik lejohen të marrin pjesë jo vetëm ata që janë diplomuar në mjekësi, por edhe profesionistë të fushave të tjera. Një projekt i tillë kërkoi shumë përpjekje koordinuese dhe kapërcimin e barrierave që lidheshin me sistemin akademik tradicional dhe paaftësinë e institucioneve të ndryshme (p.sh. Ministrisë së Arsimit dhe Ministrisë së Shëndetësisë) për të punuar së bashku.

Ndërsa burimet financiare për të gjithë sistemin e kujdesit shëndetësor janë ndër më të ultat në rajon; shpenzimet publike për shëndetin aktualisht llogariten të jenë vetëm 2,2% e GDP krahasuar me një mesatare të EU prej 8%. Reforma në financimin për shëndetësinë përfshin futjen e Institutit të Sigurimeve Shëndetësore, por efikasiteti i sistemit të sigurimit shëndetësor është akoma i ulët duke marrë në konsideratë të ardhurat aktuale të popullatës së përgjithshme dhe reduktimin e varfërisë së përhapur gjerësisht.

5. Sigurimi dhe mundësimi i burimeve lokale për promovim të shëndetit publik: njerëzore, teknike dhe financiare.

Në skemën e procesit të decentralizimit në Shqipëri, financat për shërbimet e shëndetit publik u transferuan përkohësisht tek pushteti lokal i cili tregoi se nuk ishte akoma i përgatitur dhe i mungonte niveli i duhur i ndërgjegjësimit për rëndësinë e këtyre shërbimeve. Tani reforma i ka përjashtuar shërbimet e shëndetit publik nga procesi i decentralizimit duke ulur kështu rrezikun e devijimit të burimeve publike në programe të ndryshme nga promovimi shëndetësor.

Megjithatë, duket se ky model centralizimi nuk do të jetë në gjendje për një kohë të gjatë të arrijë të vëjë në përdorim burimet lokale. Nga ana tjetër përfshirja e nevojshme e profesionistëve lokal në vendim-marrje, formulim strategjik, etj, do të vazhdojë të jetë pothuaj inekzistente. Në këtë mënyrë modeli ekzistues i sigurimit të shërbimeve të shëndetit publik përipiqet vetëm të ruajë disa nivele të mira të arritura në të shkuarën, por pengon seriozisht kontributet e supozuara në rritje në krijimin e kushteve për shëndetin dhe mundësimin e popullatave lokale për të rritur kontrollin mbi determinantët e shëndetit të tyre.

6. Mbështetja e zhvillimit të shoqërisë civile.

Zyrtarisht në Shqipëri shoqëria civile konsiderohet si një kontribues i rëndësishëm për demokracinë sepse organizimet e saj mund të përmbushin boshllëqet në ofrimin e shërbimeve (veçanërisht për grupet më vulnerabël), të prodhojnë informacion, ide dhe të thithin projekte. OJF-të janë perceptuar gjerësisht si një alternativë neutrale (një pol i tretë) kundër bipolarizimit politik, kështu ato mund të bëjnë një kritikë më të besueshme ndaj politikave përfshi këtu edhe ato të shëndetit. Ka gjithashtu një opinion që OJF-të kanë një potencial të madh në promovimin/mbrojtjen e standarteve të shërbimeve, etikës në shëndetësi dhe të drejtave ligjore të qytetarëve.

Megjithatë, jo gjithmonë roli i shoqërisë civile është parë në një dritë pozitive. Ka shpesh mosmarrëveshje ndërmjet institucioneve shtetërore dhe OJF-ve për arsye të ndryshme, kryesisht konkurrencë për fonde dhe përgjegjësi të paqarta nga ana e OJF-ve.

Përveç mungesës së strukturave formale të cilat duhet të mbështesin zhvillimin e shoqërisë civile, institucione shtetërore të ndryshme janë të gatshme të adoptojnë bashkëpunimin me shoqërinë civile në strategjitë e tyre afatgjata. Instituti i Shëndetit Publik jep shembuj të mirë historik bashkëpunimi të suksesshëm:

► Projekte kërkimore në grupet vulnerabël dhe popullatat e vështira për t'u arritur (MSM, Punonjësit e seksit, popullata Rome, etj) janë dizenuar dhe supervizuar nga ekspertë në këtë Institut, ndërsa OJF-të e selektuara, që punojnë me këto popullata, kanë bërë punën në terren

► Për të rritur aksesin e përdoruesve të drogës në shërbimet e reduktimit të dëmit, ISHP po bashkëpunon me një OJF me eksperiencë dhe ky bashkëpunim i suksesshëm gjeti një suport financiar energjik në Fondacionin Soros.

Pjesa më e madhe e OJF-ve janë akoma të dobta dhe i mungon suporti i vazhdueshëm për të siguruar një kontribut më të dukshëm në kohezionin social dhe pjesëmarrjen e komunitetit. Sidoqoftë, mundësitë janë të mëdha që këto funksione të ndërmerren shumë më efektivisht në të ardhmen e afërt kur shoqëria Shqiptare të çlirohet përfundimisht nga plagët e paqendrueshmërisë dhe emergjencave kronike.

Balancimi i fleksibilitetit dhe lidhjeve të tyre me komunitetin me kontrollin publik dhe qëndrueshmërinë mbetet një sfidë e madhe për organizimin e shoqërisë civile në Shqipëri.

Në Shqipëri po punojnë së paku 100 OJF dhe ato po organizohen në forume të shoqërisë civile dhe trupa të tjerë koordinues. Përveç kësaj, institucione shtetërore si ISHP po përpiqen të luajnë një rol koordinativ, duke mbledhur të dhëna mbi aktivitetet që zhvillojnë OJF-të. Në këtë mënyrë, ka disa mundësi (jo sistematike) për të monitoruar, vlerësuar, regjistruar kontributin e punës së tyre. Raportet e publikuara nga OJF-të pas projekteve të tyre mbeten një burim tjetër i rëndësishëm evidencash.

7. Promocioni i Shëndetit Publik: Menaxhimi i sistemeve të informimit.

Në Shqipëri ka një mungesë të madhe në informacionin e nevojshëm për shëndetin. Edhe informacioni ekzistues nuk mund të merret lehtë nga njerëzit që u nevojitet. Ne duhet t'i mbledhim të dhënat e nevojshme nga institucione të ndryshme dhe disa herë të dhënat e mbledhura janë kontradiktore me njera-tjetrën.

Determinantët mjedisor, si niveli i ndotjes së ajrit, ndotjes së ujit dhe niveli i zhurmave monitorohen rregullisht në pjesën më të madhe të rajoneve në Shqipëri, por jo në të gjithë Shqipërinë. Është Instituti i Shëndetit Publik ai që i monitoron këta determinantë. Drejtoritë e Shëndetit Publik të Rretheve duhet t'i matin dhe mbledhin këto të dhëna në të gjitha rrethet dhe t'i raportojnë ato në ISHP. Por, jo të gjitha drejtoritë i monitorojnë rregullisht këta elementë.

Ministria e Shëndetësisë ka informacionin e nevojshëm rreth shërbimeve shëndetësore që ofrohen në gjithë vendin.

Instituti i Statistikave në Shqipëri mbledh rregullisht të dhënat për banimin, punësimin, të ardhurat dhe determinantë të tjerë social dhe ekonomik.

Informacioni për aksidentet rrugore, dhunën, krimet, sigurinë mbliidhet nga Ministria e Rendit Publik.

Të dhënat për statusin e shëndetit dhe mortalitetin e morbiditetin e sëmundjeve mbliidhen dhe raportohen çdo muaj në ISHP dhe MSH nga Drejtoritë e Shëndetit Publik të rretheve. Problemi ekziston me klinikat e reja private, të cilat në disa raste nuk japin informacion të saktë me qëllim për t'i shpëtuar taksave. Më shumë probleme ekzistojnë në mbledhjen e të dhënave për shëndetin mendor, tendencat për vetvrasje ose shëndetin seksual. Për shkak të paragjytimeve dhe injorancës shumë njerëz me këto lloj problemesh përpiqen t'i shmangin klinikat. Rastet e tentativave për vetvrasje nuk janë regjistruar dhe raportuar.

Në Shqipëri nuk ekziston ndonjë mekanizëm ose proces për të vlerësuar dhe aq më tepër për të monitoruar rregullisht besimet e popullatës mbi shëndetin. Studime të ndryshme rreth çështjeve të ndryshme të shëndetit vlerësojnë besimet e njerëzve rreth këtyre çështjeve. Por këto besime mbi shëndetin nuk janë mbledhur dhe analizuar dhe nuk janë vlerësuar rregullisht.

