

## PËRMBAJTJA

### NË VEND TË EDITORIALIT:

- Nryshimet dhe shtesat e bëra në Ligjin nr. 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë .....	2
- Ligji nr. 123/2014 Për Urdhrin e mjekëve në Republikën e Shqipërisë .....	9
- Deklarata e Asamblesë Kombëtare e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë dt. 30.08.2024 .....	17
- Deklaratë nga Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë dt. 09.08.2024 .....	19
- Deklaratë për pavarësinë e parimeve etike të profesionit mjekësor në Shqipëri .....	20
- CPME-Shoqata e Mjekëve Evropianë – Situata e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë .....	22
- Shoqata Botërore Mjekësore – Propozim Ligji për Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë .....	24

### ETIKË DHE DEONTOLOGJI:

- Dr. Çipi S., Prof. dr. Çipi B., - Mbi disa çështje të qëndrimit të pakujdesshëm dhe gabimeve mjekësore të personelit shëndetësor në shërbim të të sëmurit .....	26
---	----

### VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Dr. Bejko V., - Konferenca: “Problematikat kryesore në menaxhimin e suksesshëm të patologjive të ndryshme në Qytetin e Korçës” .....	36
--	----

### VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Takimi ZEVA-Simpoziumi i 31-të i Dhomave dhe Urdhrave për Vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore - 5-7 Shtator 2024 - Prishtinë-Kosovë .....	38
- Takimi vjetor i 38-të i EFMA-25-28 Shtator 2024, Limassol Qipro .....	40
- Rezoluta për Racizmin në Mjekësi .....	41

### PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr. Mone E., - Fibromialgjia në moshën Pediatrike .....	43
---	----

### RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Prof. Dr. Basho J., - Protokoll Mjekimi dhe Ndjekje me Tenofovir për të sëmurët me Hepatit Kronik .....	46
- Dr. Shk. Goxharaj A., - Ndikimi i dietës ketogjenike në yndyrën e trupit, masën muskulare dhe performancë në stërvitje .....	50

### IN MEMORIAM

- Fotiadhi P., – Në përvjetorin e vdekjes së një Mjekeje Heroinë... ..	57
--	----

### NEKROLOGJI:

- Dr. Llambi DILO .....	63
-------------------------	----



**Ndryshimet dhe shtesat e bëra në Ligjin 123/2014 “për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”**

Neni 4  
**Misioni**

*Pika 2, shkronja “b”*

**Ishte**

Vendos standarde etike dhe deontologjike, të detyrueshme për çdo mjek dhe monitoron zbatimin e tyre gjatë ushtrimit të profesionit:

**Bëhet**

**Harton** standarde etike dhe deontologjike, të detyrueshme për çdo mjek dhe monitoron zbatimin e tyre gjatë ushtrimit të profesionit:

Neni 5  
**Kriteret e anëtarësisë**

*Pas pikës 1, shkronjës “ç” shtohet shkronja “d”*

**Nuk janë larguar me masën disiplinore të heqjes së licensës.**

Neni 7  
**Ndërprerja e anëtarësisë**

*Pika 1, shkronja “b”*

**Ishte**

Kur i hiqet licenca individuale e ushtrimit të profesionit me vendim të formës së prerë nga organet e Urdhrit apo të gjykatës:



## **Bëhet**

Kur i hiqet licenca individuale e ushtrimit të profesionit me vendim disiplinor apo me vendim gjykate:

### Neni 8

#### **Detyrimet e anëtarëve të Urdhrit**

## **Ishte**

Anëtari i Urdhrit të mjekëve ka këto detyrime:

- a) Të ushtrojë profesionin dhe të ketë sjellje profesionale në përshtatje me kërkesat dhe standardet e legjislacionit shqiptar në fushën e shëndetësisë, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe statutin;
- b) Të punojë për rritjen e standardeve profesionale dhe të cilësisë së kujdesit shëndetësor në institucionin ku punon dhe të marrë pjesë rregullisht në programet e Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor;
- c) Të paguajë rregullisht kuotizacionet e anëtarësisë, tarifën e regjistrimit, të dhënies së të drejtës së ushtrimit të profesionit dhe shërbime të tjera administrative në përputhje me këtë ligj dhe aktet nënligjore në zbatim të tij.

## **Bëhet:**

*Pas shkronjës “c” shtohen shkronja “ç” dhe “d” me këtë përmbajtje:*

Anëtari i Urdhrit të mjekëve ka këto detyrime:

- a) Të ushtrojë profesionin dhe të ketë sjellje profesionale në përshtatje me kërkesat dhe standardet e legjislacionit shqiptar në fushën e shëndetësisë, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe statutin;
- b) Të punojë për rritjen e standardeve profesionale dhe të cilësisë së kujdesit shëndetësor në institucionin ku punon dhe të marrë pjesë rregullisht në programet e Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor;
- c) Të paguajë rregullisht kuotizacionet e anëtarësisë, tarifën e regjistrimit, të dhënies së të drejtës së ushtrimit të profesionit dhe shërbime të tjera administrative në përputhje me këtë ligj dhe aktet nënligjore në zbatim të tij.
- ç) të mos punojë në sistemin shëndetësor jopublik më shumë se 30 për qind të orëve mujore që punon në sistemin shëndetësor publik;
- d) të mos u kërkojë pacientëve që i janë paraqitur në institucionin shëndetësor publik për trajtim dhe shërbime në përputhje me specialitetin e tij, që t'i drejtohen institucionit shëndetësor jopublik, ku ai ushtron profesionin e tij;



# I NË VEND TË EDITORIALIT

## Shtohet Neni 8/a

Kushtet dhe procedura që një mjek në një institucion shëndetësor publik mund të ushtrojë profesionin në një institucion shëndetësor jopublik

1. Një anëtar i Urdhrit të Mjekëve që kërkon të ushtrojë profesionin në një institucion shëndetësor jopublik, duhet t'i bëjë kërkesë titullarit të institucionit shëndetësor publik ku ai është i punësuar.
2. Në kuptimin e këtij ligji termi “ushtrim i profesionit të mjekut” përfshin hapjen, pjesëmarrjen, si dhe punësimin në një institucion shëndetësor jopublik.
3. Anëtarët e Urdhrit të Mjekëve, të cilët janë të punësuar në një institucion shëndetësor publik, që ka përfituar statusin e autonomisë spitalore financiare, nuk mund të bëjnë kërkesë të tillë sipas pikë 1 të këtij neni.
4. Anëtarët e Urdhrit të Mjekëve, që mbajnë funksione drejtuese të çdo niveli në një institucion shëndetësor publik dhe në Universitetin e Mjekësor Publik nuk mund të mbajnë funksione drejtuese të çdo niveli në një institucion shëndetësor jopublik.
5. Titullari i institucionit vlerëson:
  - a) Ngarkesën e orëve që mjeku ushtron në institucionin shëndetësor publik;
  - b) Mbulimin e shërbimit nga personel tjetër mjekësor në institucionin shëndetësor publik;
  - c) Mundësinë e konfliktit të interesit.
6. Në çdo rast, angazhimi i mjekut në institucionin shëndetësor jopublik nuk duhet të pengojë kryerjen e detyrës së tij/saj në institucionin shëndetësor publik, ose kjo veprimtari nuk duhet të kërkojë një angazhim mendor a fizik të tij/saj që e bën të vështirë kryerjen e kësaj detyre, ose ushtrimi i kësaj detyre në institucionin shëndetësor jopublik mund të çenojë, në çfarëdo mënyre imazhin e mjekut.
7. Në rast se titullari vlerëson se nuk plotësohen kërkesat e pikave 5 dhe 6 të këtij neni, vendos mosmiratimin e kërkesës. Në rast se titullari vlerëson se nuk ka pengesa për pranimin e kësaj kërkesë miraton kërkesën dhe njofton ministrinë përgjegjëse të shëndetësisë.
8. Ministria përgjegjëse për shëndetësinë bën publikimin e të dhënave të këtij mjeku në një regjistër publik elektronik.
9. Procedura e verifikimit dhe shqyrtimit të kërkesës, si dhe të dhënat që do të bëhen publike në regjistrin elektronik, formati dhe mënyra e përditësimit të tij rregullohen me udhëzim të ministrit përgjegjës për shëndetësinë.

## Neni 9

### Bashkëpunimi

*Pika 3,*

#### **Ishte**

Inspektoriati shtetëror shëndetësor bashkëpunon me Urdhrin e Mjekëve gjatë ushtrimit të funksionit të tij;

#### **Bëhet**

Inspektoriati përgjegjës për shëndetësinë bashkëpunon me Urdhrin e Mjekëve gjatë ushtrimit të funksionit të tij;



# I NË VEND TË EDITORIALIT

## Neni 11 Organet kryesore

*Shkronja “ç” e pikës 1 shfuqizohet.*

### **Ishte**

Organet kryesore të Urdhrit janë:

- a) Asambletë;
- b) Këshillat;
- c) Presidentët;
- ç) Komisionet e gjykimit disiplinor profesional.

### **Bëhet**

Organet kryesore të Urdhrit janë:

- a) Asambletë;
- b) Këshillat;
- c) Presidentët;

## Neni 13 Këshilli Kombëtar

*Shkronja “dh”, pika 2 e tij,*

### **Ishte**

Miraton Statutin, rregulloret e Urdhrit, si dhe Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore

### **Bëhet**

Miraton Statutin, rregulloret e Urdhrit, si dhe harton Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore;

## Neni 14 Këshillat Rajonale

*Shkronja “c” e pikës 2 e tij;*

### **Ishte**

Cakton komisionin disiplinor në nivel qarku



# I NË VEND TË EDITORIALIT

## Bëhet

### Shfuqizohet

#### Neni 16

### Komisionet Disiplinore

#### Ishte

1. Pranë këshillave rajonale dhe Këshillit Kombëtar funksionojnë komisionet disiplinore si organizma të gjykimit profesional. Komisioni disiplinor rajonal përbëhet nga 9 anëtarë të zgjedhur nga Këshilli rajonal. Komisioni Disiplinor Kombëtar përbëhet nga 15 anëtarë të zgjedhur nga Këshilli Kombëtar.
2. Komisioni shqyrton ankesat e bëra nga çdo person apo institucion në organet e Urdhrit, të cilat lidhen me ushtrimin e profesionit dhe përbëjnë shkelje të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore.
3. Komisionet Disiplinore, pranë këshillave rajonale ushtrojnë kompetenca disiplinore të shkallës së parë. Vendimet e tyre janë të apelueshme në komisionin disiplinor të Këshillit Kombëtar, i cili ushtron kompetenca disiplinore të shkallës së dytë.
4. Mënyra e ngritjes dhe funksionimit të komisioneve disiplinore përcaktohen në statutin dhe në rregulloren e gjykimit profesional të Urdhrit.

## Bëhet

1. Procedimi disiplinor ushtrohet nga komisioni i disiplinës dhe komisioni i apelimit.
2. Komisioni i disiplinës funksionon pranë Urdhrit të Mjekëve dhe realizon shqyrtimin e ankesave, hetimin administrativ dhe në rast konstatimi të shkeljeve cakton me vendim masat disiplinore.
3. Vendimet e komisionit të disiplinës mund të ankimohen brenda 10 (ditëve) nga njoftimi i arsyetuar në komisionin e apelit që ngrihet pranë ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë.
4. Përbërja, organizimi dhe funksioni i komisionit të disiplinës dhe të komisionit të apelimit rregullohen me vendim të Këshillit të Ministrave.

#### Neni 17

### Masat Disiplinore

#### Ishte

1. Komisioni Disiplinor heton dhe gjykon në bazë të fakteve dhe provave të administruara në seancë dëgjimore. Kur vërtetohet së anëtari ka kryer shkelje të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, Ligjit dhe akteve të tjera kodifikuese lidhur me ushtrimin e profesionit, e shpall atë fajtor dhe i jep këto masa:
  - a) Vërejtje me shkrim;
  - b) Vërejtje me paralajmërim;
  - c) Gjobë, nga 15 000 (pesëmbëdhjetë mijë) lekë deri në 100 000 (njëqind mijë) lekë;
  - ç) Propozim për shkarkim nga funksione drejtuese në institucione shëndetësore publike dhe private.



# I NË VEND TË EDITORIALIT

- d) Pezullim nga e drejta e zgjedhjes në organet drejtuese të Urdhrit të Mjekëve deri në 3 (tre) vjet;
- dh) Përrjashtim i përkohshëm nga Urdhri i Mjekëve për një periudhë deri në 3 (tre) vjet.
2. Masa ndëshkuese e parashikuar në shkronjën “dh” sjell si rrjedhojë ç’regjistrim nga Regjistri i Mjekëve të Rajonit dhe ai Kombëtar, si dhe heqjen e të drejtës së ushtrimit të profesionit për afatin e caktuar në Vendimin Disiplinor.
  3. Masat disiplinore të përcaktuara në pikën 1 të këtij neni mund të shlyhen, në qoftë se ndaj anëtarit nuk është marrë ndonjë masë tjetër disiplinore brenda 1 (një) viti nga data e dhënies së tyre për shkronjat “a” dhe “b”, dhe brenda 3 (tre) vjetësh për shkronjat “ç”, “d”, dhe “dh”, të pikës 1 të këtij neni.
  4. Gjoha e vendosur sipas shkronjës “c” të pikës 1 të këtij neni derdhet në Buxhetin e Shtetit.

## Bëhet

1. Komisioni disiplinor heton dhe gjykon në bazë të fakteve dhe provave të administruara dhe të seancës dëgjimore me anëtarin e Urdhrit të Mjekëve, ndaj të cilit mund të merret masa disiplinore. Kur vërtetohet se anëtari ka kryer shkelje të etikës, të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore ose ka bërë gabime teknike, ai jep këto masa:
  - a) Vërejtje;
  - b) Pezullim për të realizuar shërbime të caktuara mjekësore për një periudhë nga 6 (gjashtë) muaj deri në 3 (tre) vjet;
  - c) Pezullim të licensës së ushtrimit të profesionit të mjekut në tërësinë e saj për një periudhë nga 6 (gjashtë) muaj deri në 5 (pesë) vjet;
  - ç) Gjobë me vlerë nga 100 000 (njëqind mijë) lekë deri në 1 000 000 (një milion) lekë;
  - d) Heqjen e licensës për ushtrimin e profesionit të mjekut.
2. Procedimi disiplinor fillon 5 (pesë) vjetëve nga momenti i kryerjes. Në rastin kur anëtari i Urdhrit të Mjekëve ushtron detyrën në të njëjtin institucion shëndetësor ku ka kryer shkeljen disiplinore, procedimi disiplinor fillon menjëherë nga momenti i konstatimit të saj.
3. Masat disiplinore sipas pikës 1 të këtij neni shuhen:
  - a) Për shkronjën “a”, 3 (tre) vjet pas dhënies apo përfundimit të saj;
  - b) Për shkronjat “b”, “c” dhe “ç”, 5 (pesë) vjet pas përfundimit, përkatësisht të periudhës së pezullimit apo të pagimit të gjobës.Masat disiplinore, sipas shkronjës “d”, të pikës 1 të këtij neni nuk shuhen.
4. Në caktimin e masave disiplinore, komisioni mban në konsideratë llojin e shkeljes, seriozitetin e saj, pasojat e ardhura, sjelljen e anëtarit të Urdhrit të Mjekëve ndaj këtyre asojave, si dhe nëse ka pasur më parë shkelje të tjera disiplinore.