Vitet e fundit janë kryer disa studime për të vlerësuar sjelljet në lidhje me shëndetin, si p.sh. studime për të vlerësuar sjelljet e adoleshentëve në lidhje me shëndetin, por sjelljet në lidhje me shëndetin e popullatës në tërësi nuk janë të vlerësuara dhe monitoruara rregullisht. Mekanizmat për të monitoruar rregullisht sjelljet e popullatës në lidhje me shëndetin nuk ekzistojnë.

Aktivitetet e promovimit shëndetësor janë sporadike dhe jo në nivel nacional. Për këtë arsye nuk ka edhe vlerësim sistematik të ndërhyrjeve të promovimit shëndetësor. Ato pak ndërhyrje që janë kryer janë vlerësuar.

Rezultatet e monitorimit dhe vlerësimit janë mbledhur, analizuar dhe interpretuar nga Departamenti i Statistikave në Institutin e Shëndetit Publik dhe në Ministrinë e Shëndetësisë. Jo të gjitha rezultatet janë prezantuar për diskutim publik dhe debat.

Të dhënat rreth statusit të shëndetit zakonisht janë marrë në konsideratë gjatë vendim-marrjes. Ndërsa sjelljet e lidhura me shëndetin, besimet mbi shëndetin dhe determinantët më të gjerë të shëndetit janë marrë më pak në konsideratë. Në disa raste nuk janë të dhënat ato që përcaktojnë prioritetet në vendim-marrje. Ato janë përdorur vetëm për të mbështetur vendimin e marrë.

Përpjekje për të reformuar sistemin e informacionit lidhur me shëndetin kanë filluar disa herë gjatë pesë viteve të shkuara, por lidhshipi përbëhej kryesisht nga agjensi donatore të huaja (p.sh. USAID) dhe eventualisht ka qenë një punë e madhe për të siguruar koordinimin e nevojshëm ndërmjet aktorëve konkurrues në këtë fushë.

8. Kërkime, multidisiplinartet, dhe njohuri rreth zhvillimit.

Ministria e Arsimit dhe Kërkimeve Shkencore është përgjegjëse në Shqipëri për financimin dhe koordinimin e kërkimeve në shumë fusha. Shëndeti Publik nuk ka qenë një prioritet deri këto kohë.

Vetëm dy vjet më parë qeveria e Shqipërisë vendosi të financojë seriozisht kërkimet në fushën e shëndetit dhe Ministria e Shëndetësisë/Instituti i Shëndetit Publik, duke ndjekur këtë vendim, pergatitën për herë të parë një strategji për kërkimet. Një komitet profesionistësh punuan në këtë proces. Në strategjinë e zhvillimit të kërkimeve janë të përfshira një numër prioritetesh, të cilat orientojnë procesin e selektimit për financim.

Proçesi i dhënies së prioriteteve të fushave që do të eksploroheh nga kërkimet kalon nën kontrollin e disa treguesve: vdekshmëria proporcionale, drejtimi i barrës së sëmundjeve, efikasiteti i ndërhyrjeve, etj. Informacioni që shërbeu si bazë për të pergatitur strategjinë, kryesisht është marrë nga sistemet informative kombëtare.

Pjesa më e madhe e kërkimeve në fushën e shëndetit në Shqipëri është ndërmarrë, megjithatë, jashtë strategjisë kombëtare të kërkimeve. Kjo është kushtëzuar nga fakti se pjesa më e madhe e kërkimeve është financuar për gati një dekadë nga donatorë të ndryshëm kur nuk kishte një strategji kërkimesh. Për më tepër një pjesë e kërkimeve është ndërmarrë nga shoqëria civile dhe jo nga institute kërkimore kombëtare ose universitete. Përveç faktit që formalisht pjesa më e madhe e donatoreve përpiqen t'i koordinojnë interesat e tyre me agjencitë shëndetësore shtetërore në Shqipëri, ato influencojnë dukshëm procesin e vendim-marrjes dhe lloji i kërkimeve të zhvilluara nuk është gjithmonë në përputhje me interesin e shprehur në politikat dhe strategjitë afatgjata, duke përfshirë dhe strategjinë nacionale të kërkimeve.

Është fakt që profili kërkimor në Shqipëri ka kaluar drejt një procesi transformimi duke ndjekur tranzicionet epidemiologjike dhe zhvillimet e reja në institutet kërkimore. Tradicionalisht kërkimi në fushën

e shëndetësisë në Shqipëri është fokusuar më shumë në sëmundjet infektive, mjekësinë okupacionale dhe shëndetin e fëmijëve. Kohët e fundit, rangu i çështjeve është zgjeruar në mënyrë substanciale, duke përfshirë në fokusin e kërkime: faktorët riskues për sëmundje kronike, moshimin e shëndetshëm, shëndetin riprodhues dhe shëndetin e adoleshentëve, shëndetin mendor, rreziqet e reja në shëndetin mjedisor, etj. Megjithatë, të dhënat për shumë probleme shëndetësore janë akoma shumë të dobta dhe të papërshtatshme duke shkaktuar hendeqe në procesin e integritit të bërjes së politikave.

Ka një ndërgjegjësim të përgjithshëm, të paktën në teori, lidhur me faktin që politikat dhe ndërhyrjet duhet të bazohen në të dhëna të mbështetura nga rezultate të vlefshme kërkimesh. Nga ana tjetër ndodh akoma shpesh, që vendimet nuk bazohen në të dhëna, ndërkohë që rezultatet e politikave afatgjata nuk monitorohen dhe vlerësohen nga kërkime shkencore të përshatshme.

Pavarësisht ndërgjegjësimit të perceptuar, projektet kërkimore në Shqipëri nuk po përfshijnë akoma ndonjë plan që të bëjë të mundur vlerësimin e efekteve të determinantëve më të gjerë në shëndet.

Sfida më e madhe për zhvillimin e kërkimeve multidisiplinare të fokusuara në shëndet dhe zhvillim është mungesa e koordinimit të burimeve ekzistuese dhe mungesa e fondeve.

Pas krizës së viteve 90' Shqipëria po futet në një fazë zhvillimi më të qendrueshme, dhe kjo është e reflektuar në sasinë e kërkimeve dhe aktiviteteve të tjera shkencore që po bëhen. Për të bërë të mundur shpërndarjen e informacionit të ri të nxjerrë nga kërkimet, po organizohen konferenca dhe tani është i shpeshtë debati publik mbi gjetjet. Ky debat i transmetohet publikut të përgjithshëm nëpërmjet medias, që është gjithmonë e më tepër e interesuar në gjetjet e kërkimeve.

Disa zhvillime të reja në strukturën e organizimit të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Institutit të Shëndetit Publik janë një përgjigje ndaj nevojës për të siguruar analiza të politikave të promovimit shëndetësor. Këto zhvillime përfshijnë krijimin e departamenteve të politikave shëndetësore dhe përjasje të reja në vlerësimin e ndërhyrjeve nëpërmjet kërkimeve të përshatshme.

Dep. Mjedisit dhe Shendetit

CILESIA MIKROBIOLOGJIKE E PIJEVE TE BUTA DHE LENGJEVE TE FRUTAVE TE PRODHUARA GJATE VITEVE 2003-2004.

As. Prof. Zanina Haxhiaj, Dr. Yilka Xhumari

Pijet e buta perfshijne grupin e pijeve joalkolike qe permbajne uje, embelsues, esenca aromatizuese dhe komponente te tjere sipas aftesive vepruese te tyre.

Shumica e pijeve te buta qe perdoren per konsum jane te trajtuara me CO_2 . Ph i tyre varion nga 2,5-4,0.

Lendet e para dhe ndihmese qe perdoren per prodhimin e pijeve te buta jane ralle burim kontaminimi nga mikroorganizma te ndryshme.

Shume bakterje duke perfshire speciet patogjene shpejt shkaterrohen ne mjedisin acid te pijeve te buta.

Sporet bakteriale mund te mbijetojne per nje periudhe te gjate kohe por nuk rriten dhe shumezohen ne Ph te ulet (1)(2).

Majate jane nje grup shume i rendesishem i mikroorganizmave sporogjene te pranishme ne pije, sepse ato tolerojne aciditetin e tyre dhe mund te shumezohen ne kushte anaerobe. Edhe disa baktere acido-laktike mund te rriten ne keto kondita.(3)

Megjithese bakteret acetike dhe myket acetike jane acidurike, ato mund te rriten vetem kur ka O_2 te tretur ne pije, i cili eshte prezent ne pijet e buta te pangopura me CO_2 .(4)

Rritja vihet re nga turbullira, precipitati, ererat e keqjia dhe gazi qe formohet ne pije. Kur majate jane pergjegjese per sporifikimin, CO_2 mund te shkaktoje shperthimin e shisheve apo ambalazheve te tjera.

Pavec ketyre faktoreve qe inhibojne rritjen e mikroorganizmave te ndryshme ne pije, gjate pergatitjes pijet kalojne ne procese qe sigurojne prodhim steril. Reziku i ndotjes se pijeve qendron pikerisht ne kontaminimin e tyre pas ketyre proceseve.

Pajisjet qe perdoren ne pergatitjen e pijeve mbeten gjithmone burim i konsiderueshem kontaminimi. Mikroorganizma sporifikuese mund te shumezohen ne pajisjet qe jane te veshtira per tu pastruar si pompa, rubineta, gazogjene dhe makina mbushese.(5,6)

Shisheet dhe mjetet e tjera te ambalazhit mund te jene burim kontaminimi n.q.se nuk pastrohen si duhet perpara perdorimit. (7,8).

Përveç faktoreve të mesipër tek lëngjet e frutave të fresketa duhen marrë parasysh edhe mikroorganizmat e sipërfaqes së frutave që mund të arrijnë nga 10^3 - 10^6 për gram.(9,10)

Qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë cilësinë mikrobiologjike të pijeve të buta dhe lëngjeve të frutave të prodhuara në disa fabrika të vendit gjatë viteve 2003-2004 . .

►Materiali e metoda

Në këtë studim janë përfshirë 82 mostra pijesh të buta dhe lëngje frutash të marra nga fabrika të ndryshme pijesh.

Gjatë studimit janë përcaktuar këto mikroorganizma:

Mikroflora aerobe mesofile, Coliforme totale, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Salmonella, maja dhe myke.

Metodat për identifikimin e mikroorganizmave të mesipërme bazohen në Manuel Suisse des denrées alimentaires.(11)

Rezultate dhe diskutime

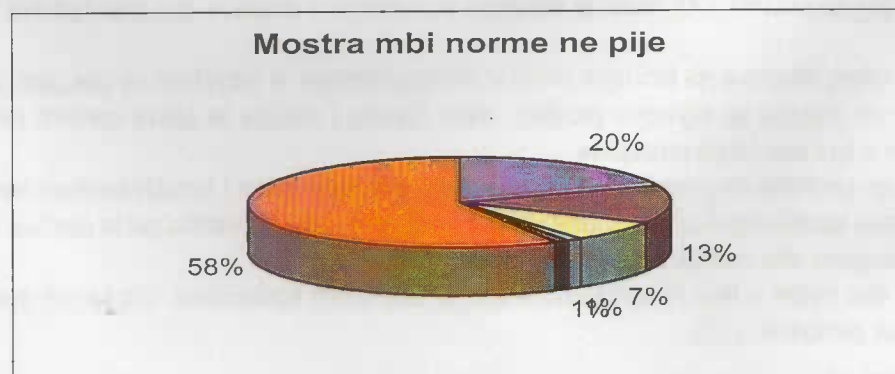
Pas kryerjes së analizave mikrobiologjike u llogariten mostrat mbi norme për secilin tregues mikrobiologjik të analizuar dhe u paraqitën në pasqyrat e grafiket e mëposhtem.

Pasq. I

Rezultatet e analizave mikrobiologjike për pijet në studim

Treguesit	Normat për pije e lëngje frutash	Pije të buta mbi norme nr	Lëngje frutash mbi norme nr	Mostra mbi norme %
M.A.M	mungon/ml	6	10	19.5
Coliforme	mungon/ml	4	7	13.4
E. coli	mungon/ml	2	4	7.3
S.aureus	mungon/ml	0	0	0
Salmonella	mungon/25ml	0	0	0
Maja	<10/100ml	0	1	1.2
Myke	<10/100ml	0	1	1.2

Grafiku 1



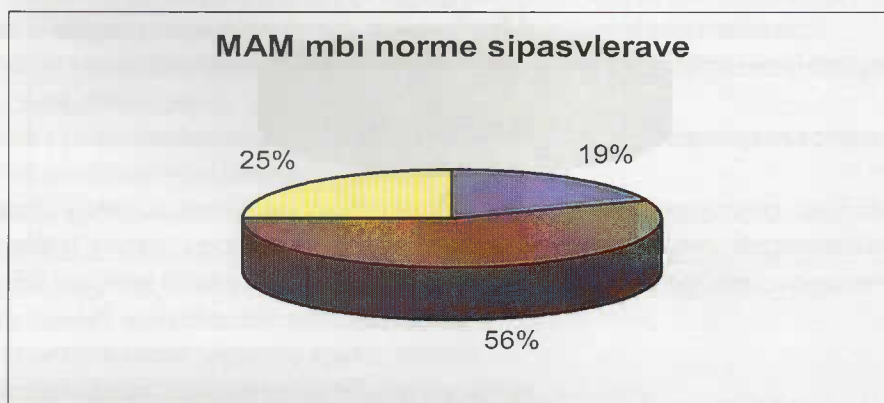
Sic shihet nga rezultatet e paraqitura ne pasqyren I dhe grafikun1, 19.5 % e mostrave te pijeve rezultojne mbi norme per treguesin mikroflora aerobe mesofile, 13.4 % e mostrave jane mbi norme per Coliformet, 7.3% per E.coli , 1.2% e mostrave rezultojne mbi norme per maja dhe 1.2% per myke.

Asnje nga mostrat e analizuara nuk rezultoi me mikroorganizma patogjene si S.aureus apo Salmonella spp.

Nga treguesit e analizuar, MAM paraqet numrin me te madh te mostrave mbi norme. 25% e mostrave te analizuara permbanin dⁿ 10 mo/ml , 19 % nga 10 -50mo/ml dhe 56% e tyre >50mo/ml .

Per te patur nje ide me te qarte ne lidhje me kete tregues po paraqesim ate sipas vlerave, ne grafikun e meposhtem.

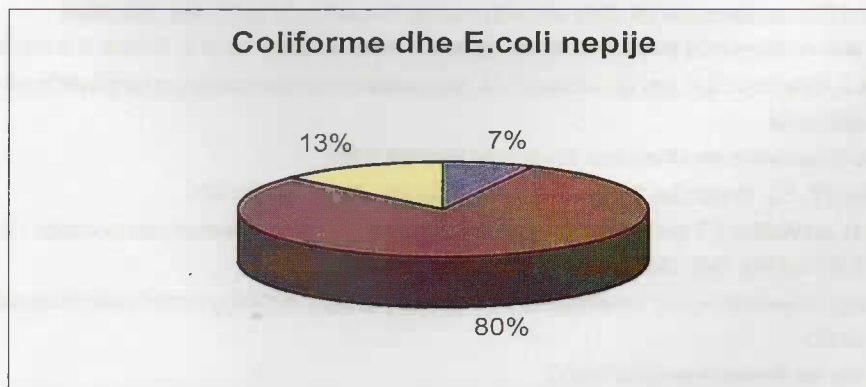
Grafiku 2



25% e mostrave mbi norme paraqesin rrisht te ulet per konsumatorin, 19% e mostrave mbi norme paraqesin rrisht te moderuar, gje qe kerkon permiresimin e kushteve higjieno-sanitare ne tere procesin e pergatitjes dhe prodhimit te pijeve ne fjale. 56 % tjetere ka vlera te treguesit MAM mbi 50mo /ml duke paraqitur keshtu rrisht ekstrem. Ne keto raste duhet te kerkohet mbyllja e procesit te prodhimit, marrja e masave higjieno-sanitare deri sa ky tregues te arrije nen 10mo/ml. Produkti duhet te mbahet per 21 dite dhe duhet te rristohet.

Ne grafikun 3 jane paraqitur vlerat e treguesve Coliforme totale dhe E.coli te pranishem ne pijet ne studim.

Grafiku 3

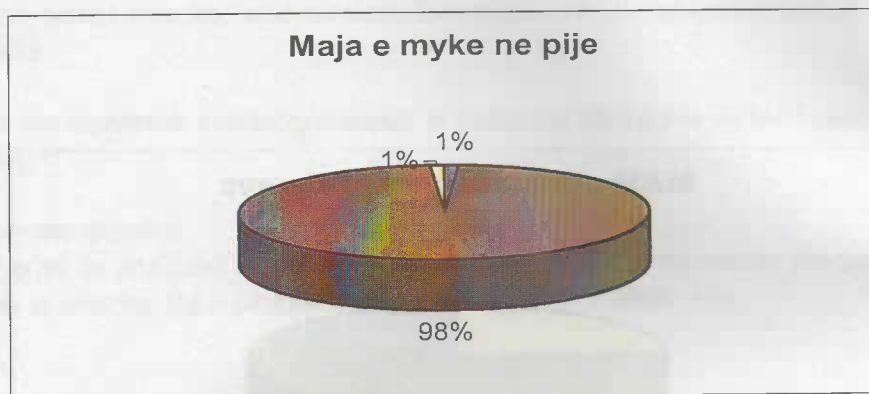


Prania e Coliformeve dhe E. colit ne pije tregon edhe nje here, se sa te rendesishme jane ruajtja dhe zbatimi me rigorozitet , i normave higjieno-sanitare gjate gjith procesit te prodhimit.