Neni 18  
**Ankimimi**

## Ishte

1. Ankesat kundër vendimeve për marrjen e masave disiplinore nga komisioni disiplinor i këshillit rajonal paraqiten në komisionin disiplinor të Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve brenda 15 ditëve nga data e komunikimit me shkrim të vendimit.



# I NË VEND TË EDITORIALIT

2. Komisioni disiplinor, brenda 60 ditëve nga data e marrjes së ankesës, detyrohet të japë vendimin për ankesën e paraqitur. Vendimi i komisionit disiplinor të Këshillit Kombëtar ankimohet në gjykatën kompetente për zgjidhjen e mosmarrëveshjeve administrative.

## **Bëhet**

### Neni 18 **Ankimimi gjyqësor**

1. Kundër vendimit të komisionit të apelit lejohej ankimim në gjykatën administrative kompetente brenda 10 (dhjetë) ditëve nga marrja dijeni për vendimin.
2. Ankimimi në gjykatë nuk pezullon zbatimin e vendimit të komisionit të apelit.

### Neni 19 **Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore**

*Pika 2 ndryshon*

## **Ishte**

Këshilli Kombëtar harton dhe miraton Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore

## **Bëhet**

Këshilli Kombëtar harton Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe ia paraqet për miratim ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë.





## REPUBLIKA E SHQIPËRISË KUVENDI

### LIGJ Nr. 123/2014 PËR URDHRIN E MJEKËVE NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË

Në mbështetje të neneve 78 dhe 83, pika 1, të Kushtetutës, me propozimin e Këshillit të Ministrave,

K U V E N D I  
I REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË

V E N D O S I:

K R E U I

DISPOZITA TË PËRGJITHSHME

Neni 1

#### **Qëllimi i ligjit**

Ligji ka si qëllim përcaktimin e rregullave të organizimit dhe të veprimtarisë së Urdhrit të Mjekëve dhe marrëdhëniet juridike të profesionistëve mjekësorë.

Neni 2

#### **Fusha e zbatimit**

Ky ligj zbatohet për të gjithë mjekët që ushtrojnë profesionin në Republikën e Shqipërisë në sistemin publik apo privat.

Neni 3

#### **Statusi**

Urdhri i Mjekëve është ent publik jobuxhetor, profesional, i pavarur, i cili përfaqëson dhe mbron interesat e përbashkët të anëtarëve të Urdhrit dhe rregullon veprimtaritë dhe marrëdhëniet midis tyre, në funksion të publikut.



## KREU II

### MISIONI DHE BUXHETI

#### Neni 4

#### **Misioni**

1. Misioni i Urdhrit të Mjekëve është ruajtja e standardeve të larta në formimin dhe ushtrimin e profesioneve në fushën e mjekësisë dhe mbrojtja e pacientëve dhe publikut nga kequshtrimi i profesionit të mjekut.
2. Për të përmbushur misionin e tij, Urdhri i Mjekëve ushtron këto kompetenca:
  - a) jep dhe heq licencën individuale të ushtrimit të profesionit;
  - b) vendos standarde etike dhe deontologjike, të detyrueshme për çdo mjek dhe monitoron zbatimin e tyre gjatë ushtrimit të profesionit;
  - c) rivlerëson periodikisht kompetencën dhe performancën profesionale të anëtarit të Urdhrit përballë standardeve të vendosura;
  - ç) nxit arritjen e standardeve të larta në edukimin dhe formimin profesional dhe etik të anëtarëve të Urdhrit;
  - d) bashkëpunon me Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim, institucione të tjera shkencore dhe arsimore për të siguruar standarde të larta në Edukimin e Vazhdueshëm Mjekësor, kualifikimet dhe specializimet pasuniversitare të Urdhrit;
  - dh) mban Regjistrin Themeltar të Urdhrit dhe menaxhon sistemin e administrimit dhe përditësimit të tij;
  - e) mbron të drejtat e anëtarëve të Urdhrit, integritetin moral dhe profesional të tyre e të profesionit mjekësor.

#### Neni 5

#### **Kriteret e anëtarësisë**

1. Asnjë individ nuk mund të ushtrojë profesionin e mjekut, në sistemin e kujdesit shëndetësor publik apo privat në Republikën e Shqipërisë, pa qenë anëtar i Urdhrit të Mjekëve dhe pa qenë i pajisur me licencën për ushtrimin individual të profesionit, të lëshuar nga ky organizëm.
2. Janë anëtarë të Urdhrit të Mjekëve të gjithë mjekët që ushtrojnë profesionin e mjekut/mjekut specialist në Republikën e Shqipërisë dhe që përmbushin kriteret e mëposhtme:
  - a) të jenë shtetas shqiptarë;
  - b) të kenë diplomën e mjekut, mjekët specialistë edhe diplomën e specialitetit, të lëshuar nga institucioni i arsimit të lartë brenda apo jashtë shtetit, të njohura nga ministria përgjegjëse për arsimin;
  - c) të mos jenë të dënuar me vendim të formës së prerë për kryerjen e një krimi apo për kryerjen e një kundërvajtjeje penale me dashje, në momentin e kërkesës për anëtarësim;
  - ç) të njohin dhe të zotohen me shkrim se do të zbatojnë kërkesat e legjislacionit në fuqi, statutit, Betimin e Mjekut dhe Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore.
3. Çdo mjek, shtetas i huaj, që të ushtrojë profesionin si rezident në Shqipëri, apo i atashuar në një institucion shëndetësor ku vjen periodikisht për ushtrimin e profesionit, duhet të ketë edhe këto dokumente:
  - a) lejen e qëndrimit dhe të punës në Republikën e Shqipërisë;



- b) certifikatën e mirësjelljes (Good Standing Certificate) nga Urdhri/dhoma apo shoqata e mjekëve të vendit të vet, ku vërtetohet se është i regjistruar, e ushtron profesionin dhe se nuk ka marrë masa ndëshkimore;
- c) njësimin (konvalidimin) e diplomës dhe certifikatave të specializimeve të kryera prej tij/saj;
- ç) një rekomandim nga një specialist vendas i së njëjtës fushë, anëtar i Urdhrit të Mjekëve;
- d) dëshmi të njohjes së gjuhës shqipe, të vërtetuar nga një autoritet i licencuar nga shteti. Mjeku jorezident detyrimisht punon me përkthyes.

## Neni 6

### **Të drejtat e anëtarit të Urdhrit të Mjekëve**

Anëtari i Urdhrit të Mjekëve ka të drejtë:

- 1. Të ushtrojë profesionin në profilin e vet;
- 2. Të ankohet në organet e Urdhrit kur i shkelen të drejtat dhe mundësitë për ushtrim autonom, të lirë dhe të pavarur të profesionit nga cilido qoftë;
- 3. Të marrë pjesë në shqyrtimin nga organizmat e Urdhrit për probleme që kanë të bëjnë me personin e tij;
- 4. Të kërkojë krijimin e kushteve të favorshme për ushtrimin normal të profesionit, për Edukimin e Vazhdueshëm Mjekësor dhe për përparimin e karrierës.

## Neni 7

### **Ndërprerja e anëtarësisë**

- 1. Anëtarit të Urdhrit të Mjekëve i ndërpritet anëtarësia në këto raste:
  - a) kur vdes;
  - b) kur i hiqet licenca individuale e ushtrimit të profesionit me vendim disiplinor të formës së prerë nga organet e Urdhrit apo të gjykatës;
  - c) kur është duke vuajtur dënimin penal me heqje lirie;
  - ç) kur nuk shlyhen kuotizacionet në përputhje me afatet e vendosura nga Këshilli Kombëtar i Urdhrit dhe i kalon ato mbi 1 vit pa arsye të justifikueshme.
- 2. Vendimi për ndërprerje të anëtarësisë i komunikohet zyrtarisht personit dhe institucionit ku ka shërbyer i ndëshkuari.

## Neni 8

### **Detyrimet e anëtarëve të Urdhrit**

Anëtari i Urdhrit të Mjekëve ka këto detyrime:

- a) të ushtrojë profesionin dhe të ketë sjellje profesionale, në përshtatje me kërkesat dhe standardet e legjislacionit shqiptar në fushën e shëndetësisë, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore dhe statutin;
- b) të punojë për rritjen e standardeve profesionale dhe të cilësisë së kujdesit shëndetësor në institucionin ku punon dhe të marrë pjesë rregullisht në programet e Edukimit të Vazhdueshëm Mjekësor;



# I NË VEND TË EDITORIALIT

- c) të paguajë rregullisht kuotizacionet e anëtarësisë, tarifat e regjistrimit, të dhënies së të drejtës së ushtrimit të profesionit dhe shërbime të tjera administrative, në përputhje me këtë ligj dhe aktet nënligjore në zbatim të tij.

## Neni 9

### **Bashkëpunimi**

1. Urdhri i Mjekëve, gjatë veprimtarisë së tij, bashkëpunon me ministrinë përgjegjëse për shëndetësinë dhe institucionet e saj vartëse, si dhe me ministritë, institucionet qendrore, institucionet e arsimit të lartë dhe organizma të tjerë, publikë ose jopublikë, të krijuara sipas legjislacionit në fuqi.
2. Urdhri i Mjekëve informon çdo 6 muaj ministrinë përgjegjëse për fushën e shëndetësisë lidhur me anëtarësimet, gjykimet disiplinore dhe probleme të tjera me interes të ndërsjellë. Ky informacion publikohet edhe në faqen e internetit të Urdhrit.
3. Inspektorati Shtetëror Shëndetësor bashkëpunon me Urdhrit e Mjekëve gjatë ushtrimit të funksionit të tij.
4. Ministria e Shëndetësisë bashkëpunon me Urdhrit e Mjekëve për hartimin e projektligjeve dhe të dokumenteve të rëndësishme në fushën e shëndetësisë.

## Neni 10

### **Buxheti**

1. Urdhri i Mjekëve ka buxhetin e tij, të cilin e miraton dhe e administron Këshilli Kombëtar, në përputhje me rregullat financiare në fuqi dhe me rregulloren e brendshme për veprimtarinë financiare të Urdhrit, të miratuar nga ky këshill.
2. Burimet financiare të Urdhrit janë:
  - a) kuotizacionet e anëtarëve, masa e të cilave përcaktohet me vendim të Këshillit Kombëtar dhe janë të detyrueshme për çdo anëtar;
  - b) tarifat e vendosura për aktet dhe dokumentet e lëshuara nga Urdhri;
  - c) donacione të ndryshme dhe të ardhura të tjera të ligjshme.
3. Të ardhurat e siguruara, sipas përcaktimit të bërë në pikën 2, të këtij neni, Urdhri i përdor për të përmbushur synimet dhe objektivat e tij në përputhje me statutin dhe me këtë ligj.

## KREU III

### ORGANIZIMI DHE DREJTIMI

## Neni 11

### **Organet kryesore**

1. Organet kryesore të Urdhrit janë:
  - a) asamblëtë;
  - b) këshillat;
  - c) presidentët;



- ç) komisionet e gjykimit disiplinor profesional.
2. Zgjedhjet në organet e sipërpërmendura duhet të sigurojnë përfaqësim në masën 30 për qind për çdo gjini, në përputhje me ligjin nr. 9970, datë 24.7.2008, “Për barazinë gjinore në shoqëri”.

## Neni 12 Asambletë

1. Asambleja Kombëtare është organi më i lartë drejtues i Urdhrit dhe përbëhet nga të gjithë anëtarët e këshillave rajonale.
2. Mbledhja e Asamblesë Kombëtare thirret nga:
  - a) Presidenti i Këshillit Kombëtar;
  - b) kur kërkohet nga 1/3 e të gjithë anëtarëve të asamblesë.
3. Asambleja rajonale zgjedh këshillin rajonal.
4. Përbërja e anëtarëve të asamblesë rajonale dhe procedurat e zgjedhjes së tyre përcaktohen në Statutin e Urdhrit të Mjekëve.

## Neni 13 Këshilli kombëtar

1. Këshilli Kombëtar përbëhet nga 25 anëtarë, ndër të cilët 20 janë anëtarë të zgjedhur nga Asambleja Kombëtare dhe 5 të tjerët janë, përkatësisht, Presidenti i Urdhrit të Mjekëve, zëvendësi i tij, një përfaqësues nga ministria përgjegjëse për shëndetësinë, një përfaqësues nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, një përfaqësues nga institucionet e arsimit të lartë, të caktuar nga Presidenti i Urdhrit, në bazë të kriterëve të përcaktuara në statut.
2. Këshilli Kombëtar ka këto përgjegjësi:
  - a) miraton strukturën e vet organizative dhe të këshillave rajonalë;
  - b) cakton kuotizacionin dhe tarifat;
  - c) zgjedh Presidentin e Urdhrit të Mjekëve dhe zëvendësin e tij;
  - ç) administron pasuritë e luajtshme dhe të paluajtshme të Urdhrit në nivel kombëtar, duke përcaktuar fondet në administrimin e këshillave rajonalë;
  - d) mbikëqyr të gjithë veprimtarinë e organeve që varen prej tij;
  - dh) miraton statutin, rregulloret e Urdhrit si dhe Kodin Etik dhe Deontologjik të Mjekut;
  - e) ngre grupe pune ad hoc për kryerjen e kontrolleve për ushtrimin e profesionit të mjekut.
3. Zgjedhjet për Këshillin Kombëtar bëhen çdo 5 vjet.
4. Zgjedhjet për Këshillin Kombëtar dhe ato për këshillat rajonalë bëhen në të njëjtën kohë.

## Neni 14 Këshillat rajonalë

1. Këshilli rajonal përbëhet nga 5 deri në 9 anëtarë, në varësi të numrit të anëtarëve të Urdhrit të Mjekëve.



# I NË VEND TË EDITORIALIT

2. Këshilli rajonal ka këto funksione:
  - a) këshilli rajonal zgjedh presidentin dhe zëvendës-presidentin e tij;
  - b) administron buxhetin dhe të gjitha pasuritë e Urdhrit në nivel qarku;
  - c) cakton komisionin disiplinor në nivel qarku;
  - ç) ngre grupe pune ad hoc për kryerjen e kontrolleve për ushtrimin e profesionit të mjekut në nivel qarku.
3. Zgjedhjet për këshillin rajonal bëhen çdo 5 vjet.