Prodhimet mund te kontaminohen edhe pas proceseve te tilla si pasterizimi e sterilizimi duke i bere ato te pakonsumeshme nga njerezit.

Pijet ne studim jane analizuar edhe per pranine e majave dhe mykeve. Vlerat e tyre jane paraqitur ne grafikun 4.

Grafiku 4



- ▶ Cilesia mikrobiologjike e pijeve ne studim nuk eshte ne nivelin e duhur.
- ▶ Nuk jane zbatuar si duhet praktikat e mira ne prodhim.
- ▶ Del si nevojte e domosdoshme zbatimi i sistemit te Analizave te Rrezikut dhe Pikave Kritike te Kontrollit(HACCP) ne industrine e prodhimit te pijeve, per te rritur nivelin e sigurise ushqimore.

▶ Bibliografia

1. Hill, E.C. and Faville, L.W.. Studies on the artificial infection of oranges with acid tolerant bacteria. Proc. Fla. State Hort. Soc. 2000; 64:174
2. Murdock, D.I., Folinazz, J.F., and Brokaw, C.H. Some observation of gum forming organisms found of fruit surfaces. Proc. Fla. State Hort. Soc. 1993; 66:278
3. Eagon, R.G. and Green, C.R. Effect of carbonated beverages on bacteria. Food Res. 1983; 22:687
4. Juven, B.J. and Shomer, I. Spoilage of soft drinks caused by bacterial flocculation. J. Food Protect. 1985; 48:52
5. Berry, J.M. Yeast problems in the food and beverages industry. In "Food Mycology," ed. M. E. Rhodes. G.K. Hall, Boston 2001.
6. Sand, F.E.M.J., Kolfshoten, G.A., and Van Grinsven, A.M. Yeast isolated from proportioning pumps employed in soft drink plants. Brauwissenschaft 1996; 29:294
7. Luthi, H. Microorganisms in non citrus juices. Advan. Food Res 1999; 9:221.
8. Patrick, R. and Hill, E.C. Research. Bull. 618 Univ. Florida Agric. Expt. Sta., Gainesville, Fla. 2001.
9. Marshall, C.R. and Walkley, V.T. Some aspects of microbiology applicable to commercial apple juice production. I. Distribution of microorganisms on fruit. Food Res. 1991; 16:448.
10. Splittstoesser, D.F. and Mattick, L.R. The storage life of refrigerated grape juice containing various levels of sulfur dioxide. Am. J. Enol. Viticult. 1991; 32:171
11. Manuel suisse des denrees alimentaires 1996; VI.

ne kushte te caktuara. Fatkeqesisht, pak dihet rreth se sa mire teorite parashikojne praktiken e punonjesve te shendetit ose suksesin per nderhyrje.

Per dekada eshte supozuar qe performanca e dobet eshte rrjedhoje e mungeses se njohurive dhe aftesive. Si rezultat, shume nderhyrje koncentrohen ne trajnimet, te cilat kane pasur ngaterresa dhe disa here japin rezultate afatgjata te trishtueshme. Per shembull, ndonese perdorimi oral i kriperave hidratuese u rrit gjate viteve 1980 dhe 1990, pas me shume se 2000 kurseve te trajnimit te rasteve me diarre dhe supervizioni nga 1988-93 ne me shume se 120 vende, perqindja mesatare e femijeve te hidratuar nga punonjesit e shendetit ishin vetem 20%. Madje teorite e sotme mund te jene te pakompletuara dhe te mbeshtetura nga te dhena te limituara, ato mund te na levizin pertej modelit te vjeter ku shumica e problemeve te performances mund te zgjidhen nga vete trajnimet dhe japin nje baze per te kuptuar cfare percakton performanca realisht.

Paneli: Faktoret ose mjediset qe mund te influencojne ne profesionin e punonjesve te shendetit.

▶ Faktoret e punonjesve te shendetit: njohurite, sjelljet, motivimi dhe satisfaksioni ne pune, pagesa, eksperinca, frika e nje rezultati te keq me pacientin, qendrimi i sotem i udhezuesve (guideline), vlerat profesionale, qellimet profesionale, te kuptuarit e ankesave te pacientit dhe frika se mos pacienti nuk ngelet i kenaqur dhe i drejtohet nje punonjesi tjetër te shendetesise, te kuptuarit e pergjegjesive ne pune, dhe shendetit i vete punonjesit te shendetesise.

▶ Faktoret e pacientit ose klientit: rendesa e semundjes, nevojat e pacientit dhe faktoret social-demografike te pacientit (psh, mosha, seksi, edukimi, pasuria, raca dhe etnia)

▶ Vetite e punes: kompleksiteti dhe qartesia e udhezuesve te mjekimit, tema shendetesore e drejtuar nga udhezuesi dhe ndryshimet e vazhdueshme ne udhezuesit e mjekimit.

▶ Mjedisi e lehtesues shendetesor: praktika klinike dhe qendrimi i kolegeve, presioni i barabarte, udheheqja e drejtorit, supervizimi, prezenca e proceseve te vleresimit te cilesise, vlefshmeria e sigurimit dhe pajisjeve, komunikimi, lloji i sherbimit (publik ose privat, klinike e vogel ose spital) lokalizimi (ne zone urbane ose rurale), oraganizimi, pjesmarrja e punonjesve te shendetit ne planifikim dhe organizimin e punes.

▶ Ambjenti profesional: koleget dhe lidhjet profesionale.

▶ Ambjenti edukativ: mundesite e edukimit formal dhe informal.

▶ Ambjenti administrativ: rregullat qe udheheqin sjelljet e punonjesve te shendetit dhe kushtet e punes, rroga dhe rregullat e pageses, nxitesit jo-financiare, siguria ne pune, udheheqesi ose shefi, vlefshmeria e informacionit, supervizioni i supervizoreve dhe decentralizimi.

▶ Mjedisi ne pune: mundesi punesimi, te cilet mund te drejtojne te mosvajturit. (punonjesit e shendetesise lenë vendin e punes ne shendetin publik per te punuar ne klinike private).

▶ Mjedisi reklamues: promocioni i medikamenteve nga kompanite farmaceutike.

▶ Mjedisi i komunitetit: si punonjesit e shendetit perceptohen nga komuniteti dhe media.

▶ Mjedisi social-kulturor: traditat dhe vlerat e shoqerise.

▶ Mjedisi ekonomik: kushtet ekonomike te vendit dhe sistemi shendetesor.

▶ Mjedisi politik: ideologjite, strukturat politike dhe korrupsioni.

Mjedisi mund te influencojne ne praktikaten e punonjesve te shendetit direkt ose indirekt.

Organizmi reagon me 4 veprime te kombinuar ndaj inhalimit te ndoteseve:

1-veprimet ciliare,

2-nderhyrja fagociteve dhe drenazhet limfatike,

3-penetrimet nderqelizore dhe reaksionet lokale, reagimi i pergjithshem i organizmit,

4-tretshmeria dhe eliminimi.

Nderhyrja e qimeve behet ne rruget e siperme te frymemarrjes, tretshmeria behet ne nivel te bronkiolave.

Nderhyrja e fagociteve behet kur ndotesi deperton ne alveola.

Nderhyrja limfatike ndodh pas nderhyrjes se fagociteve me limfoadenit lokal e cila mbulon

2-10% te pastrimit pulmonar, nderhyrja qelizore varet nga shkalla e tretshmerise se ndotesit dhe aktiviteti biologjik i tij

Ne studim u perfshin punetoret e ferro-kromit ne Elbasan te cilet jane te ekspozuar ne me shume se 2(dy) ndotes shendet-demtues si: pluhurat, gazet, tymrat, zhurmat, stresi, etj.

► Pluhurat

Demtimit e rrugeve te frymemarrjes nga pluhurat varen nga: gjendja anatomike-fiziologjike e mushkerive, karakteristikat funksionale te rrugeve te siperme dhe te poshtme respiratore, natyra fizike e pluhurit, siperfaqja e pluhurit, tretshmeria e pluhurit, reaktiviteti biokimik i komponimeve te tretshme, aerodinamika (gravidanca e pluhurit) dhe diametri i pluhurave, dimensionet e pluhurit, koncentrimi i pluhurave, densiteti i pluhurit, lageshtia e ajrit, ngarkesa elektrike e pluhurit, etj

Punetoret qe punojne ne ferro-krom jane te ekspozuar ne pluhurat minerale, me baze koncentrimi te hekurit i cili si ndotes i vetem shkakton ne mushkeri siderosilikozen, nje semundje qe gjendet me shume ne punetoret qe punojne ne minierat e hekur-kromit, ne fonderite e niveleve te ndryshme. Pervец pluhurit mineral punetoret e ferro-kromit jane te ekspozuar edhe ndaj oksidit karbonik i cili hyn ne gazet irrituese dhe demton organizmin nga asfiksia deri ne vdekje, nga ruptura e membranave qelizore deri ne shfaqjen e gjendjeve te narkozes, nga hemoragjia pulmonare deri ne demtime te trurit dhe nervave periferik, etj.

► Qellimi:

Qellimi i ketij punimi ka qene vleresimi i lidhjes mes bronkopneumopatisë kronike obstruktive (BPCO) dhe nivelit te ndotjes ne vendet e punes me pluhur metalik, oksid karboni, tymra, avuj ne punetoret e ekspozuar kronik ne ferro-krom Elbasan.

► Materiali dhe metoda:

Ne ndihme te realizimit te studimit jane perfshire:

► Njesia e higjenes se punes ISHP, e cila ka bere vleresimin e kushteve te punes, vleresimin e semundshmerise kronike, vleresimin e paaftesise se perkoheshme dhe te paaftesise se perhershme ne pune, vleresimin e semundshmerise profesionale sipas sektoreve, vleresimin e lidhshmerise ndermjet ndoteseve ne vendet e punes dhe BPCO ne punetoret e ferro-kromit.

► Laboratori i ajrit ISHP, i cili ka bere vleresimin dhe monitorimin e nivelit te ndoteseve ne vendet e punes ne ferro-krom Elbasan.

► Laboratori i toksikologjise paraklinike ISHP, i cili ka bere monitorimin e karboksihemoglobines ne gjakun e punetoreve.

► Mjeku i ndermarrjes, mjeku i familjes, laboratorit dhe specialistet ne polikliniken e qytetit Elbasan te cilet kane bere vleresimin e ecurise se semundjes, vleresimin dinamik te ndryshimeve klinike, radiologjike, laboratorike te BPCO ne punetoret e ferro-kromit dhe trajtimin me medikamente dhe te paaftesise se perkoheshme ne pune.

► Klinika e semundjeve profesionale QSUT Tirane e cila ka bere vleresimin laboratorik, radiologjik, klinik te semundeshmerise kronike ne ferro-krom ne pergjithesi dhe te semureve me BPCO ne vecanti, ka bere trajtimin spitalor, ka bere vleresimin per paaftesi te perkoheshme ne pune dhe vleresimin per invalid te punes ne kete ndermarrje.

Nga matjet e nivelit te pluhurave ne disa vende pune ne ferro-kromi Elbasan rezulton se:
1-Ne furrat e shkrirjes, 2-Ne frontojnen e ferro-kromit (salle) nivelet e pluhurave total dhe te pluhurave te fraksionuar si dhe oksidi karbonit (CO) ishin disa here mbi normat e rekomanduar nga OMS-i.

Nga matjet e bera nga laboratorit ajrit ne ISHP per nivelin e ndoteseve rezulton:

Pluhurat (fraksionuar) (2003)

Vendet e matjes	Pluhur (PM10)	Norma e rekomanduar
Furra e shkrirjes (kuota 17)	14 mg/m ³	5 mg/m ³
Frontoja e ferrokromit (salla)	14.5 mg/m ³	5 mg/m ³

Pluhurat (total)

Vendet matjes	Pluhur total	Norma e rekomanduar
Furra shkrirjes (kuota 17)	21.3 mg/m ³	10 mg/m ³
Frontoja e ferrokromit (salla)	37.2 mg/m ³	10 mg/m ³

CO (oksid karboni) (2003)

Vendet e matjes	CO	Norma e rekomanduar
Furra shkrirjes (kuota 17)	234mg/m ³	20 mg/m ³

Ne ferro-krom punojne 146 punetore (1 femer). Te semure me probleme kronike jane 10 punetore (meshkuj) dhe nga keto 7 punetore me BPCO.

Punetoret me BPCO kane punuar ne furrat e shkrirjes me profesione si:

►punetore shkrirje 4, ►elektracist 2, ►saldator 1.

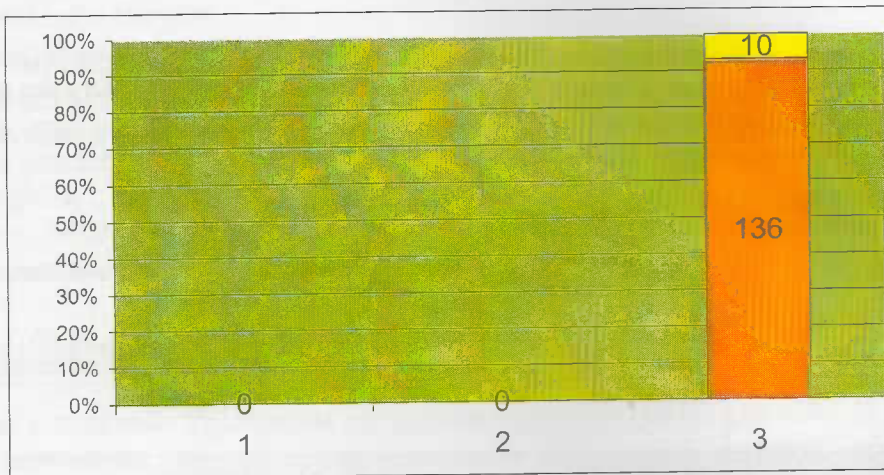
Mosha e shfaqjes se BPCO ne furrat e shkrirjes eshte ne 30-50 vjec, me nje vjetersi ne pune mbi 10-15 vjet.

Kartelizimi i punetoreve, vizitat periodike, trajtimi ambulator nga mjeku i ndermarrjes, mjeku i familjes, mjeket e specialiteteve ne rreth, vleresimi laboratorik dhe radiologjik tregojne se klinika e BPCO fillon me siptomat e saj shume me shpejt.

Hospitalizimi dhe trajtimi bashkekohor me medikamente dhe vleresimi i aftesise per pune nga Klinika Semundjeve Profesionale (QSUT) Tirane ka dhene dhe po jep nje ndihme te cmuar per te 7 te semuret me BPCO te cilet jane me paaftesi te perkoheshme ne pune dhe invalid te punes.

Ne kuadrin e ekzaminimeve laboratorike-radiologjike te punetoreve me BPCO ne ferro-krom ata paraqiten me nje kuader te vatrave opake te vogla , te crregullta, difuze ne anet mediale te mushkerive, me ulje dhe rendim te funksionit ventilues, me ulje te kapacitetit vital dhe te insufices respiratore.

Nga 146 punetore ne ferro-krom Elbasan, 10 jane te semure kronik.
(keto te dhena jane paraqitur edhe ne grafikun e meposhtem)



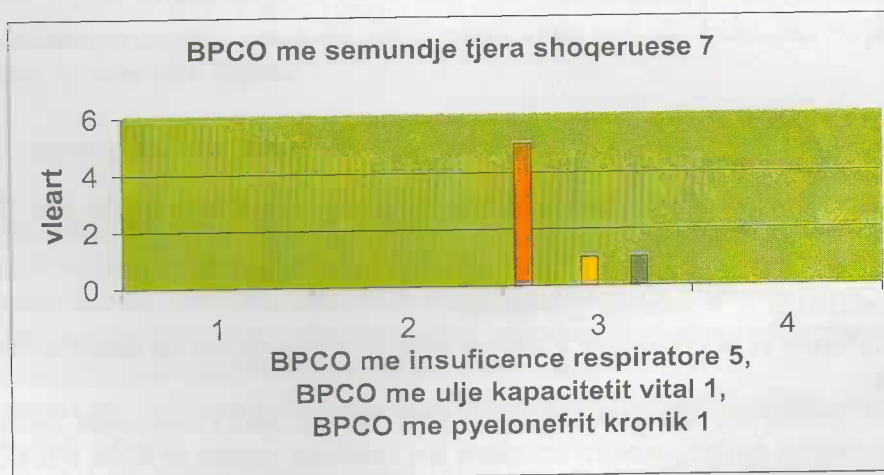
Nga 10 te semure kronik 7 punetore jane me BPCO.