## Neni 15 Presidentët e Urdhrit

1. Presidentët e Urdhrit zgjidhen me votim të fshehtë nga Këshilli Kombëtar dhe ai rajonal midis jo më pak se 2 kandidaturave alternative.
2. Këshilli Kombëtar zgjedh Presidentin e Urdhrit të Mjekëve me shumicën e votave të gjithë anëtarëve të tij. Mandati i presidentit është 5 vjet, me të drejtë rizgjedhjeje vetëm njëherë.
3. Këshillat rajonalë zgjedhin presidentët përkatës të këshillave rajonalë. Mandati i tyre është 5 vjet me të drejtë rizgjedhjeje vetëm një herë.
4. Kandidaturat për presidentë të Urdhrit të Mjekëve duhet të përmbushin këto kritere:
  - a) të jenë jo më shumë se në moshën e daljes në pension në momentin e zgjedhjes;
  - b) të kenë jo më pak se 15 vjet eksperiencë në profesion;
  - c) të kenë përvojë dhe të dhëna të besueshme për aftësi komunikimi, organizimi e drejtimi;
  - ç) të mos jenë marrë ndaj tyre masa ndëshkimore disiplinore në 5 vitet e fundit;
  - d) të kenë prestigj dhe reputacion etiko-moral dhe profesional; dh) të kenë kryer botime shkencore;
  - e) të mos jenë të dënuar me vendim të formës së prerë për kryerjen e një krimi apo për kryerjen e një kundërvajtjeje penale me dashje.
5. Funksioni i presidentëve të Urdhrit të Mjekëve është i papajtueshëm me çdo funksion tjetër administrativ, shtetëror apo politik.
6. Presidentët e urdhrave e përfundojnë mandatin e tyre përpara kohe në këto raste:
  - a) kur merret vendim nga Këshilli Kombëtar ose rajonal, me votat e jo më pak se dy të tretave të anëtarëve;
  - b) kur japin dorëheqjen;
  - c) kur dënohen me vendim gjykatë të formës së prerë për kryerjen e një veprë penale;
  - ç) kur humbasin zotësinë e plotë për të vepruar;
  - d) kur bëhen të paaftë, për arsye shëndetësore, për të kryer detyrat e tyre, vërtetuar nga komisioni kompetent mjekësor.
7. Procedura e zgjedhjes, detyrat dhe kompetencat e presidentëve të Urdhrit të Mjekëve përcaktohen në Statutin e Urdhrit.

## Neni 16 Komisionet disiplinore

1. Pranë këshillave rajonalë dhe Këshillit Kombëtar funksionojnë komisionet disiplinore si organizma të gjykimit profesional. Komisioni disiplinor rajonal përbëhet nga 9 anëtarë të zgjedhur nga Këshilli Rajonal. Komisioni Disiplinor Kombëtar përbëhet nga 15 anëtarë të zgjedhur nga Këshilli Kombëtar.



2. Komisioni shqyrton ankesat e bëra nga çdo person apo institucion në organet e Urdhrit, të cilat lidhen me ushtrimin e profesionit dhe përbëjnë shkelje të Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore.
3. Komisionet disiplinore, pranë këshillave rajonalë, ushtrojnë kompetenca disiplinore të shkallës së parë. Vendimet e tyre janë të apelueshme në komisionin disiplinor të Këshillit Kombëtar, i cili ushtron kompetenca disiplinore të shkallës së dytë.
4. Mënyra e ngritjes dhe funksionimit të komisioneve disiplinore përcaktohet në statutin dhe në rregulloren e gjykimit profesional të Urdhrit.

### Neni 17

#### **Masat disiplinore**

1. Komisioni disiplinor heton dhe gjykon në bazë të fakteve e provave të administruara dhe seancës dëgjimore me anëtarin e Urdhrit, ndaj të cilit mund të merret masa disiplinore. Kur vërtetohet se anëtari ka kryer shkelje të etikës, të Kodit Etik dhe Deontologjik ose ka bërë gabime teknike, ai jep këto masa:
  - a) vërejtje me shkrim;
  - b) vërejtje me paralajmërim;
  - c) gjobë nga 15 000 (pesëmbëdhjetë mijë) lekë deri 100 000 (njëqind mijë) lekë;
  - ç) propozim për shkarkim nga funksione drejtuese në institucione shëndetësore publike dhe private.
  - d) pezullim nga e drejta e zgjedhjes në organet drejtuese të Urdhrit të Mjekëve deri në 3 vjet.
  - dh) përjashtim nga Urdhri i Mjekëve për një periudhë deri në 3 vjet.
2. Përveç masave të parashikuara në pikën 1, të këtij neni, si masë plotësuese, komisioni ka të drejtë t'u caktojë të ndëshkuarve kryerjen e një rikualifikimi ose të studimeve plotësuese, të barabarta me 20 kredite.
3. Masat disiplinore, të përcaktuara në pikën 1, të këtij neni, mund të shlyhen në qoftë se ndaj anëtarit nuk është marrë ndonjë masë tjetër disiplinore:
  - i) brenda 1 viti nga data e dhënies së tyre, për shkronjat “a” dhe “b”, të pikës 1, të këtij neni;
  - ii) brenda 3 vjetëve nga data e dhënies së tyre, për shkronjat “ç”, “d” e “dh”, të pikës 1, të këtij neni.
4. Gjoha e vendosur sipas shkronjës “c”, të pikës 1, të këtij neni, derdhet në Buxhetin e Shtetit.

### Neni 18

#### **Ankimi**

1. Ankesat kundër vendimeve për marrjen e masave disiplinore nga komisioni disiplinor i këshillit rajonal paraqiten në komisionin disiplinor të Këshillit Kombëtar të Urdhrit të Mjekëve brenda 15 ditëve nga data e komunikimit me shkrim të vendimit.
2. Komisioni disiplinor, brenda 60 ditëve nga data e marrjes së ankesës, detyrohet të japë vendimin për ankesën e paraqitur. Vendimi i komisionit disiplinor të Këshillit Kombëtar ankimohet në gjykatën kompetente për zgjidhjen e mosmarrëveshjeve administrative.



# I NË VEND TË EDITORIALIT

Neni 19

## **Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore**

1. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore është dokumenti themelor i profesionit mjekësor, në të cilin materializohen të gjithë parimet dhe standardet profesionale të detyrueshme për t'u njohur e zbatuar nga çdo anëtar i Urdhrit në praktikën mjekësore, si edhe nga çdo institucion shëndetësor.
2. Këshilli Kombëtar harton dhe miraton Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore.

## KREU IV

### DISPOZITA KALIMTARE DHE TË FUNDIT

Neni 20

## **Përmirësimi i dokumenteve të Urdhrit**

Këshilli kombëtar i Urdhrit harton dhe përmirëson Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, statutin dhe rregulloret e tij pas hyrjes në fuqi të këtij ligji.

Neni 21

## **Transferimi**

1. Jo më vonë se 6 muaj nga hyrja në fuqi e këtij ligji, bëhen zgjedhjet e organeve drejtuese të Urdhrit dhe riorganizimi i tyre në përputhje me këtë ligj.
2. Jo më vonë se 6 muaj nga hyrja në fuqi e këtij ligji, gjithë dokumentacioni dhe arkivi i lejeve të ushtrimit të profesionit të stomatologut, të dhëna deri në momentin e hyrjes në fuqi të këtij ligji, i transferohen Urdhrit të Stomatologëve.

Neni 22

## **Shfuqizimi**

Ligji nr. 8615, datë 1.6.2000, "Për Urdhrit e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, si dhe çdo dispozitë tjetër, që bie në kundërshtim me këtë ligj, shfuqizohen.

Neni 23

## **Hyrja në fuqi**

Ky ligj hyn në fuqi 15 ditë pas botimit në Fletoren Zyrtare.

K R Y E T A R I  
Ilir META

Miratuar në datën 25.9.2014



## DEKLARATA E ASAMBLESË KOMBËTARE E URDHRIT TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË

*Tiranë, 30.08.2024*

Në mbështetje dhe në zbatim të Ligjit Nr. 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë, sot më datë 30.08.2024 u mbledh Asambleja e Përgjithshme e UMSH-së si organi më i lartë i tij, në një seancë të jashtëzakonshme për të shprehur qëndrimin zyrtar të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë ndaj Aktit Normativ Nr. 2, datë 01.08.2024 – “Për ndryshime dhe shtesa në Ligjin Nr. 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë” dhe deklaroi si vijon:

Një zëri në unanimitet të plotë theksojmë mosdakordësinë tonë për mënyrën, shpejtësinë dhe momentin e papërshtatshëm të bërjes dhe miratimit së këtij Akti Normativ, pa u konsultuar dhe pa marrë sugjerimet tona si palë e interesuar direkt me të.

Ne jemi organizëm profesional me karakter, tipare dhe fushë veprimi të qartë, të përcaktuar nga Kuvendi i Republikës së Shqipërisë dhe në përputhje me organizmat homologe ndërkombëtare.

Ndryshimet ligjore dhe shtesat e bëra (në aktin normativ) transformojnë tërësisht thelbin, tiparet, karakterin, rolin, misionin dhe funksionin tonë.

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë nga një ent-publik jo buxhetor, i pavarur dhe profesional që përfaqëson interesat e anëtarëve duke i harmonizuar ato në interes të publikut (siç përcaktohet qartë në Ligjin Nr. 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”) kthehet në një pjesë, department apo shtojcë e Ministrisë përgjegjëse për shëndetësinë

Për NE, pavarësia është tipari thelbësor, ku bazohet veprimtaria jonë si trupë e vetërregullimit dhe vetëqeverisjes së profesionit mjekësor.

1. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore është dokumenti themelor eskuziv i yni (hartohet dhe miratohet nga Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë). Në të zërthehen parimet bazë të Betimit të Hipokratit në kontekstin e vendit tonë.

Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore përcakton, ruan, harmonizon dhe qartëson raportet midis Etikës, moralit dhe Ligjit, pra del qartë, se nuk mund të korrigjohet nga Ministria përgjegjëse për shëndetësinë.

2. Krite të anëtarësimit, detyrimet e anëtarëve dhe koncepti i ushtrimit të profesionit janë të qarta dhe nuk mund të përzihen me kontratat e punësimit.
3. Gjykimi Disiplinor Profesional pranë strukturave tona nuk mund të bëhet nga komisione, struktura dhe kritere të përcaktuara nga qeveria.

Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë ka hapësirën, detyrimet dhe përgjegjësitë e tij si gjithë aktorët dhe faktorët e tjerë që veprojnë në sistemin shëndetësor të vendit, por sigurisht nuk mund të përballojë gjithë problematikat e këtij sistemi. Raportet e tij janë bërë të qarta si ligjërish dhe praktikisht shumë korrekte, si me administratën e institucioneve të kujdesit shëndetësor, ashtu edhe me partnerët e tjerë të tij.



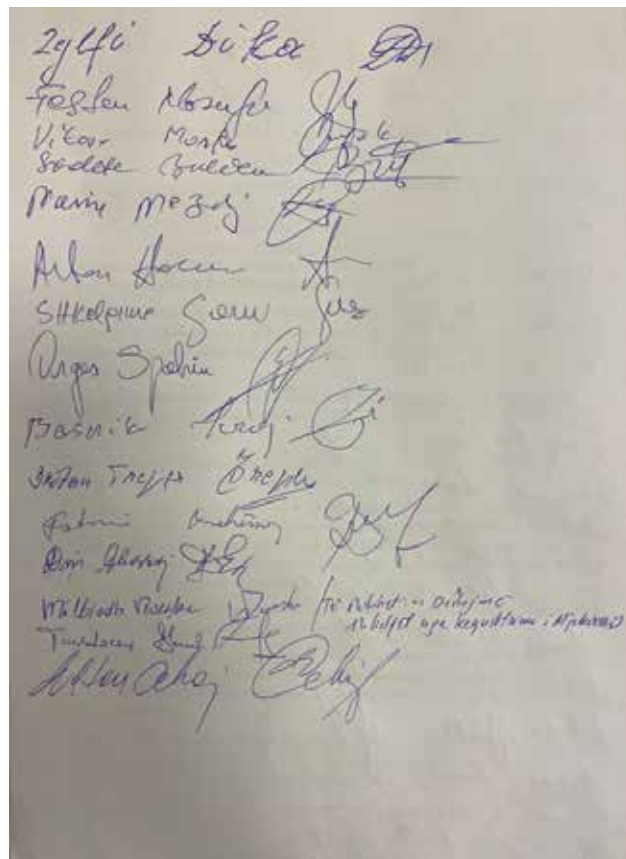
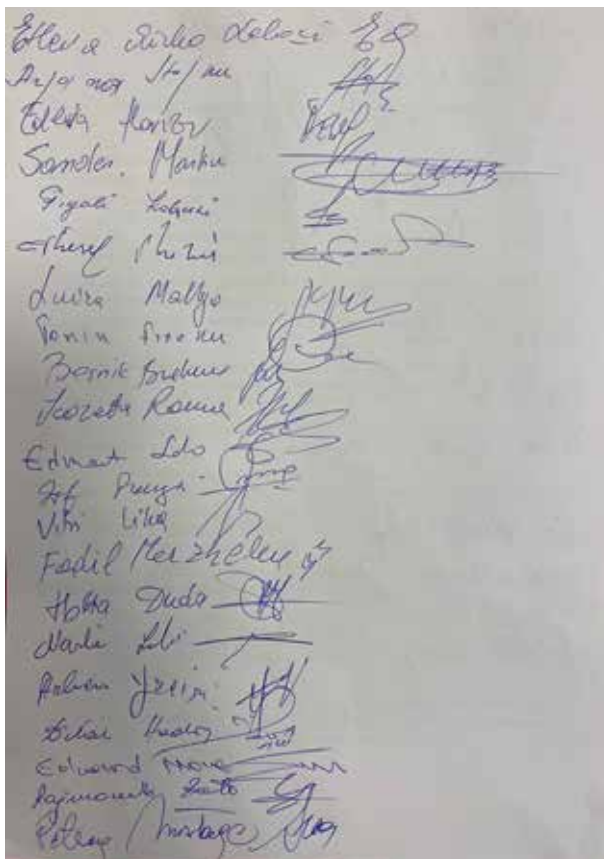
# I NË VEND TË EDITORIALIT

Asambleja Kombëtare e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë sot, mbështet plotësisht qëndrimet e mbajtura deri tani nga Drejtuesit e Këshillit Kombëtar dhe strukturat pranë tij ndaj shtesave dhe ndryshimeve në ligjin për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë.

Asambleja Kombëtare autorizon Këshillin Kombëtar dhe drejtuesit e tij, që sa herë të jetë e nevojshme të sqarojë dhe të mbrojnë fort parimet, ekskluzivitetin, detyrat dhe përgjegjësitë e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë për të mbrojtur dhe për të mos cënuar Misionin dhe Funkcionin e organizmit tonë, në çdo kohë dhe në të gjithë rrethanat dhe instancat e nevojshme në vend, si dhe organizmat ndërkombëtare ku ne aderojmë.

Ne sot, njëzëri kërkojmë nga gjithë organet ligjvënëse dhe ligjzbatuese (Kuvendi, Qeveria dhe Presidenti i Republikës) që të rishikohet ky Akt Normativ dhe përfaqësuesit tanë të jenë pjesë e konsultimeve për të bërë një ligj të ri për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë në kuadrin e përshtatjes dhe përafrimit së legjislacionit tonë me atë të Bashkimit Evropian dhe gjithmonë me përvojën tonë 30 vjeçare dhe modelet e homologëve ndërkombëtarë, për të vazhduar si pjesë e denjë e organizmave të tyre.