Nga 7 punetore me BPCO, 5 punetore jane edhe me insuficence respiratore,

Nga 7 punetore me BPCO, 1 punetore eshte edhe me pyelonefrit kronik.

Nga 7 punetore me BPCO, 1 punetore eshte edhe me ulje te kapacitetit vital.

(keto te dhena jane paraqitur edhe ne grafikun e meposhtem)



► Rezultatet dhe diskutimi:

Nga studimi i kryer ne 146 punetoreve qe punojne ne ferro-krom (1 seksit femer) vihet re se shpeshtesia e BPCO eshte 7 raste ne 146 punetore, kurse punetoret e semure me BPCO punojne ne sektore ku niveli i ndotjes me pluhur metalik dhe me gaze irrituese (oksid karboni) eshte disa here mbi normat e rekomanduara. Nga ky informacion rezulton se BPCO eshte nje semundje qe shfaqet ne ato procese pune si: furrat e shkrirjes, sallat e thermimit (sallat e copetimit te metalit) ne te cilen jane te pranishem 2 ose me shume ndotes te cilet duke vepruar ne sinergjizem shkaktone irritime lokale me depozitim alveolar dhe nderalveolar te pluhurit te mineralit te hekurit ne varesi te kohes se ekspozimit, perseritje te ekspozimit, koncentrimit te ndoteseve duke demtuar aparatit respirator me shfaqjen e semundjes se BPCO, shfaqja e demtimeve ne aparatit respirator (demtime irreversible, irritimet lokale, mbivendosja e infeksioneve ne rruget e siperme dhe te poshtme respiratore, zvogelimin e lumit bronkial, obstrukcion bronkial), shfaqja e siderosilikoza nga vendosja e metalit reaksionet lokale, me pergjigje lokale limfatike (limfoadenit), (karboksihemoglobinemia e larte), ulja e aftesise ventiluese te mushkerive, ulja e kapacitetit vital, prania e insuficences respiratore kronike cojne ne invaliditet te punetorit. Te gjitha keto demtime vihen re ne punetoret me BPCO ne uzinen e ferro-krom, Elbasan.

Nga ro-grafit te toraxit te semureve me BPCO ne ferro-krom shihen vatra mikroopake bilaterale difuze, me te medha adeno-opake te tipit fokal ne zonat mediale te ndara te crregullta te shoqeruar me inflamacion te pulmoneve (pulmoniti kimik) e shoqeruar me bronkitin kronik obstruktiv shoqeruar me mukus, spazma, (bronkit kronik astmatik) demtime te shkatuara nga gazet irrituese (CO) dhe nga reaksionet lokale me mbiinfeksione.

Karboksihemoglobina eshte brenda normave ne punetoret qe punojne ne mjedise pune ku niveli i monoksidit te karbonit eshte brenda normave te rekomanduara nga OMS ndersa ne punetoret me BPCO karboksihemoglobina eshte e larte.

► Perfundim:

BPCO e shkatuar nga faktoret me veprime fiziko-kimike dhe ndihmuar nga faktoret me veprim biologjik (biinfeksioni) eshte nje semundje me demtim te pakthyeshem te funksional respirator qe paraqitet me nje sindrom disventilimi dhe insuficence respiratore te rende me invaliditet te plote per punen e te semurit.

Bibliografia

1- Cohen BP Chronic Obstructive Pulmonary Disease: - A Challenge in Genetic Epidemiology. Am J Epidemiol 1980, p. 112, 274-288.

2- Industrial Factors in the Etiology of Obstructiv Respiratory Diseases. 1983, p. 383-396.

3-Chronic Airflow Limitations, its Relationships to Work in Dustyoccupations, 1985, p. 605-617

4-United State Public Health Service, Chronic Lung Disease in the Workplace 1985-86, p. 157, 964.

5-Medicina del Lavoro, le Malattie dell'Apparato Respiratorio, p.4, 124-134, 141, 142, 143, 153.

6-U.S Department of Health, Education, and Welfare, Center of Disease Control, Public Health Service, p. 11-20, 103, 112-121, 324, 332, 334, 352, 356, 360, 400, 419, 423.

- 7-Chronic Bronchitis in the Iron and Steel Industry 1989, p. 123-131.
- 8-Occupational Exposure to Dust and Lung Disease among Sheet Metal Workers, 1993, p. 432-442.
- 9-Occupational Dust Exposure and Chronic Obstructive Pulmonary Diseases, 1993, p. 38-48.
- 10-Environmental Medicine 2001, Occupational Chronic Obstructive Pulmonary Disease. P. 444-450.
- 11-International Environmental, Volume 14, Issue 6, p.146 . December 2004.
- 12-Review of Methods for Monitoring of PM and PM10.
- 13-Europe's Environment, p. 301, 424, 549.
- 14-Revue des Maladies Respiratoires 2/2004, p. 245, 261, 299, 319, 407.
- 15-Review of Methods for Monitoring of PM10, and PM 2.5.
- 16-European Environment p. 301, 424, 549.
- 17-Revue des Maladies Respiratoires 1, 2004, 23, 25, 43, 53.
- 18-Environmental health, 1985 (WHO) , p. 4.
- 19-Universita delle Studi di Siena, Italy, International School on Environment and Health, October 15-28, 2000.
- 20-Revue des Maladies Respiratoires 1/2004, p. 153.

Dep. Biostatistikës

DRAFT NEN-RAPORTIMI I ABORTIT NE SHQIPERI

Alba Merdani, Dorina Çanaku, Gazmend Bejtja, Prof. Dr. Eduard Kakarriqi
Instituti i Shëndetit Publik

Kathryn Kooistra, Trinette Lee
Studente ne Universitetin "Emory", Atlanta

► Hyrje

Per 50 vjet Shqiperia pati nje politike e cila ndalonte abortin, politike qe shihej si nje menyre per mbajtjen e nje niveli te larte lindjesh. Qe prej legalizimit te abortit (ne Prill te vitit 1991), qeveria ndermori hapa shtese per te ndryshuar ligjin per abortin, si dhe per te inkurajuar planifikimin familjar si baze e te drejtave njerezore, ne menyre qe njerezit te vendosnin mbi numrin e femijeve qe deshironin te kishin. Megjithate efektet e ligjit mbi abortin ne Shqiperi eshte veshtire te maten.

Sipas studimit te Shëndetit Riprodhues te kryer ne vitin 2002 numri i aborteve rezultoi 64% me i ulet sesa numri i raportuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe INSTAT. Kjo gje ben te mendosh per mosraportim nga grate, te numrit te sakte te aborteve qe kane kryer. Ka tre faktore te cilet mund te ndikojne ne nenraportimin e aborteve, edhe ne nje vend ku keto te fundit jane legale:

- nenraportimi i shtatzenive te padeshiruara te cilat kane nje probabilitet me te larte per te perfunduar me nderprerje te deshiruar;
- nenraportimi i aborteve klandestine jashte sistemit shendetesor; dhe
- nje prirje per te deklaruar abortet e deshiruara si aborte spontane apo barra me probleme.

Metodologjia:

Per te shpjeguar faktoret kryesore lidhur me mosraportimin e aborteve ne Shqiperi, si dhe per te identifikuar menytrat e permiresimit te sistemit teurvejances se abortit, u propozua nje metodologji e prazjere per intervistimin e mjekëve ne sektorin publik dhe ate privat, personat qe merreshin me raportimin e abortit (qe plotesonin format raportuese te abortit) dhe gra te moshes riprodhuese. Pikat kyçe ne te cilat u mbeshtet studimi ishin:

1. Cilet jane faktoret qe kontribojne ne mosraportimin e abortit nga mjeket dhe stafi mjekesor?

2. Eksperienca e mjekëve lidhur me stigmat rreth abortit dhe pagesat informale, si ndikojnë ato në mosraportim? Si është mënyra e raportimit të klinikave private dhe faktorët që ndikojnë në mosraportim të aborteve nga ana e tyre?

3. Cilat janë arsytet e mosraportimit të abortit tek gratë? Stigma negative lidhur me abortin? Humbja e konfidencialitetit?

Nga 36 rrethet e vendit u caktuan 28 qytete nga gjithë Shqipëria, sipas 12 prefekturave të vendit dhe u vendos që në të të shkohej në maternitet ku do të intervistohesh një mjek që kryente abort, një raportues dhe një grua. Për sektorin privat u sigurua nga Ministria e Shëndetësisë (Zyra e Licensave), lista e klinikave private të licensuara në gjithë vendin.

SUBJEKTET	TOTALE IDEALE	TOTALE AKTUALE
<i>Mjete në Sektorin Publik</i>	30	27
<i>Raportues në Sektorin Publik</i>	30	25
<i>Gra të moshës riprodhuese</i>	30	46
<i>Mjete në Sektorin Privat</i>	30	12
<i>Raportues në Sektorin Privat</i>	30	6

Pyetësoret u diskutuan nga një grup ekspertësh të ISHP dhe me pas u bë formulimi edhe i një pyetësores për raportuesin e klinikave private të licensuara, për të parë mënyrën e tyre të raportimit për abortet që ato kryenin. Në periudhën 6 Qershor deri në 1 Korrik u krye mbledhja e të dhënave në rrethet dhe në Tiranë.

► REZULTATET

► MATERNITETET (SEKTORI PUBLIK):

Dokumentet që përdoren nga mjekët e Sektorit Publik për raportimin e aborteve:

Bazuar në informacionin e mbledhur gjatë pretestit dhe nëpër rrethet, rezultoi se kur kryhej një abort, mjeku në maternitet plotëson një nga dokumentet e mëposhtme. Ata mund të plotësojnë edhe me shumë se një nga këto dokumente:

Tabela: Përgjigjet e mjekëve për mënyrën e raportimit të aborteve që ata kryenin

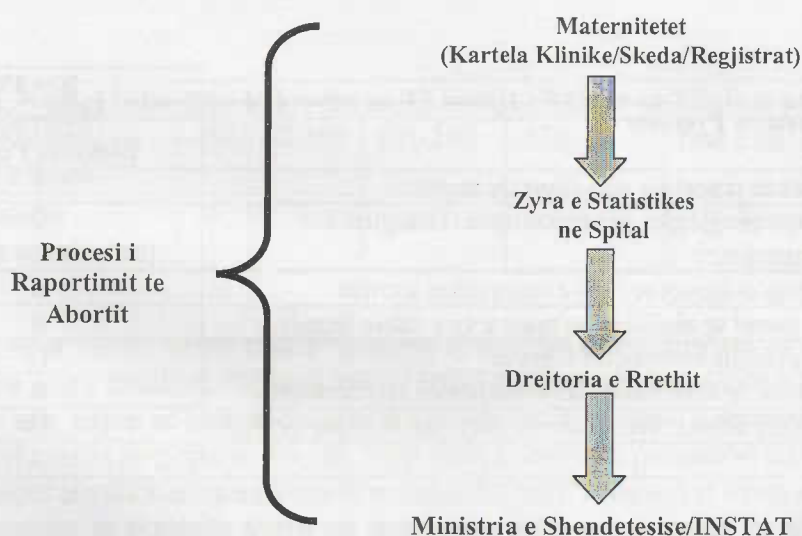
Dokumenti i Përdorur	N = 27 Numri i Materniteteve (Sektorin Publik)
Regjister	4
Kartele Klinike	18
Kartele Klinike për Abort	5
Skeda (Formulari i Raportimit të Abortit)	7
Certifikate Aborti	-
Liber Shenimesh	-
Fature	1
Forme Aprovimi	1
Database në Kompjuter	-

Nga intervistimi i raportuesit (zakonisht mamia ose infermierja), 24 nga te intervistuarat thane se plotesonin kartelen klinike pas kryerjes se abortit; 12 thane se plotesonin regjistrin dhe vetem 2 prej tyre thane se plotesonin skeden e abortit . *Numri i raportuesve (2) qe plotesonin skeden e abortit bie ne kontrast me mjeket qe thane se plotesojne skeden (7)*. Kjo nenkupton qe ka raste kur doktori ploteson skeden e abortit dhe nuk ia kalon ate infermieres per ta dokumentuar, sidoqofte ne nuk kemi informacion te plote per ta saktësuar kete gje ne menyre kategorike.

Pas plotesimit te ketyre dokumentave, materniteti ploteson nje formular mbi numrin total te aborteve dhe e dergon ate ne zyren e statistikes se spitalit. Me pas zyra e statistikes çon numrin total te aborteve ne Drejtorine e rrethit, e cila çdo 6 muaj ia dergon keto te dhena Sektorit te Statistikes ne Ministrine e Shendetesise, kurse skedat e plotesuara te abortit dergohen ne INSTAT.

► Njohuri per Raportimin

Nga 25 persona te stafit te zyres se statistikes, 21 prej tyre e dine qe duhet te dergojne numrin total te aborteve ne Drejtorine e rrethit. Brenda ne maternitete, 50 % e personave pergjegjes per raportimin e abortit dine se duhet te raportojne skeden e abortit dhe 50 % nuk e dine. Nese format e raportimit, te cilat mund te ishin kartela klinike, skeda apo regjistri, nuk plotesoheshin apo raportoheshin, arsyt kryesore ishin:(1) mjeket nuk i informonin ata (raportuesit) per abortet qe kryenin, (2) ata nuk kishin formularin e duhur per abortet dhe (3) asnjeri nuk vinte te merrte te dhenat.



Vendi ku kryhen abortet (sektori publik apo privat) dhe ndikimi i tij ne raportimin e aborteve:

Pyetje drejtuar mjekëve: A mendoni se mjeket ndonjehere i drejtojne pacientet qe shikojne ne sherbimet publike te kryejne abortet ne klinikat e tyre private (ose ne klinikat private ku punojne)?

Sektori	Po	Jo	Nuk e Di
Maternitete	13	10	4

Kjo te le te kuptosh se nese abortet kryhen ne klinikat private, mund te mos raportohen. Ky konkluzion eshte nxjerre nga te dhenat e marra ne klinikat private, ku mjeket thone se nuk raportojne numrin total te aborteve dhe numrin e perafert te aborteve te kryera ne 12 muajt e kaluar. (Lutemi shikoni rezultatet e seksionit te klinikave private).

► Shpeshtesia e raportimit dhe trendi i abortit:

Nga gjetjet tona, duket se ne pergjithesi maternitetet raportojne. Pergjithesisht, per sektoret publike (maternitetet) dhe klinikat private, informacioni i mbledhur me ane te ketij studimi jo-perfaqesues per gjithë popullaten, tregon nje trend zbrites raportimi te abortit ne vite. Ne maternitete, renia e numrit te aborteve eshte e mundur si pasoje e rritjes se numrit te klinikave private ne Shqiperi. Sidoqofte, eshte per t'u permendur fakti qe klinikat private qe raportojne nje trend ne rritje te abortit, jane te vendosura ne kryeqytet (Tirane). Ky shkak mund t'i atribohet migrimit te brendshem nga qytetet e tjera drejt Tiranës, gje qe gjithashtu tregon te ardhura me te larta ekonomike dhe drejtim kah sektorit privat.

Tabele: Trendi i abortit sipas sektoreve: publik apo privat

Sektori	Rritje	Zbritje	Mungon	Total
Publik (Maternitetet)	3	20	4	27
Klinikat Private	3	5	4	12

Arsyet per Mos-Raportim:

Tabele: Numri i mjekeve qe u pergjigjen "po" per sa vijon, si arsye te mundshme qe doktoret nuk raportojne abortet e kryera.

Arsyet e Listuara ne Pyetesor	N = 27
	Maternitet (Sektori Publik)
Nuk e di qe duhet te raportojne çdo abort qe kryen	1
Dikush tjetër është përgjegjës për raportimin (Delegimi i përgjegjësive raportuese)	2
Kërkese e grave që doktoret të mos e raportojnë abortin	6
Të frikësuar se mund të zbulohet se puna e tyre është ilegale	3
Doktoret duan të ruajnë intimitetin e grave	12
Favore për gratë me të cilat kanë lidhje miqësore apo familjare	5
Raportojnë të gjithë abortet sepse janë të detyruar të bëjnë kështu	16
Tjetër	1

Pergjigja e shumices prej mjekeve (16) qe thone "doktoret i raportojne te gjithë abortet sepse jane te detyruar te raportojne" tregon se stafi i maternitetit eshte i informuar se ata duhet te raportojne numrin e aborteve qe kryejne. Sidoqofte, dihet se ka raste kur mjeket nuk i raportojne te gjithë abortet. Arsyeja kryesore e nxjerre nga mjeket e intervistuar ishte qe "doktoret duan te ruajnë intimitetin e grave".