Në rast se kjo nuk arrihet kjo Asamble e Përgjithshme autorizon Këshillin Kombëtar dhe drejtuesit e tij ta dërgojnë këtë Akt Normativ në Gjykatën Kushtetuese.



## DEKLARATË NGA URDHRI I MJEKËVE TË SHQIPËRISË

09.08.2024

Pas botimit në fletoren zyrtare u njohëm me aktin normativ Nr. 2 datë 01.08.2024 “Për disa ndryshime dhe shtesa në Ligjin Nr. 123/2014 Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë”. Para botimit në Fletoren Zyrtare ne nuk kemi ditur asnjë detaj mbi ndryshimet dhe shtesat që i ishin bërë Ligjit tonë. NE si përfaqësues të ligjshëm të mjekëve dhe palë e interesuar direkt pritëm dhe kërkuam të thirrshim në diskutimin në detaje nen për nen të ndonjë drafti që do të ndryshonte Ligjin e sipërcituar (siç ka ndodhur më parë në hartimin dhe përmirësimin në tre ligjet e bëra për UMSH nga Kuvendi i Shqipërisë).

Theksojmë se ne sot jemi një organizëm me një veprimtari 30 vjeçare, por kësaj here kjo gjë nuk ndodhi. Sigurisht të gjitha strukturat tona do të studjojnë dhe analizojnë me hollësi ndryshimet dhe shtesa që i janë bërë Ligjit. Urdhri i Mjekëve do të thërrasë Asamblenë Kombëtare që do të shpreh qëndrimin zyrtar të tij. Ndryshimet dhe shtesa nëpërmjet këtij akti normativ që i janë bërë Ligjit janë thelbësore dhe e transformojnë tërësisht atë.

Në emblemën e UMSH është vendosur një libër dhe një peshore. Urdhri i Mjekëve të Shqipërisë edukon anëtarët (Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore, standardet profesionale, edukimi i vazhdueshëm mjekësor, etj., konfirmojnë karakterin edukativ të tij). Peshorja shpreh ekuilibrin midis interesave të anëtarësisë dhe harmonizimin e tyre në interes të publikut (dëshmuar me gjykimin disiplinor profesional).

Moto e Urdhri të Mjekëve është: **“Drejton mjekët dhe mbron pacientët”**.

Për punën dhe veprimtarinë tonë, vetëm dy muaj më parë gjatë festimeve të 30 vjetorit të krijimit të UMSH, ne morëm vlerësime pozitive, si nga Ministria e Linjës dhe nga homologët tanë ndërkombëtarë (mirënjohje nga Këshilli Evropian i Urdhrave të Mjekëve - CEOM, Shoqata Botërore Mjekësore - WMA, Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropianë-CPME, etj..).

Me ndryshimet e reja ligjore, UMSH nga edukues kthehet në ndëshkues, nga ent publik jo buxhetor i pavarur profesional kthehet në një shtojcë apo departament të Ministrisë së Linjës. Miratimi i Kodit të Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore bëhet nga Ministria e Linjës, përbërja, organizimi dhe funksionimi i komisionit të disiplinës dhe komisionit të apelimit rregullohet me vendim të këshillit të ministrave. Siç shihet, pavarësia humbet plotësisht, nuk ka asnjë element të vetërregullimit apo të vetëqeverisjes profesionale siç i kemi patur në përputhje me Ligjin dhe tiparet e homologëve ndërkombëtar. Pa përmendur klauzola të tjera në ligjin e ndryshuar, por që në fakt kanë të bëjnë me veprimtarinë e institucioneve shëndetësore publike (kontrolli i sistemit të referimit, kontratat e punës, etj..), shihet qartë se ndryshimet ligjore bien ndesh me rolin, misionin dhe funksionin e UMSH-së.

Këto ndryshime dhe shtesa prishin përputhshmërinë me homologët tanë ndërkombëtar.

Duke theksuar për mos dakortësinë tonë të plotë me këto ndryshime ligjore, kërkojmë nga të gjithë organet ligjvënëse dhe ligjzbatuese (Kuvendi i Shqipërisë, Qeveria, Presidenti i Republikës së Shqipërisë edhe si mjekë) të rishikohet ky akt normativ dhe përfaqësuesit tanë të jenë pjesë e konsultimeve për të bërë një ligj të ri për UMSH në kuadrin e përshtatjes së legjislacionit tonë me atë të Bashkimit Evropian dhe gjithmonë në përputhje me përvojën tonë 30 vjeçare dhe modelet e homologëve ndërkombëtar për të vazhduar si pjesë e denjë e organizatave të tyre.



# I NË VEND TË EDITORIALIT

Si rezultat i ndryshimeve dhe shtesave ligjore të bëra në Ligjin 123/2014 “Për Urdhrin e Mjekëve në Republikën e Shqipërisë” nëpërmjet Aktit Normativ Nr. 2, datë 01.08.2024 të Këshillit të Ministrave, Urdhri i Mjekëve pas mbledhjes së Asamblesë së Përgjithshme, këtë problematikë ja prezantoi dhe organizmave homologë ndërkombëtare. Me datë 07 Shtator 2024 në Simpoziumin e 31 të Dhomave dhe Urdhrave të Mjekëve të Evropës Qendrore dhe Juglindore në Prishtinë, u votua një **Deklaratë Mbështetëse** ndaj Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë. Njëkohësisht, UMSH ka marrë mbështetje nga Shoqata Mjekësore Botërore (WMA) dhe nga Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropianë (CPME) ku Urdhri i Mjekëve është anëtar.

## DEKLARATË PËR PAVARËSINË E PARIMEVE ETIKE TË PROFESIONIT MJEKËSOR NË SHQIPËRI

Dhomat e mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore janë të bashkuara përmes strukturave të tyre të ngjashme, të cilat historikisht kanë marrë këtë formë në Evropën Qendrore dhe Lindore. Megjithëse roli i dhomave të mjekëve përcaktohet ndryshe nga një vend në tjetrin, vetëqeverisja mjekësore është një tipar thelbësor i të gjitha sistemeve tona të kujdesit shëndetësor. Të gjitha dhomat mjekësore marrin përsipër detyra të ndryshme që u delegohen përkatësisht nga qeveritë e tyre.

Duke pasur parasysh sa më sipër, dhomat e mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore që janë të pranishme në këtë Simpozium të 31-të vjetor në Prishtinë më 7 Shtator 2024, shprehin shqetësimin e tyre ekstrem për zhvillimet më të fundit në Shqipëri lidhur me ndryshimet e propozuara në Ligjin për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë (UMSH), i cili vë në pikëpyetje pavarësinë mjekësore, çështjet e etikës dhe vlerësimin e shkeljeve të parimeve profesionale.

Profesioni mjekësor zhvillon parimet etike në baza globale dhe të përgjithshme. Marrëdhënia mjek-pacient dhe besimi i pacientëve në punën e mjekëve të tyre, janë të një rëndësie të veçantë për një ofrim të mirë të kujdesit shëndetësor. Pavarësia është një nga gurët themelorë më të rëndësishëm i profesionit mjekësor, i cili mbron cilësinë e lartë të praktikës dhe autonomisë mjekësore.

Etika mjekësore nuk është çështje vendimi politik po ashtu nuk mund të vendosë një dhomë mjekësore për rastet penale. Në çështjet penale zbatohet Ligji përkatës.

Dhomat e mjekëve të Evropës Qendrore dhe Lindore shprehin mbështetjen e tyre për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë, dhe shpresojnë për vendime të duhura nga liderët politikë në bashkëpunim me UMSH-në në interesin më të mirë të pacientëve dhe mjekëve profesionistë të pavarur.

### Dhomat e Mjekëve pjesëmarrëse:

Dhoma e Mjekëve Austriakë  
Shoqata e Mjekëve Gjermanë  
Dhoma e Mjekëve Kroatë  
Dhoma e Mjekëve Çekë  
Oda e Mjekëve të Kosovës  
Dhoma e Mjekëve të Maqedonisë Veriore  
Dhoma e Mjekëve Hungarezë  
Dhoma Polake e Mjekëve dhe Dentistëve  
Dhoma e Mjekëve Sllovakë



## Statement on the independence of the ethical principles of the medical profession in Albania

The Central and Eastern European Chambers of Physicians are united by their similar structures, which have historically taken on this form in Central and Eastern Europe. Although the role of medical chambers is defined differently from country to country, medical self-governance is an essential feature of all our healthcare systems. All medical chambers take on the different tasks that are delegated to them by their respective governments.

With this in mind, the medical chambers from Central and Eastern Europe present at their 31<sup>st</sup> annual Symposium in Pristina on 7 September 2024 express their extreme concern about the latest development in Albania regarding the proposed changes to the law on the Order of Physicians of Albania (OPA), which calls into question its independence of medical ethics matters and the assessment of violations of professional principles.

The medical profession develops ethical principles on a global and general basis. The physician-patient relationship and the trust of patients in the work of their physicians are of particular importance for a good healthcare provision. Independence is one of the most important cornerstones of the profession and safeguards the highest quality of medical practice and autonomy.

Medical Ethics is not a matter of political decision, nor can a medical chamber decide criminal cases. In criminal cases the rule of law applies.

The Central and Eastern European Chambers of Physicians express their support for the Albanian Order of Physicians and hope for wise decisions by the political leaders in collaboration with the OPA in the best interest of the patients and the independent medical profession.

The Medical Chambers present:



Österreichische Ärztekammer  
(Austrian Medical Chamber)



Kosovo Doctors Chamber



Bundesärztekammer  
(German Medical Association)



Doctor's Chamber of North Macedonia



Croatian Medical Chamber



Hungarian Medical Chamber



Czech Medical Chamber



Polish Chamber of Physicians and Dentists



Slovak Medical Chamber

# I NË VEND TË EDITORIALIT

## CPME – Shoqata e Mjekëve Evropianë

Dr. Zheni Gjergji – Kryetare

Znj. Klodiana Spahiu – Zëvendëskryetare

Komisionit të Punës, Çështjeve Sociale dhe Shëndetësisë, të Kuvendit të Shqipërisë

Përmes Sekretariatit të Komisionit Parlamentar

Me e-mail: joana.bitri@parlament.al

**Bruksel 8 Shtator 2024**

## Situata e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë

Të nderuarës Dr. Gjergji, MP

Të nderuarës Zjn. Spahiu, MP

Të nderuar Anëtarë të Parlamentit

CPME përfaqëson shoqatat kombëtare mjekësore në të gjithë Evropën. Antari ynë i Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë na informoi për zhvillimet shqetësuese lidhur me legjislacionin kombëtar, i cili ndikon në pavarësinë e funksionimit të tij.

Siç e kemi konfirmuar së fundmi në Deklaratën për Pavarësinë e Profesionit Mjekësor, që është miratuar unanimisht nga të gjitha shoqatat kombëtare mjekësore në Asamblenë e Përgjithshme të CPME në Mars 2024, pavarësia është çelësi për të bërë realitet të drejten e pacientëve për shëndet dhe për të ruajtur cilësinë dhe autonominë e praktikës mjekësore në nivelet më të larta. Për më tepër vërejmë se egzistenca e organizatave të fuqishme që përfaqësojnë profesionin mjekësor forcon demokracinë.

Prandaj mjekët Evropianë mbështesin Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë në përpjekjet e tyre për të mbrojtur pavarësinë funksionale të tij. U bëjmë thirrje politikbërësve që të kërkojnë përmes dialogut për të gjetur konsensus me Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë. Ne besojmë se mund të gjendet një zgjidhje në interes të pacientëve dhe sistemit të kujdesit shëndetësor.

Sinqerisht i juaji

Dr. Christiaan Keijzer

President i CPME

Znj. Sarada Das

Sekretare e Përgjithshme CPME



Dr Zheni Gjergji MP  
Chairwoman

Mrs Klodiana Spahiu MP  
Deputy Chairwoman

Work, Social Issues and Health Committee, Albanian Parliament

sent by email Secretariat of the parliamentary commission  
[Joana.bitri@parlament.al](mailto:Joana.bitri@parlament.al)

Brussels, 8 September 2024

## Situation of Order of Physicians of Albania

Honourable Dr Gjergji MP,  
Honourable Mrs Spahiu MP,  
Honourable Members of Parliament,

CPME represents national medical associations across Europe. Our member the Order of Physicians of Albania, the Urdhri Mjekëve Të Shqipërise, informed of concerning developments regarding national legislation which affects its independence in functioning.

As we recently confirmed in the Statement on the independence of the medical profession which was adopted unanimously by all national medical associations at the CPME General Assembly in March 2024, independence is key in making patients' right to health a reality and safeguarding the highest quality of medical practice and autonomy. We furthermore observe that the existence of robust organisations representing the medical profession strengthens democracy.

European doctors therefore stand by the Order of Physicians of Albania in its efforts to protect its independence. We appeal to policy-makers to seek a dialogue to find consensus with the Order of Physicians of Albania. We trust that a resolution to the situation can be found in the interest of patients and the healthcare system.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Keijzer', written over a light blue grid background.

Dr Christiaan Keijzer  
CPME President

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sarada Das', written over a light blue grid background.

Ms Sarada Das  
CPME Secretary General

# I NË VEND TË EDITORIALIT

## Shoqata Botërore Mjekësore

Drejtuar:

Dr. Zheni Gjergji – Kryetare

Znj. Klodiana Spahiu – Zëvendëskryetare

Komisionit të Punës, Çështjeve Sociale dhe Shëndetësisë, të Kuvendit të Shqipërisë

Përmes Sekretariatit të Komisionit Parlamentar

Me e-mail: joana.bitri@parlament.al

9 Shtator 2024

## Propozim Ligji për Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë

Të nderuarës Dr. Gjergji, MP

Të nderuarës Zjn. Spahiu, MP

Të nderuar Anëtarë të Parlamentit

Shoqata Botërore e Mjekëve është organizata globale ombrellë për 114 shoqata mjekësore kombëtare ose territoriale, dhe mbi 10 milionë mjekë në mbarë botën. Dhe jemi krenarë që kemi Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë si një nga anëtarët tanë.

Së fundmi, mësuam për një propozim ligji të ri për rolet dhe funksionet e Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë, i cili është prezantuar në Kuvendin e Shqipërisë dhe që do ndërhyjë ndjeshëm në pavarësinë e tij nëse do miratohet. Vetë-administrimi i profesionit ka qenë një hap i rëndësishëm në përparimin e Shqipërisë në demokratizimin gjatë dekadave të fundit. Që tani është në rrezik pas propozimit të bërë për dryshimin e Ligjit.

Së bashku me kolegët tanë shqiptarë dhe Komitetin e Përhershëm të Mjekëve Evropianë, ne ju nxisim të kërkonim dialogun me Urdhrin e Mjekëve të Shqipërisë dhe të diskutoni këtë propozim të ri ligjor. Po kështu, ne sigurisht jemi të gatshëm të shpjegojmë më tej shqetësimet tona në lidhje me propozimin tuaj.

Sinqerisht

Dr. Jung Yul Park  
Kryetar i Këshillit

Dr. Lujain AlQodmani  
President

*Variantin ang- Law-proposal-od-OPA-WMA*



**ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE**  
WORLD MEDICAL ASSOCIATION  
ASOCIACION MEDICA MUNDIAL



Dr Zheni Gjergji MP  
Chair

Mrs Klodiana Spahiu MP  
Deputy Chair

Work, Social Issues and Health Committee,  
of the Albanian Parliament

Via Secretariat of the Parliamentary commission  
by e-mail: [Joana.bitri@parlament.al](mailto:Joana.bitri@parlament.al)

9 September 2024

## **Law proposal on the Order of Physicians of Albania**

Honourable Dr Gjergji MP,  
Honourable Mrs Spahiu MP,  
Honourable Members of Parliament,

The World Medical Association is the global umbrella organisation for 114 national or territorial medical associations and over 10 Million Physicians worldwide. We are proud to have the Order of Physicians of Albania, the Urdhri Mjekëve Të Shqipërise, as one of our members.

Recently, we learned about a new law proposal on the roles and functions of the Order of Physicians of Albania, the Urdhri Mjekëve Të Shqipërise, which has been introduced to the Albanian Parliament, which significantly will interfere with the independence of the Order if adopted. The self-administration of the profession has been a significant step in Albania's progress in democratisation over the last decades. It now is seriously at stake with the proposal made by the proposed changes of the law.

Together with our Albanian Colleagues and the Standing Committee of European Doctors, we urge you to seek dialogue with the Albanian Order of Physicians and discuss this law proposal with the Order. Likewise, we are certainly willing to explain our concerns regarding the proposal further.

Sincerely

Dr Jung Yul Park  
Chair of Council

Dr Lujain AlQodmani  
President

CIB Immeuble A "Le Keynes"  
13-A Chemin du Levant  
01210 Ferney-Voltaire  
France

Website : [www.wma.net](http://www.wma.net)  
Telephone : (33) 4 50 40 75 75  
E-mail address : [wma@wma.net](mailto:wma@wma.net)

Postal Address :  
CS 5001  
01210 Ferney-Voltaire  
France

### MBI DISA ÇËSHTJE TË QËNDRIMIT TË PAKUJDESSHËM DHE GABIMEVE MJEKËSORE TË PERSONELIT SHËNDETËSOR NË SHËRBIM TË TË SËMURIT

*Dr. Spiro ÇIPI,*

*Përgatitur nga Prof. Dr. Bardhyl ÇIPI - 29.03.2024*

#### **Parathënie**

Studimi është përgatitur nga Dr. Spiro Çipi, eksperti i parë mjekoligjor i vendit tonë, në bashkëpunim me mjekët ligjorë të tjerë në atë kohë. Përpara se të ndronte jetë më dha si detyrë mua Prof. dr. Bardhyl Çipi (i biri i tij), që të nxirrja në dritë disa nga studimet e tij në fushën e mjekësisë ligjore. Ai nuk dëshironte t'i botonte vetë ato kur ishte gjallë, sepse do të ishte i detyruar për shkak të regjimit totalitar që ishte në Shqipëri, të binte në kundërshtim me formimin e tij intelektual perëndimor. Që në rininë e hershme ai u shkollua në Liceun Francez të Korçës. Më pas studjoi për 10 vjet në Universitetin e Sorbonës në Paris për Mjekësi, Drejtësi, Mjekësi Ligjore dhe Psikiatri. Për fat të keq edhe vetë Dr. Spiro Çipi, në vitet e fundit të jetës, vuante nga sëmundja e fibrilacionit atrial, dhe ka vdekur nga një pakujdesi mjekësore, për shkak të një tromboembolie cerebrale që ju shfaq menjëherë, pas një tentative të pakujdesshme për ta konvertuar fibrilacionin, pa bërë më parë një përgatitje me lëndë antikoagulante.

Ja si janë përshkruar pjesët më të rëndësishme të këtij studimi, të nxjerra nga arkiva mjekoligjore personale e Dr. Spiro Çipit:

#### **Metoda**

Çështjet e pakujdesive mjekësore përbëjnë një nga aktivitetet më kryesore të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë. Para viteve 1990, kur ky Urdhër nuk ekzistonte, ato janë shqyrtuar vetëm nga Byroja e Ekspertimit Mjekoligjor në Tiranë.

Për të vënë në dukje sesi ato analizoheshin në atë kohë, po paraqesim këtë studim për periudhën 10 vjeçare 1969 – 1978 mbi mënyrën e shqyrtimit të tyre, pavarësisht ndikimit që mund të ketë pasur në to, fryma ideologjike e shtetit të asaj kohe. Këto të dhëna mund të kanë një vlerë për Urdhrin e Mjekëve për të ndihmuar në zgjidhjen e tyre sa më të mirë në kohën e sotme. Kjo sepse, sipas disa studiuesve të shquar të Historisë së Mjekësisë: “çështjet e ndryshme të mjekësisë së kohës së sotme dhe përparimet e tyre janë trashëgim i drejtpërdrejtë i mjekësisë së kohëve të mëparshme”.

#### **Gjetjet e studimit**

Në përgatitjen e këtij studimi, ne jemi bazuar në rastet e pakujdesive dhe gabimeve të personelit mjekësor që janë konstatuar në praktikën e ekspertimit mjekoligjor gjatë dhjetëvjeçarit 1969 –

1978. Në të vërtetë, shqyrtimi i këtyre të metave serioze prekin shëndetin dhe jetën e qytetarëve me pasoja të rënda të interesave shtetërore dhe shoqërore. Po kështu ky problem është aktual sepse, sidomos në këto vitet e fundit janë vërtetuar në këtë fushë në institucionet tona shëndetësore disa ngjarje, të cilat kanë sjellë si pasojë jo vetëm dëmtime të rënda të shëndetit por edhe vdekje të paparashikuara të disa të sëmurëve.

Përveç kësaj, ndeshja me to, pavarësisht nga numri i pakët dhe nganjëherë i formave jo shumë të rëndësishme të tyre, bie në kundërshtim flagrant me vetë profesionin humanitar dhe me detyrën e madhe dhe të shenjtë të çdo punonjësi të shëndetësisë.

Për konkretizimin e këtyre rasteve janë shqyrtuar dokumentet e çështjes në fazën e verifikimit, hetimit dhe gjykimit. Aspektet kryesore të tyre janë pasqyruar në nenin 96 të Kodit të ri Penal. Kjo dispozitë e re sqaron më së miri edhe anën mjekoligjore të çështjeve të parashikuara prej saj, kur rastet e pakujdesisë dhe neglizhencës në trajtimin e të sëmurëve janë relativisht të qarta.

Në dritën e të dhënave statistikore të Byrosë së Ekspertimit për 10 vjeçarin e fundit dhe në përputhje me legjislacionin dhe deontologjinë mjekësore, do të analizohen aspektet kryesore të çështjeve që kanë të bëjnë nga njëra anë me gabimet mjekësore, që nuk bëhen objekt për marrjen nën përgjegjësi penale dhe nga ana tjetër kryesisht me qëndrimet e pakujdesshme në detyrë ndaj të sëmurëve të parashikuara në nenin 96 të Kodit të ri Penal. Sipas këtyre të dhënave të Byrosë së Ekspertimit për 10 vjeçarin e fundit, rastet e dërguara për ekspertim nga organet e hetimit, sipas viteve dhe sipas specialiteteve të insitucioneve të qendrës ashtu dhe ato të rretheve, që kanë arritur numrin 94, jepen si më poshtë.

## Rastet e shqyrtuara sipas viteve

Viti	Rastet
1969	7
1970	4
1971	8
1972	7
1973	12
1974	8
1975	10
1976	17
1977	14
Janar-Prill 1978	7
<b>Shuma</b>	<b>94</b>



# I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

## Rastet e shqyrtuara sipas specialiteteve

Specialiteti	Rastet
Kirurgji	37
Obst.Gjinokologji	24
Pediatri	14
Patologji	14
Okulistike	3
O.R.L.	1
Infektiv	1
<b>Shuma</b>	<b>94</b>

Të ndara sipas rretheve, të tre kategoritë e shqyrtuara kanë ndodhur si vijon:

Qyteti	Nr. Rastesh
Tiranë	32
Berat	6
Mat	8
Durrës	7
Korçë	6
Gramsh	4
Sarandë	5
Lushnje	4
Mirditë	4
Shkodër	3
Elbasan	3
Krujë	2
Gjirokastrë	2
Fier	2
Kukës	1
Pukë	1
Bajram Curri	1
Vlorë	1
Dibër	1
Pogradec	1
Total	<b>94</b>



Për sa i përket personave të implikuar vetëm për qëndrime të pakujdeshme ose neglizhencë në detyrë, të ndara në kategori, kanë qenë:

Profesioni	Individë
Mjekë	31
Ndihmës Mjekë	4
Mami dhe Infermiere	11
Sanitare	1
<b>Total</b>	<b>47</b>

Nga analiza e të dhënave të mësipërme bie në sy numri i pakët i tyre dhe se këto raste u takojnë në radhë të parë specialitetet mjekësore kirurgjikale dhe kanë të bëjnë sidomos me ndërhyrjet operative. Siç dihet në raste të tilla, zakonisht për shkak të nevojave për ndërhyrje urgjente kundër sëmundjeve akute dhe traumave të ndryshme, mundësia për të ndodhur pakujdesi nga ana e personelit mjekësor, është më e madhe.

*Ndërsa, në lidhje me gabimet mjekësore, të kryera në mirëbesim, me të drejtë nuk bëhen shkak për ndjekje penale, duhet pasur parasysh se këto, midis të tjerave, mund të kenë për bazë si papërsosmërinë e sotme të shkencës mjekësore dhe të metodave të diagnostikimit, ashtu dhe padijen e mjekut e të personelit tjetër mjekësor, si dhe kushtet e jashtme objektive të pamjaftueshme në të cilat ata punonin.*

Gjithashtu nga shqyrtimi i tyre, vërtetohet se pjesa më e madhe e qëndrimeve të pakujdeshme në detyrë, të ndodhura në institucionet e ndryshme shëndetësore, nuk janë parandaluar për **shkak të qëndrimeve liberale ndaj detyrës të mjaft punonjësve, të indiferentizmit të drejtuesve të reparteve, klinikave dhe institucioneve ndaj këtyre shfaqjeve.** Këtu e ka bazën edhe numri shumë i vogël i denoncimeve në rastet e lartpërmendura nga drejtuesit e institucioneve dhe punonjësit e tjerë të shëndetësisë.

*Dhe ajo që është më keq, në një kohë kur p.sh. të afërmit e një të sëmurit, 29 vjeç, shtruar në muajin Shkurt të vitit 1978 në spitalin klinik nr.1 në Tiranë, me një ves reumatizmal të kombinuar të zemrës, kishin pretendime ndaj trajtimit të të sëmurit, ky institucion jo vetëm që nuk u përpoq për t'u dhënë zgjidhje këtyre pretendimeve, por edhe kur i sëmuri vdiq, familja e tij lajmërohet telegrafisht për ngjarjen pas 6 ditëve! Ky indiferentizëm dhe organizim i dobët i punës bëri që kufoma të qëndrojë në morg e pavarrosur për një kohë mjaft të gjatë, duke shtuar kështu pakënaqësinë e familjarëve.*

Në kolektivat e institucioneve shëndetësore ka **kuadro të larta, të mesme ose të ulta, që duke mos prishur rehatinë personale,** kanë shkelur ligjshmërinë në kryerjen e detyrës dhe si pasojë dëmtimin e rëndë të shëndetit deri në vdekjen e të sëmurëve.

*Kështu për shembull, në vitin 1973 në një qytet verior të vendit tonë, një mjek që kryente shërbimin e mjekut të rojes në spitalin e atjeshëm, kur në orët e vona të natës lajmërohet nga infermierja për ardhjen e një pacienteje, me moshë 22 vjeç, në gjendje shëndetësore të rëndë, me dhimbje të forta*



# I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

*barku të filluara menjëherë si të shpuara me thikë, me të vjella etj., ai jo vetëm që nuk e viziton por në kundërshtim me të gjitha rregullat, pa u ngritur nga shtrati, mjaftohet duke e porositur infermjeren për t'i dhënë vetëm barna qetësuese. Si pasojë e këtij qëndrimi të pakujdesshëm, e sëmura vdiq pas disa orëve nga perforimi (shpuarja) e një ulçere të stomakut, gjë që mund të evitohet nga një ekzaminim i kujdesshëm mjekësor që do të çonte në vënien e diagnozës dhe si rrjedhim në ndërhyrjen përkatëse kirurgjikale.*

Sipas Kodit Penal, **dhënia e ndihmës mjekësore** është ligjërisht e detyrueshme jo vetëm nga punonjësit e shëndetësisë që janë në shërbim, por edhe nga ata të cilëve u kërkohet kjo ndihmë në çfardo kohe dhe rrethane.

*Në kundërshtim me këtë dispozitë penale, në muajin Prill të vitit 1973, në fshatin R. të rrethit të K., mjeku, pasi ka vizituar një djalosh 17 vjeçar dhe i ka dhënë recetë, nuk shkoj për ta vizituar të sëmurin në shtëpinë e tij gjatë natës kur ai ishte keqësuar shumë, ndonëse ishte thirrur dy herë nga familjarët e alarmuar që i kishin shkuar në shtëpi si në mes të natës ashtu dhe në orët e para të mëngjesit. Duke qëndruar i pavizituar, i sëmuri vdiq pas disa orëve dhe në autopsi u konstatua se vuante nga një pneumoni masive.*

Një aspekt tjetër i pakujdesive mjekësore është edhe ai i **sorollatjes të të sëmurëve**. Ky fenomen ndeshet në praktikë, sidomos në shërbimin ambulator kur të sëmurët përcillen sa nga një mjek tek tjetri dhe shpesh rekomandohen të kryejnë analiza të panevojshme. Veprime të tilla ndonjëherë edhe në repartet e pranimeve të institucioneve shëndetësore, që përveç shqetësimeve që u kanë shkaktuar të sëmurëve dhe të afërmeve të tyre, kanë sjellë në ndonjë rast edhe pasoja të rënda për shëndetin, bile deri në vdekjen e të sëmurit.

*Në muajin Dhjetor të vitit 1977, një qytetar, 58 vjeç, nga fshati P., është paraqitur në gjendje të rëndë në spitalin klinik nr. 4 (Spitali Infektiv), i shoqëruar prej ndihmës mjekut të poliklinikës së qytetit. Mjekja e rojes, duke mos diagnostikuar tek i sëmuri ndonjë nozologji infektive por vetëm sëmundjen anemi hemolitike, e nisi atë për në spitalin ushtarak që kryente atë ditë rojen e javës së qytetit. Me arritjen në këtë institucion të të sëmurit, mjeku i rojes, e ktheu atë në spitalin nga ku ishte dërguar me pretekstin e mungesës të dokumenteve të identitetit të tij. I kthyer kështu në spitalin klinik nr.4, gjatë pritjes për t'u autotransportuar këtë herë në spitalin klinik nr.1, i sëmuri vdiq brenda në repartin e pritjes të spitalit klinik nr.4 nga keqësimi i anemisë hemolitike, pa marrë ndihmën mjekësore të nevojshme.*

Pasojat më pak ose më shumë të rënda të **pakujdesisë ose neglizhencës së mjekut**, janë vënë re në një fazë të caktuar ose në disa faza të përbashkëta të veprimtarisë së tij profesionale. Që në shtrimin e të sëmurit në spital është vepruar nganjëherë me një pakujdesi të palejueshme në marrjen e anamnezës së sëmundjes, gjë që ka çuar në keqësimin e gjendjes shëndetësore, bile deri në vdekjen e tij.