Shpeshtesia e raportimit te totalit te aborteve nga Zyra e Statistikes se Maternitetit ne Drejtorine e Rrethit:

Udhëzimi i nxjerre nga Ministria e Shëndetësisë, për zbatimin e Ligjit "Për nderprerjen e shtatzënise", Nr.103 date.22.04.1996, përmban përveç të tjerave edhe Pasqyren 4/Sh të miratuar nga INSTAT, e cila në bazë të Ligjit për Statistikën Nr. 7687, dt.16.03.1993, thotë se : "Sherbimi obstetrikal dhe mjeku ose mamia qe asiston në lindje, me datën 5 të muajit pasardhës të çdo 6-mujori, ia dergon këte pasqyre Drejtorisë së

Shendetit Publik te rrethit, e cila me pas e dergon ne Ministrine e Shendetesise, Sektorit te Statistikes. Tete prej te intervistuarve (raportues) thane se zyra e statistikes duhet te raportojte numrin total te aborteve ne drejtorine e rrethit 1 here ne muaj; 3 thane çdo 6 muaj; 11 thane 4 here ne vit dhe 4 mungonin te dhenat. Duket qarte se frekuenca e raportimit nuk eshte e qendrushme ne gjithe vendin dhe ne raportimin e abortit mund te rezultojne vonesa apo te dhena te pasakta.

► KLINIKAT PRIVATE:

Eshte shume e veshtire te percaktosh numrin e sakte te mjekeve qe kryejne abort privatisht ne Shqiperi. U shkua ne 12 klinika private qe ishin te licensuara per te kryer abort, 6 prej te cilave ishin ne Tirane. Sidoqofte, stafi i ISHP-se qe ka marre pjese ne kete studim, eshte ne njohuri te klinikave private te palicensuara dhe besojme se lista e klinikave private qe kryejne abort eshte jo e plote dhe qe numri i tyre ne realitet, eshte shume me i larte.

Ne klinikat private te licensuara u intervistuan mjeket nese ofronin sherbime aborti apo jo. Gjithashtu hasem veshtiresi ne intervistimin e mjekeve te licensuar, pasi disa prej tyre nuk pranuan te merrnin pjese ne studim. Te gjithe klinikat private kishin nje sistem te brendshem per regjistrimin e numrit te aborteve qe kryheshin ne klinike. Asnje person nga stafi i klinikave nuk kishte njohuri apo perdorte skeden zyrtare te raportimit te abortit. **Vetem nje** klinike nga 12 klinikat private ne te cilat u arrit te plotesohet pyetesori, raportonte statistikat e saj ne Ministri, por ishte e paqarte se si raportoheshin ekzaktesisht keto te dhena. Veç kesaj, pjestare te stafit te 5 nga 6 prej klinikave private ku kryhej abort ne Tirane thane se ata donin te raportonin statistikat e abortit, por nuk dinin ku dhe si te raportonin.

Tabela 2. Numri i aborteve te kryera ne 12 muajt e kaluar ne klinikat private

Numri i Aborteve ne 12 muajt e fundit	<50	50-100	101-200	>200	Nuk e Di	Refuzon te pergjigjet
Nr. i klinikave (pergjigje te mjekeve)	4	1	1	1	3	2

Me sa duket, klinikat private kryejne nje numer te konsiderueshem abortesh ne vit, numer i cili nuk raportohet ne zyrat e statistikes. Veç kesaj, numri i sakte i aborteve te kryera ne klinikat private mund te jete shume me i larte, bazuar ne faktin se 3 nga klinikat private nuk dinin numrin e aborteve qe ato kryenin dhe 2 prej tyre refuzuan te pergjigjeshin. Prandaj, meqe eshte e veshtire te percaktohet numri i sakte i mjekeve qe kryejne abort privatisht, eshte e pamundur te vleresohet numri i aborteve te kryera nga klinikat private.

Ne mendojme se ekzistojne shume me teper mjeke (edhe te palicensuar) ne gjithe Shqiperine, qe kryejne aborte, por eshte e pamundur te identifikohen dhe percaktohet numri i sakte i aborteve qe ata kryejne.

► Dokumentat e perdorura nga klinikat private per Raportimin e Abortit:

Bazuar ne informacionin e mbledhur ne klinikat private konkludojme se kur kryhet nje abort, klinikat private plotesojne nje nga dokumentet qe vijon, per ta dokumentuar ate —regjister (6 klinika), kartelet klinike (6 klinika), formular aborti te skicuar sipas klinikes, skeden e abortit (vetem 1 klinike), certifikate aborti (2 klinika), fature, forme aprovimi apo e hedh informacionin ne database ne kompjuter (1 klinike).

► Arsyet e mosraportimit:

Nga intervistat me mjeket ne klinikat private nuk perfituam nje informacion shume te vlefshem. Nga pergjigjet e tyre, arsyet e mosraportimit ne shumicen e rasteve jane: (1) taksat, (2) s'kane kompjuter dhe (3)

ata do raportonin nese institucionet perkatese do t'ua kerkonin kete. Bazuar ne menyren aktuale te taksimit te ketyre klinikave (taksa eshte vjetore, fikse dhe jo ne baze te aborteve qe ato kryejne), nuk ka arsye perse ato te mos raportojne, pasi mund te mendonim se numri i aborteve do ishte i nen-raportuar per shkak te taksimit. Prandaj mendojme se ne shumicen e rasteve ka neglizhence si nga ana e klinikave private, ashtu edhe nga ana e institucioneve perkatese, te cilat nuk ushtrojne kontroll mbi subjektet e licensuara.

► Pagesat nen-dore:

Dhenia e "bakshishit", "parave nen-dore" mjekut eshte nje praktike e njohur ne Shqiperi. Para fillimit te studimit, u mendua se ky mund te ishte pikerisht nje nga shkaqet qe ndikonte ne mos-raportim. Shpjegimi kryesor ishte se grate mund t'i ofronin doktoreve para nen dore, ne kembim te nje favori – mjeku te mos regjistronte abortin qe gruaja do kryente. Sidoqofte, intervistat e grave treguan se kjo eshte nje praktike e zakonshme, me ane te se ciles pacientet tregojne vleresimin e tyre ndaj mjekeve. Nje arsye tjeter e mundshme eshte se ata do deshironin nje kujdes shendetesor me te mire duke i dhene nje sasi parash. Afersisht 78% e mjekeve ne sektorin publik dhe 30% ne sektorin privat thane se grate japin "dhurata" apo "bakshishe" per sherbimet e abortit. Sasia e parave varet nga deshirat dhe mundesite individuale.

► Intervistat e grave (Arsyet e mosraportimit te abortit):

82% e grave (n=38) ne studim thane se e dinin rrugen qe ndiqte nje grua ne qytetin apo fshatin e tyre, nese deshironte te kryente nje abort. 69% e grave (n=32) njihnin gra, shoqe apo te aferme te tyre qe kishin kryer aborte. Nga grate e intervistuarat, u raportuan 10 aborte te kryera me deshire (1 grua kishte patur 4 aborte, 1 grua 2 aborte dhe 4 grate e tjera nga nje abort secila).

Pyetja - "Çfare mund te mendojne njerezit per abortin apo dhe per vete gruan? Nese nje grua ben abort ne kete qytet (fshat), a shqetesohet ajo per opinionin e te tjereve (nese te tjeret e marrin vesh)?" zbuloi nje seri pergjigjesh. 8 gra u pergjigjen "jo, nuk shqetesohet" kurse 31 gra thane "po" ajo do shqetesohet shume per mendimin e te tjereve dhe 4 prej tyre thane se ajo do shqetesohet nese do ishte e pamartuar. Sipas intervistave, njerezit ne qytetin apo fshatin ku banon gruaja, do e konsideronin ate "imorale" ose "kriminele" dhe ajo qe kish bere ishte "nje krim".

Duke dhene kete perceptim negativ mbi abortin, eshte e kuptueshme perse grate ne Survejimin e Shendetit Riprodhues (RHS) nuk e raportuan numrin e vertete te aborteve qe kishin patur, per shkak te stigmes qe rrethon abortin. Kur u pyeten mbi arsyet e mosraportimit ne Studimit te Shendetit Riprodhues, pergjigja me e shpeshte e dhene nga grate ishte se "grate ndjehen fajtoresh" ose "ndjehen keq" apo "duan te ruajne intimitetin". Pikerisht ky opinion negativ qe ekziston ne gjithe vendin, lidhur me abortin, mund te jete arsyeja kryesore qe çoi ne nenraportim te abortit ne RHS.

► Rekomandimet:

1. Mjeket dhe anetaret e tjere te stafit nuk jane te mireinformuar persa i perket kerkesave ligjore ne lidhje me raportimin e abortit, prandaj nevojitet te behet nje shperndarje e rregullores per te inkurajuar raportimin.
2. Ministria e Shendetesise duhet te kete nje liste me te detajuar dhe te plote te mjekeve qe kryejne abort privatisht.
3. Nevojitet nje program per te filluar mbledhjen e te dhenave mbi abortin nga klinikat private.