*Në muajin Qershor të viti 1971 në repartin e lindjes të spitalit civil të qytetit P., është shtruar për lindje një grua, 31 vjeçe, që kishte lindur më parë tre fëmijë të vdekur dhe të katërtin të gjallë me seksio cezarea. Mjeku i rojes i atjeshëm, duke mos u thelluar në anamnezën e gruas, sidomos në lindjen e fundit me seksio cezarea, e la gruan të lindte vetë me rrugë natyrale. Si rezultat i këtij gabimi të rëndë, gruaja pësoi një rupturë (çarje) të uterusit, ndërhyrja kirurgjikale e së cilës e kryer me shumë vonesë nuk mund ta shpëtonte atë nga vdekja si pasojë e anemisë akute të ardhur nga ruptura e mitrës, të*



*lokalizuar pikërisht, siç dihet, në vendin e cikatrices post operatore të vjetër:*

Edhe **ekzaminimi objektiv kur bëhet në mënyrë të përciptë dhe jo të plotë**, mund të bëhet shkak për të rrezikuar shëndetin dhe jetën e të sëmurit. Ekzaminimi sistematik dhe i përsosur është padyshim kusht i domosdoshëm jo vetëm për të arritur në një diagnozë të saktë por edhe për të vlerësuar drejt gjendjen e përgjithshme të të sëmurit.

*Në muajin Shkurt të vitit 1972, në poliklinikën e qytetit D. është paraqitur një ushtar, 21 vjeç, i shoqëruar nga një ushtar sanitar i repartit, sepse ankohej për dhimbje në fund të barkut dhe të vjella. Mjekja e shërbimit gjatë ekzaminimit të të sëmurit, la pa kontrolluar gjendjen e kanaleve inguinale, ku në të djathtin dukej qartë një hernie e inkarceruar. Kjo neglizhencë e bëri mjekun të mendojë se ka të bëjë me një gastrit të thjeshtë dhe me këtë diagnozë krejt të gabuar e ktheu ushtarin në repartin e tij. Vetëm më vonë, pas një rivizitimi të rregullt nga një mjek tjetër u vu diagnoza e saktë, por megjithë ndërhyrjen kirurgjikale të vonshme, ai vdiq.*

*Në spitalin civil të qytetit të B., në vitin 1970, ka ndodhur një rast i veçantë, në të cilin është vërtetuar pakujdesi si në marrjen e anamnezës ashtu dhe në kryerjen e ekzaminimit objektiv nga mjeku kirurg, tek një i sëmurë me një tablllo akute abdominale. Duke mos arritur të vlerësonte drejt gjendjen e krijuar të të sëmurit, e cila keqësohej vazhdimisht, mjeku pas disa orësh e transporton atë në mënyrë të kundërrindikuar për në spitalin klinik nr.2 të Tiranës, ku vdiq menjëherë nga një peritonit i lënë pas dore, i ardhur si rezultat i perforimit të një ulçere të stomakut.*

Po kështu edhe në fazën e **trajtimit të të sëmurëve në mënyrë konservatore dhe kirurgjikale** takohen raste, bile edhe më të shpeshta të pakujdesive ose neglizhencës të mjekëve dhe personelit tjetër mjekësor.

*Në fushën e mjekimit konservativ vlen të përmendet rasti që vijon:*

*Në spitalin klinik nr.1, në vitin 1972, ishte shtruar një i sëmurë, 51 vjeç që vuante nga një poliartrit reumatizmal me riakutizime të shpeshta, për të cilën kurohej, midis të tjerave, edhe me medikamentin kolkicinë. Në kundërshtim me dozën mjekuese prej 1 mg, të shënuar në kartelën klinike nga mjekja kuruese, kryeinfermjerja e repartit, i jep atij një dozë vdekjeprurëse prej 100 mg.*

Janë për t'u shënuar në mënyrë të veçantë sidomos edhe rastet e **qëndrimeve të dënueshme të personelit mjekësor në fushën e kirurgjisë, obstetrikë-gjinekologjisë dhe më rrallë edhe në ato të okulistikës dhe otorinos si para, gjatë ashtu dhe pas ndërhyrjeve kirurgjikale**. Për shkak të indiferentizmit dhe vetëbesimit të tepruar të personelit kirurgjikal dhe në mosrespektimin e rregullave më elementare të përgatitjes të të sëmurëve për operim, kanë ndodhur pasoja të rënda deri në vdekjen e tyre.

*Në muajin Shtator të vitit 1976, në spitalin civil të qytetit F., një qytetar., 34 vjeç, është operuar për shkak të një kontuzioni të rëndë në kuadrantin e poshtëm të abdomenit, të ndërlikuar me çarje të zorrës së hollë, pa ju bërë më parë, sipas rregullave, për faj të ekipit kirurgjikal, zbrazja e stomakut nga masat ushqimore. Si pasojë e këtij mosveprimi, gjatë narkozës ndodhi aspirimi i masave të të vjellave, që u ndërlikua me një pneumoni aspirative, e cila çoi të sëmurin në vdekje.*

Më shpesh në këto specialitete **veprimet e pakujdesshme ndodhin gjatë ndërhyrjes kirurgjikale**



# I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

dhe konsistojnë konkretisht në dëmtimin e organeve, enëve të gjakut dhe nervave, në revizionimin jo të plotë të organeve të sëmura, në lënien e trupave të huaja në kavitete, etj...

*Në shtëpinë e lindjes të qytetit të F., një qytetareje, gjatë heqjes së mitrës për shkak të fillimit të një rupture, (çarjeje), mjeku gjinekolog lidh ureterin e majtë (tubi që shpie urinën nga veshka në fshikën e urinës) në mënyrë të pjesshme. Kjo çoi në një hidronefrozë të veshkës së kësaj ane dhe më vonë në heqjen e këtij organi.*

*Edhe në spitalin klinik nr. 2 të Tiranës, në dy raste gjatë ndërhyrjeve kirurgjikale është dëmtuar duktusi i koledokut duke kërcënuar kështu jetën e të sëmurëve. Në disa nga këto raste mjekët operatorë kanë shprehur mendimin se këto dëmtime janë thjesht gabime mjekësore për shkak të kushteve të veçanta të krijuara në këto zona, ndërsa në të vërtetë këto pasoja mund të eliminoheshin, në qoftë se mjekët do të ishin treguar më të kujdesshëm dhe të kishin kërkuar ndihmën e kolegëve të tyre.*

Të tilla qëndrime e kanë burimin në **disiplinën e dobët, mungesën e kërkesës së llogarisë dhe të kontrollit sistematik nga drejtuesit e institucioneve**. Ndodhja e këtyre ngjarjeve mund të shpjegohet, me qëndrimet liberale dhe indiferentizmin e theksuar, nga prirja për t'i analizuar ato me sentimentalizëm, me frymë familjariteti të sëmurë. Kjo frymë liberalizmi dhe indiferentizmi e ka burimin te koncepti i disave që mendojnë se “njerëz jemi, sot gabon kolegu im, nesër mund ta bëj unë gabim, kështu po ta kritikoj unë sot, nesër do të më kritikoj ai mua”. Kjo krijon një atmosferë të sëmurë ku asnjëri nuk e ngre zërin kundër tjetrit.

*Kështu në repartin e kirurgjisë të spitalit të qytetit të E., gjatë një ndërhyrjeje kirurgjikale, mjeku kirurg, nga pakujdesia e tij, harroi një garzë në barkun e të sëmurit, e cila çoi në një keqësimin e gjendjes së tij. Pas disa ditëve, pacienti për këtë gjendje të krijuar u operua përsëri dhe kirurgët gjetën në bark garzën e lënë, por në marrëveshje midis tyre e mbajtën të fshehtë këtë gjë dhe nuk e përshkruan në kartelë. I sëmuri vdes dhe në epikrizën e vdekjes, pa bërë asnjë aluzion për garzën e harruar në bark, shënohet si shkak vdekje: “lirimi i suturave” pas heqjes së apendiksit. Për të fshehur plotësisht veprimet e pakujdesshme që çuan të sëmurin në vdekje, mjekët duke e thelluar edhe më fajin e tyre ja dorëzojnë kufomën familjarëve pa bërë autopsinë.*

**Mëndjemadhësia, egoizmi profesional, ambicja e sëmurë, mosrespektimi i rregullave të sjelljes** ndaj të sëmurëve dhe familjarëve të tyre, e shëmtojnë figurën morale të punonjësit të shëndetësisë dhe duhen luftuar me ashpërsi të madhe.

*Vetëlavdërimet, reklammat dhe lajkat të bëra me qëllim për t'i bërë të gjitha vetë, mendejmadhësia etj., e bënë një mjek kirurg të njohur të bjerë në faj të rëndë. Ky mjek gjatë një ndërhyrjeje kirurgjikale në barkun e një zetoristi, nuk vepron drejt teknikisht, por mjaftohet vetëm me futjen e zorrëve brenda në kavitet dhe qepjen e plagës, ndërkohë që sugjerohet nga asistenti i tij për nevojën e kontrollit të organeve të barkut në të cilën kishte hyrë leva e zetorit. Nga kjo pakujdesi dhe indiferentizëm i këtij mjeku, që nuk mori këshillën e kolegut të tij, gjendja e të sëmurit u rëndua, e cila më vonë e çoi në vdekje, si rezultat i dëmtimeve të zorrës së trashë të pakonstatuara gjatë interventit.*

Mjeku në tërë veprimtarinë e tij duhet të karakterizohet nga thjeshtësia, ta shikoj veten në mënyrë autokritike duke kontrolluar me rreptësi veprimet që ai ka bërë. Ai dhe gjithë personeli tjetër mjekësor duhet të kenë gjithnjë parasysh se pakujdesia, lënia pas dore, nxitimi, harresa, vonesa



etj., mund të dëmtojnë rëndë shëndetin e të sëmurit. Sukseset e tij në punë, mjeku duhet t'i konsiderojë para së gjithash, suksese të të gjithë kolektivit, me të cilin e lidh puna e përbashkët në shërbim të shëndetit të popullit. Shembuj pozitivë në këtë drejtim janë të panumërta dhe të njohura si prej nesh ashtu dhe prej popullit. Çdo ditë ne shikojmë në institucionet tona fletëlavdërime nga të sëmurët dhe familjarët për shërbimin e përsosur dhe sakrificat e shumta të punonjësve tanë të shëndetësisë. Jo rrallë në shtypin tonë lexojmë artikuj që flasin për punën shembullore, të ndërgjegjes së lartë, për kuptimin e drejtë të detyrës në spitalet tona etj...

Disiplina e ndërgjegjshme në punë është e lidhur organikisht **me njohjen dhe zbatimin deri në një të detyrave funksionale të secilit, që nga mjeku deri tek sanitarja, me njohjen dhe zbatimin e rregulloreve, udhëzimeve, vendimeve dhe dekretive** për insitucionet e mjekimit të të gjitha kategorive. Respektimi i këtyre dispozitave ligjore përbën kyçin e organizimin të luftës parandaluese të gabimeve dhe qëndrimeve të pakujdesshme në detyrë. Nga mosnjohja dhe moszbatimi i këtyre dispozitave shpesh vijnë një varg ndodhish dhe të metash që dëmtojnë punën dhe jo rrallë kërcënojnë jetën e qytetarëve.

Lënia në harresë e **njohurive elementare** të mësuarra që në bankat e fakultetit lidhur me **përcaktimin e grupeve të gjakut dhe teknikën e hemotransfuzionit** si dhe mozbatimi i udhëzimit të Ministrisë së Shëndetësisë nr. 181, datë 17.02.1976 mbi këtë problem kanë çuar në disa raste të hidhura, ku për pakujdesi të mjekëve, të sëmurëve u është futur në organizëm gjak me grup të papajtueshëm me atë të gjakut të tyre.

*Kështu në Klinikën e Onkologjisë të Spitalit Klinik nr.2 në Tiranë, një pacientes që vuante nga një kancer (carcinoma) i zorrës së trashë, gjatë ndërhyrjes kirurgjikale i hidhet gjak i grupit B, në vend të grupit 0 që ajo kishte nevojë. Si pasojë ajo vdes pas disa orëve nga shoku hemotransfuzional. Në rast se mjekja anesteziologe do të zbatonte dispozitat e rregullores të sallave të operacionit dhe Udhëzimin nr. 181 të Ministrisë së Shëndetësisë, dhe konkretisht të përsëriste përcaktimin e grupit të gjakut të pacientes në sallën e operacionit, të kontrollonte grupin e gjakut të shishes që do t'i futej të sëmurës dhe më në fund të kryente provën e pajtueshmërisë dhe atë biologjike, kjo pasojë nuk do të ndodhte.*

*Po për të njëjtat arsye ndodhi edhe vdekja e një fëmije 5 vjeçar në Klinikën e e Ortopedisë të Spitalit Klinik nr. 2 të Tiranës dhe të një gruaje shtatzënë në shtëpinë e lindjes të qytetit të Durrësit, ku në rastin e parë mjekja anesteziologe dhe në rastin e dytë, personeli mjekësor i ndodhur në sallën e lindjes në kohën kur do t'i bëhej transfuzioni pacientes, me besim të tepruar dhe për neglizhencë bënë që të ndodhin këto pasoja të hidhura.*

*Dëmtimi i rëndë i shëndetit të të sëmurit ose vdekja e tij mund të vijë edhe nga përcaktimi i gabuar i grupit të gjakut. Kështu në Spitalin Civil të qytetit të Sh., si pasojë e interpretimit të gabuar të rezultateve të aglutinimit nga mjeku, një qytetari të traumatizuar i futet 500 cc gjak të grupit B (III), të papajtueshëm me grupin 0 (I) që kishte në fakt i sëmuri dhe për pasojë ai vdes nga insuficienca renale akute. Jo vetëm kaq, por kjo pakujdesi pasohet edhe nga gabime të mjekut kurues, i cili nuk merr masat e duhura për të luftuar ndërlikimet e hemotransfuzionit të gabuar (ekssanguionotransfuzion, alkalizim i organizmit) si dhe në gabimet e mjekëve të konsultës, që pa u thelluar i dhanë të sëmurit sasi të tepërta lëngjesh, duke shkaktuar mbingarkesë në fazën e bllokimit të veshkave.*



# I ETIKË DHE DEONTOLOGJI

Jemi të sigurt se zbatimi me rigorozitet i dispozitave që përmbajnë udhëzimet e përmendura më sipër, nuk do të çojnë asnjëherë në këto përfundime të hidhura. Por praktika e disa institucioneve tona lejon akoma mundësinë e ndodhjes së këtyre pakujdesive shpesh herë vdekjeprurëse. Kështu që në një pjesë të mirë të institucioneve të Tiranës dhe të disa rretheve, jo vetëm që nuk kryhen provat e pajtueshmërisë dhe ajo biologjike, por përcaktimi i grupeve të gjakut kryhet vetëm me serume standard dhe jo me dy metodat që përmend udhëzimi i dikasterit (me serume standarde dhe me eritrocitet standarde). Për këtë frymë konformizmi që ende vazhdon në institucionet tona, mbajnë përgjegjësi në radhë të parë drejtuesit e institucioneve dhe shefat e shërbimeve, të cilët duke u pajtuar me pretendimet e disa mjekëve se zbatimi i kësaj rregulloreje në disa raste ka vështirësi për t'u realizuar, lejojnë që të ekzistojnë kushtet e ndodhjes së këtyre ngjarjeve.

Rregulli, disiplina dhe organizimi i punës në shërbime duhet të jetë shembullor. **Detyrat funksionale** të secilit, jo vetëm që duhen njohur mirë por ato **duhen zbatuar me përpikmëri**. Ardhja e një të sëmuri, aq më tepër kur ky është në gjendje të rëndë, duhet të krijojë një preokupim dhe angazhim maksimal të të gjithë personelit mjekësor për të ndihmuar në kurimin dhe shërimin e tij. Për këtë duhet një bashkëveprim i përsosur i të gjitha hallkave administrative, organizative dhe shkencore, në mënyrë të atillë që të mos krijohet asnjë këputje e këtij zinxhiri. Mjafton që të këputet një nga këto hallka që të ndodhin pasoja të rënda për shëndetin apo jetën e të sëmurit.

*Në shtëpinë e lindjes së qytetit B., shtrohet një grua për të lindur, por nga çrregullimet në organizimin e punës dhe mosnjohja e detyrave, në kohën kur lindja e fëmijës nuk po përparonte, gruaja shtatzënë, jo vetëm që nuk vizitohet nga specialisti, por në kundërshtim me udhëzimet lidhur me kompetencat e mjekëve stazhierë, i aplikohet asaj nga një stazhier, në mënyrë të kundërrindikuar vakumi ekstraktor. Nga ky veprim ndodhi çarja e mitrës së gruas. Më vonë për të meta organizative dhe për mosgadishmëri të sallës së operacionit, gruaja dhe fëmija i saj vdes për shkak të ndërhyrjes kirurgjikale të bërë me vonesë. Në këtë institucion, gadishmëria e shërbimit të urgjencës, çalonte edhe në drejtim të sigurimit të gjakut të nevojshëm. Jo vetëm frigoriferi i shtëpisë së lindjes nuk kishte gjak, por edhe përgjegjësi i punktut të gjakut të qytetit e mbante çelsin me vete të këtij shërbimi urgjence, ndonse banonte në një fshat larg qytetit.*

Drejtimesit e institucioneve, shefat e shërbimeve dhe mjekët duke **mos ja u bërë të njohur në masën e duhur detyrat funksionale dhe kompetencat personelit të mesëm dhe të ulët mjekësor** dhe duke mos ushtruar kontrollin e zbatimit të tyre, kanë lejuar që këta të fundit të bëjnë veprime të tilla, të cilat në disa raste kanë dëmtuar rëndë shëndetin e të sëmurëve.

*Në shtëpinë e lindjes të qytetit K., një gruaje shtatzënë që kishte lindur më parë 9 fëmijë, mamija, jashtë kompentecave të saj, i stimulon lindjen me oksitocinë dhe i ushtron presion me duar për të shpejtuar lindjen. Këto veprime ndikuan në çarjen e mitrës dhe vdekjen e fëmijës.*

*Në të njëjtat rrethana vdes në shtëpinë e lindjes të qytetit të P. një grua shtatzënë për shkak të çarjes së mitrës, sespe mamitë jo vetëm që nuk e mbikqyrën në rregull shtatzënë dhe nuk kërkuan ndihmën e mjekut, por i aplikojnë në kohë të papërshtatshme medikamente për të ndihmuar lindjen, ndonëse përdorimi i këtyre medikamenteve është në kompetencën e mjekut specialistit.*

*Në Spitalin Klinik nr.3 të Tiranës, një sanitare, në prani të mjekut dhe infermieres i bën një fëmijë transfuzion plazme, por duke mos patur njohuritë mjekësore të nevojshme, më vonë i lë zhgutin në*



*krah. Të nesërmen konstatohet dëmtimi i krahut të fëmijës.*

Me dispozita të veçanta të lëshuar nga Ministria e Shëndetësisë, **diagnoza klinike** duhet të vendoset në afate të caktuara sipas specialiteteve. Në rastet kur diagnoza është e vështirë për t'u bërë, ajo parashikon organizimin e detyruar të konsultave.

*Në spitalin e qytetit të B., në muajin Mars të vitit 1977, vdes në repartin e patologjisë një qytetar pa diagnozë klinike, megjithëse ai qëndroi 10 ditë i shtruar në atë institucion. Në këtë rast konkret, në ardhjen e vdekjes, kanë ndikuar jo vetëm moszbatimi i rregullores së mësipërme, por edhe të meta të tjera të theksuara organizative, siç janë mos shfrytëzimi i të gjitha mundësive diagnostike, bërja me shumë vonesë e ekzaminimeve radiologjike të kërkuara disa ditë rresht, kalimi i të sëmurit nga një mjek tek tjetri, ndjekja dhe aplikimi i terapisë nga stazhierët jashtë kontrollit të mjekut kurues, mosvlerësimi i gjendjes të të sëmurit dhe pasqyrimi i saj i dobët në kartelën klinike, mungesa e kontrollit të shefit të klinikës, etj...*

Nga paraqitja e hollësishme e këtij studimi, të 94 rasteve të ekspertuara në Byronë e Ekspertimit Mjekoligjor, del se gjysma e tyre u takojnë tre viteve të fundit. Kjo për arsyen e shtimit të kërkesave ndaj punonjësve dhe organeve të shëndetësisë në këtë periudhë.

Duke qenë se këto çështje të deontologjisë mjekësore paraqesin karakter profilaktik të theksuar, është parë me vend që ato të shpjegohen më hollësisht gjatë analizave të rasteve më tipike.

Hallka kryesore për zgjidhjen e këtyre çështjeve lidhet domosdoshmërisht me luftën parandaluese që duhet bërë për t'u prerë rrugën këtyre ngjarjeve në të ardhmen. Ky ka qenë qëllimi kryesor i këtij studimi që duke analizuar disa raste të veçanta, nëpërmjet të cilave ka ndodhur gabimi mjekësor apo qëndrimi i pakujdesshëm në detyrë, të konkretizojmë disa nga drejtimet më kryesore të lindjes dhe zhvillimit të këtyre gabimeve dhe pakujdesive, shkaqet dhe kushtet në të cilat ato kanë ndodhur dhe duke nxjerrë njëkohësisht edhe detyrat që duhet të na dalin për eliminimin e tyre në të ardhmen.



**KONFERENCA: “PROBLEMATIKAT KRYESORE NË MENAXHIMIN E SUKSESSHËM TË PATOLOGJIVE TË NDRYSHME NË QYTETIN E KORÇËS”**

*21 Qershor 2024, Korçë*



Këshilli Rajonal Qarku Korçë në datën 21 Qershor 2024, pranë Hotel “Behar Koçibelli”, organizoi Konferencën me temë **“Problematikat kryesore në menaxhimin e suksesshëm të patologjive të ndryshme në qytetin e Korçës”** me mjekët e përgjithshëm dhe të familjes, dhe mjekët specialistë të Rajonit Korçë.

Qëllimi i organizimit të kësaj Konference ishte edukimi në vazhdim, përditësimi i mjekëve të familjes dhe atyre specialistë me të rejat e fundit dhe përfitimi i krediteve të EVM.

Për këtë konferencë Këshilli Rajonal Korçë u përgatit për disa muaj lidhur me temat që do të përzgjidheshin, të cilat duhet të ishin të bazuara edhe në studime mbi popullsinë e Rajonit.



# I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

Temat e trajtuara nga mjekët ishin shumë interesante, si:

1. Popullata diabetike në Qarkun e Korçës. Studim i Dr. Ema Lumi;
2. “Korça Quo Vadis” një studim mbi numrin e lindjeve të shtrirë në disa periudha kohore në Rajonin e Korçës. Temë nga mjeku gjinekolog Dr. Rei Galica; që tërhoqi shumë vëmendjen lidhur me ndryshimin e numrit të lindjeve si dhe të popullatës deri në ditët e sotme;
3. “Çrregullime psiko-afektive” post COVID-19 në popullatën rurale, temë nga Dr. Arjola Naçi, e bazuar në problematikat që has në punën e saj si mjeke; dhe shumë tema të tjera...

Kjo ishte dhe veçantia kryesore e kësaj konference, e cila u realizua me shumë sukses në bashkëpunim me mjekët, dhe mori shumë vëmendje dhe interesim nga të gjithë mjekët e pranishëm në konferencë.

Të pranishëm gjithashtu, ishte edhe prania e TV lokal RTSH Korça, të cilët e pasqyruan këtë konferencë në TV.

Në fund të konferencës për të gjithë mjekët pjesëmarrës u pajisën me Certifikata të pjesëmarrjes.

Në fund të aktivitetit, siç është bërë tashmë traditë, KR Korçë nderoi me “Certifikatë Mirënjohje” mjekë që kanë dhënë kontribut dhe përkushtim në fushë e mjekësisë, si për mjekët që punojnë aktualisht, mjekët në pension por edhe për mjekë e larguar nga jeta.

Me “*Certifikatën e Mirënjohjes*” u vlerësuan mjekët:

Dr. Jani LUBONJA

Dr. Pranvera BITINCKA

Dr. Llambi ÇIKOPANI

Dr. Rahmi DALIPI

Dr. Dituri SULILLARI

Dr. Meri KUVARATI

Dr. Zana THEODHOSI

Dr. Zeliko XHAFFERI-RROKO

Dr. Vladimir PETRO

Dr. Fatime MALUSHI

Dr. Vasilika PETROLLARI

Dr. Natasha ÇERRAVA

Të pranishëm ishin përveç mjekëve ishin edhe familjarët e mjekëve të larguar nga jeta.

Kjo konferencë zgjoi interesim të madh tek mjekët pjesëmarrës, të cilët edhe përfituan 6 kredite të akorduara nga ASCK.

***Dr. Vlefta BEJKO***  
***Presidente e Këshillit Rajonal Korçë***

TAKIMI ZEVA

**Simpoziumi i 31-të i Dhomave dhe Urdhrave të Mjekëve për Vendet e Evropës Qendrore dhe Lindore**

*5-7 Shtator 2024, Prishtinë, Kosovë*



Për ne ishte një kënaqësi e veçantë që takimi i 31-të i radhës ZEVA, ju besua “Odës Së Mjekëve Të Kosovës” (OMK). Edhe pse një organizatë e re, por anëtarë e rregulltë prej 10 vitesh të këtij forumi. Në takim morën pjesë shumica e vendeve anëtare (mungonin vetëm delegacionet nga Serbia, Mali i Zi, Bosnje-Hercegovina dhe Bullgaria). I ftuar i veçantë ishte dr. K. Kejjzer president i CPME. Edhe UMSH u përfaqësua me një delegacion të përbërë nga dr. F. Brahimaj, dr. D. Trepça dhe znj K. Rapo. Duhet theksuar që në fillim se veprimtaria u zhvillua në një nivel shumë cilësor, bazuar në një organizim të mirë menduar deri në detaje, të vlerësuar nga gjithë pjesëmarrësit.

Në ceremoninë e hapjes së kësaj veprimtarie përshëndeti dr. P. Sejdiaj, president i OMK. Pasi ju uroi mirëseardhjen të gjithë pjesëmarrësve, falenderoi për besimin e kësaj veprimtarie OMK-s. Ai theksoi se falë bashkëpunimit me departamentin e jashtëm të GMA (Shoqatës Mjekësore Gjermane) ishin përpjekur që veprimtaria të zhvillohej në një nivel të mirë prandaj ai ftoi gjithë delegacionet që me diskutimet e tyre të kontribuonin në trajtimin e problematikave të parashtruara duke nënvizuar

# I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

kontributin e dhomave/urdrave të vendeve të tyre në trajtim dhe menaxhim, duke çuar drejt zbutjes apo zgjidhjeve sa më adekuate për çdo vend të çështjeve në fjalë. Duke përfunduar ai ftoi pjesëmarrësit të shfrytëzojnë praninë e tyre për tu njohur edhe më shumë me Kosovën.

Pas tij përshëndeti takimin dr. K. Keijzer president i CPME (Komiteti i Përhershëm i Mjekëve Evropian). Ai nënvizoi se CPME vlerëson përpjekjet e vendeve anëtare (sidomos ato të Ballkanit) për progresin e bërë në kryerjen e misionit dhe rolit të tyre për të përfaqësuar dhe mbrojtur interesat e mjekëve, mbrojtjen e pacientëve ndaj kequshtrimit të profesionit mjekësor, në cilësinë e kujdesit mjekësor, si dhe rëndësisë së praktikës së mirë mjekësore në cilësinë e kujdesit mjekësor në çdo vend. Duke përfunduar ai inkurajoi organizatat tona për të ruajtur dhe çuar më tej vlerat e profesionit mjekësor si dhe mbrojtjen e tij nga arbitrariteti i politikës në disa vende.

Më tej u dëgjua prezantimi i dr. Pleurat Sejdiaj mbi rolin e Odës së Mjekëve të Kosovës në sistemin shëndetësor dhe roli i OMK në trajnimin e specialistëve në vend. Në seancën pasuese u paraqitën raportet kombëtare mbi rolin e secilës organizatë në trajtimet e specializantëve. Folësit paraqitën një larmi modelesh nga vendet e tyre.

Theksi u vu në cilësinë e përgatitjes së specialistëve si dhe rritjen gjithnjë e më shumë të rolit të organizatave tona në të gjitha hallkat të këtij procesi nga kriteret e përzgjedhjes dhe rekrutimit të kandidatëve deri tek testimi përfundimtar për marrjen e diplomave të specializimit.

Seancat e mbasditës ju kushtuan raporteve kombëtare mbi problemin e kohës së daljes në pension, plakjen e mjekëve dhe rilicensimi i tyre. Diskutimet rreth kësaj çështjeje u ndalën në këto momente: në sektorin publik, sipas legjislacionit në çdo vend mjekët dalin automatikisht në pension kur mbushin moshën e caktuar në Ligj. Hera-herës për nevoja specifike të shërbimit shëndetësor shtyhet, sipas rregullave të caktuara nga Ministria e linjës, koha e daljes në pension për periudha 1-3 vite.

Ndërsa në sektorin jo publik mjekët punojnë në çdo moshë, sipas mundësive, dëshirës dhe nevojave financiare të tyre, me kohë të plotë ose të reduktuara, në rregullore me kontratat e bëra me institucionet jo-publike. Dhomat/urdrat zbatojnë rregullat e licensimit dhe rilicensimit të tyre sipas statuteve të hartuara prej tyre.

Një problem që u diskutua gjerë, ishte ai i gjendjes shëndetësore të mjekut që punon përtej moshës së daljes në pension. Moshja e avancuar ul aftësitë motorike dhe konjuktive, rrit praninë e sëmundjeve, demonstron pasoja të vartësisë ndaj alkolit, drogave apo veseve të tjera që hasen edhe tek mjekët.

Duke vlerësuar lidhjen e cilësisë së kujdesit shëndetësor të ofruar me gjendjen shëndetësore të mjekëve diskutantët sugjeruan për gjetjen dhe vendosjen e rregullave për kontrollin periodik dhe vlerësimin e gjendjes shëndetësore veçanërisht për grupet e avancuara.

Seanca e fundit në seksionet e mbasditës e titulluar: Mocion për veprim, u përqëndrua në ndryshimet ligjore dhe shtesat e bëra në ligjin për UMSH, të prezantuara në aktin normativ të Këshillit të Ministrave të Republikës së Shqipërisë.



# I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Pas diskutimesh u aprovua një deklaratë në mbështetje të UMSH për ruajtjen e pavarësisë së tij dhe hapësirës ligjore për vetë-rregullimin dhe vetë-qeverisjen e profesionit mjekësor të vendit tonë.

Në ditën tjetër seancat ju kushtuan problemeve të migrimit të mjekëve dhe pranisë së burn-out tek mjekët.

Në raportet e vendeve pjesëmarrëse u fol mbi masën e mjekëve që migrojnë dhe arsyet e këtij fenomeni. Po ashtu edhe për nisma ligjore nga qeveritë si reflektim ndaj tij.

Nga përfaqësuesi i UMSH u prezantuan disa të dhëna mbi këtë fenomen u theksua se UMSH ka qënë dhe ka insistuar në idenë se strukturat shtetërore dhe mbarë shoqërisë duhet të punojnë për të bërë sa më atraktive punën e mjekëve në vendin tonë. Për këtë duhet luftuar për kushte më të mira pune, vlerësime më të mira morale dhe materiale, mbrojtje ligjore më të mirë, marrëdhënie më të mira mjek-pacient, përmirësim të ngarkesës së punës nga mjekët, etj...

Në mbyllje dr. Pleurat Sejdiaj dhe dr. K. Keijzer folën për përfundimet e rëndësishme nga kontributi i gjithë pjesëmarrësve në këtë takim të rëndësishëm për trajtimin e disa problemeve aktuale të kujdesit shëndetësor të ofruar nga mjekët.

Takimi i radhës u vendos të zhvillohet në Republikën e Maqedonisë së Veriut në Shtator 2025.

## **Takimi Vjetor i 38-të i EFMA Forumit Evropian të Shoqatës Mjekësore**

*25-28 Shtator 2024 Limassol, Qipro*

Takimi i sivjetshëm i EFMA-s u zhvillua në Limassol, Qipro me ftesë të Shoqatës Mjekësore të Qipros. Në të morë pjesë shumë delegacione të vendeve anëtare (edhe UMSH si anëtar i rregullt i saj, u përfaqësua nga presidenti i UMSH dr. Fatmir Brahimaj).

Ishin të ftuar dr. O. Kloiber, Sekretar i Përgjithshëm i WMA, dr. Ph. Cathala Sekretar i Përgjithshëm i CEOM, dr. A. Kehajov President i SEEMF, dr. J. De Haller President i Anëtarëve të Asociuar të WMA, si dhe disa ekspertë në fushat e Çështjeve që do të diskutoheshin në takim.

Gjatë ceremonisë hapëse të takimit, u dëgjuan përshëndetjet e bëra nga adv. L. Wapner, Sekretare e Përgjithshme e EFMA; dr. P. Agathangelou, President i Shoqatës Mjekësore të Qipros.

Në seancat pasuese u trajtuan probleme si:

Diskriminimi brenda sistemit të kujdesit shëndetësor ku çështja kryesore ishte racizmi dhe nevoja e aksesit, ofrimit dhe trajtimit të barabartë të shërbimit shëndetësor pavarësisht nga raca, orgjina, vendi, feja, gjinia, etj...; tek çdo pacient si dhe evitimi i diskriminimit edhe midis personelit mjekësor. Pasi u dëgjuan 2 referime nga dr. R. Parsa-Parsi (Gjermani) dhe Ph. Cathala (Francë) u konkludua në bërjen e një rezolute mbi racizmin në mjekësi që u aprovua nga pjesëmarrësit në takim. *(në vijim Rezoluta për Racizmin në Mjekësi)*



# I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Më tej u dëgjuan referati: Polarizimi në profesionin mjekësor nga dr. J. De Haller.

Seanca e fundit e ditës ju kushtua rreziqeve të pavarësisë së Shoqatës Mjekësore. Pas 2 referimeve nga Th. Korfiotis, Këshilltar Ligjor i Shoqatës së Qipros si dhe atij të adv. L. Wapner Sekretare e Përgjithshme e EFMA u diskutua mjaft për këto rreziqe si dhe situata në vende të ndryshme.

Qeveritë tentojnë për të shkelur pavarësinë e shoqatave, dhomave apo urdhrave të profesionit mjekësor shpesh herë. Kjo ndodh sepse duan të mbulojnë mangësi dhe dështime të politikave shëndetësore në sistemet e kujdesit shëndetësor apo të keq-menaxhimit të tij. Hera herës në shoqëritë tona shfaqen ndjenja populiste antidemokratike, trajtimi i tyre nga politikanët dhe mediat çon në rekomandime që rezikojnë pavarësinë e Shoqatës Mjekësore dhe sigurisë së pacientëve gjatë marrjes së kujdesit shëndetësor. Gjithmonë përballë këtyre tentativave duhet vënë profesionaliteti mjekësor si dhe zbatimi korrekt i Etikës Mjekësore.

Në ditën tjetër u trajtua problemi i rolit të ndihmës-mjekut, një profesion i ri që ka hyrë në praktikën mjekësore në disa vende, sidomos atyre ku ndjehet më shumë pakësimi i numrit të mjekëve për shkak të emigrimit të tyre.

Pas shumë mendimeve të ndryshme për rolin e tyre u konkludua se duhet insistuar që ata duhet të ndihmojnë mjekun dhe jo ta spostojnë apo ta zhvlerësojnë atë. Në punën në skuadër ata përgatisin të sëmurin nga vizita deri në përgatitjen për procedura të ndryshme mjekësore për të lehtësuar punën e mjekut dhe për të kursyer kohën që mjeku harxhon me të sëmurin, por vendimmarja është gjithmonë e mjekut.

Seancat e fundit ju kushtuan inteligjencës artificiale: a është një ndihmë apo një rezik? Për këtë u dëgjuan referimet e z. D. Skourides Shef Shkencor për Kërkimin, Inovacionin dhe Teknologjinë në Qipro, si dhe H. Bitran Specialist i Politikave Shëndetësore, Shkencave Jetësore dhe Mikrosftit në Izrael, si dhe znj. O. Souter CEO në zgjidhjet organike zviceriane.

Pasi u fol për avantazhet e përdorimet të inteligjencës artificiale në mjekësi u theksua se ajo është një teknologji që e ndihmon mjekun por nuk duhet të abuzohet, pasi ajo është dhe mbetet një teknologji, nuk mund ta zëvendësojë mjekun.

Në fund të takimit L. Wapner bëri konkluzionet dhe shpalli takimin e vitit të ardhshëm në Armeni.

## **FORUMI EVROPIAN I SHOQATAVE MJEKËSORE** **Rezoluta për Racizmin në Mjekësi**

Të bashkuar në angazhimin e tyre të qartë ndaj pacientëve dhe në mbrojtje të pluralizmit dhe të drejtave të njeriut, pjesëmarrësit e Forumit Evropian të Shoqatave Mjekësore (EFMA) miratuan njëzëri Rezolutën e mëposhtme gjatë takimit të tyre vjetor të 38-të, të mbajtur nga dt. 25-28 Shtator 2024 në Limassol, Qipro:



# I VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

Mjekët kanë për detyrë t'i shërbejnë shëndetit dhe mirëqënies së pacientëve të tyre individuale dhe rrjedhimisht popullatës në tërësi. Ata ushtrojnë profesionin e tyre sipas ndërgjegjes së tyre dhe në përputhje me parimet e Etikës Mjekësore, duke përfshirë paanësinë dhe drejtësinë.

Deklarata e Shoqatës Botërore të Mjekësisë e Gjenevës: Betimi i Mjekut dhe Kodi i saj Ndërkombëtar i Etikës Mjekësore, u bëjnë thirrje të gjithë mjekëve që të praktikojnë profesionin mjekësor pa paragjykitime ose duke u përfshirë në sjellje diskriminuese, dhe të ofrojnë kujdes për të gjithë pacientët pavarësisht nga mosha, sëmundja ose paaftësia, besimi i tyre, origjina etnike, gjinia, kombësia, përkatësia politike, raca, orientimi seksual ose ndonjë faktor tjetër. Nëse situata të veçanta lejojnë mjekun të refuzojë të ofrojë kujdes, ato nuk mund të bazohen mbi baza diskriminuese.

Për më tepër, dhënja e kujdesit bashkëpunues, përparimit mjekësor dhe përsosmërisë shkencore varet nga bashkëpunimi midis mjekëve nga kombe dhe prejardhje individuale të ndryshme. Racizmi dhe diskriminimi midis mjekëve dhe punonjësve të kujdesit shëndetësor është i papranueshëm. Ai jo vetëm që është kundërproduktiv për kujdesin ndaj pacientit, por është gjithashtu në thelb kundër etikës thelbësore të profesionit mjekësor.

Për të përmbushur detyrat e tyre profesionale, mjekët dhe organizatat që i përfaqësojnë, ata duhet të njohin dhe të sfidojnë në mënyrë aktive pabarazitë dhe praktikat diskriminuese që ekzistojnë në mjekësi. Kjo përfshin pabarazitë racore sistematike në aksesin ndaj kujdesit dhe burimeve shëndetësore, të cilat kanë një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin individual të pacientëve dhe në fund të fundit të shoqërisë në tërësi.

Ne, pjesëmarrësit e EFMA-s, e pranojmë këtë përgjegjësi dhe dënojmë pa mëdyshje racizmin dhe sjelljen diskriminuese në të gjitha format e tij. Ne riafirmojmë Deklaratën e Shoqatës Botërore të Mjekësisë të Berlinit mbi Racizmin në Mjekësi, e cila e shpall racizmin si një kërcënim për shëndetin publik. Ne përqafojmë detyrën tonë për të promovuar në mënyrë aktive barazinë dhe pluralizmin në mjekësi dhe të përpiqemi për një mjekësi shëndetësor gjithëpërfshirës dhe të barabartë.



## **FIBROMIALGJIA NË MOSHËN PEDIATRIKE**

*Dr. Eduard MONE*

*QSH Nr. 4, Vlorë*

Fibromialgjia e fëmijëve dhe adoleshentëve është një çrregullim që karakterizohet nga dhimbjet muskuloskeletike të shpërndara në të gjithë trupin së bashku me një grup çrregullimesh të tjera që prekin sistemet dhe organet e trupit.

Për Fibromialgjinë Primitive Juvenile (FMJ) si quhej pak vite më parë është folur pak në pediatri. Është e vërtetë që kjo sëmundje nuk njihej mirë nga pediatri, ose në mënyrë të gabuar mendohej se prekte vetëm të rriturit.

Në literaturë mjekësore ky çrregullim është vendosur pak vite më parë duke tërhequr vëmendjen e profesionistëve të mjekësisë për të pasur në konsideratë dhe këtë çrregullim, i cili në bazë të të dhënave që kemi deri më tani prek 2-6% të fëmijëve në moshën e adoleshencës. Por është gjetur edhe në moshën e fëmijërisë sapo fëmija fillon shkollën dhe shfaq çrregullime të zgjatura me dhimbje. Është gjetur që ky çrregullim prek më shumë gjininë femërore dhe këtë prirje e mban edhe në moshën e të rriturve.

Shumë pak dihet për etiologjinë e FMJ por edhe më gjerë.

Janë zhvilluar më shumë hipoteza se sa një linjë e qartë e prejardhjes së sëmundjes. Edhe sot e kësaj dite ajo grupohet në kapitullin e Reumatologjisë porse të gjithë tashmë mendojnë se faktorët e vërtetë të sëmundjes janë të shumtë, si: imunologjikë, inflamativ, nervor, të trashëguar.

Kërkimet në këtë drejtim theksojnë etiologjinë multifaktoriale të sëmundjes, e cila karakterizohet nga dy faktorë patogjenë:

- Disestezia
- Iperestezia
- Allodynia

Në fakt të gjithë fëmijët që preken nga kjo sëmundje (studiuesit më seriozë të fushës thonë që kemi të bëjmë me një sëmundje verum et proprium, kurse disa të tjerë me një sindrom) kanë si karakteristikë një çrregullim të ndjeshmërisë në të gjithë trupin që komutohet në një karakteristikë të vetme. Ngacmimi i zakonshëm që tek fëmijët e tjerë perceptohet si një ndjesi jo e dhimbshme tek fibromialgjikët kthehet në dhimbje. Ky çrregullim i rëndë bën që fëmijët një injeksion të zakonshëm apo një procedurë dentare ta përjetojnë si një dhimbje madhore me vuajtje të shumta.



# I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

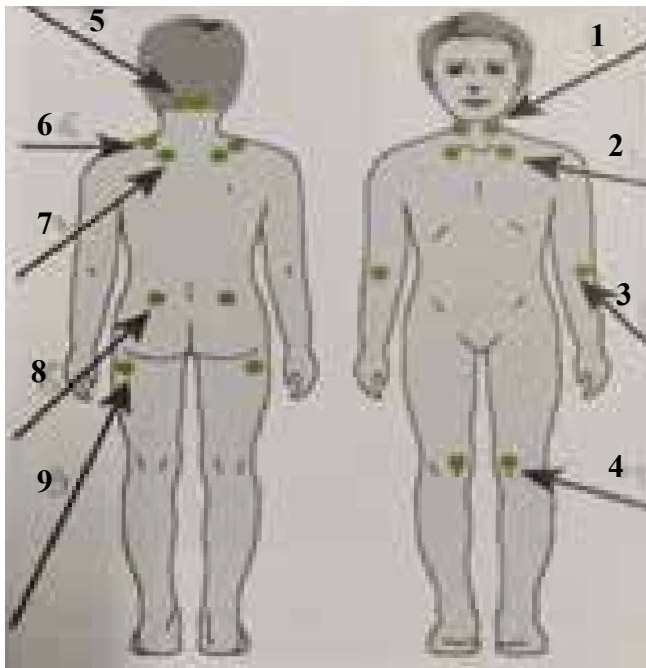
Kjo i ka dhënë rrugë studimeve në fushën e trasmetuesve nervorë duke gjetur një proces komutimi, amplifikimi dhe integrimi post sinaptik me rezultat ekuifinal perceptimin e dhimbjeve të lehta si dhimbje të forta.

**Kriteret e diagnozës** bazohen në dy kritere:

1. Prekjen gjatë vizitës së tre pikave apo vendeve të dhimbjes;
2. Kohëzgjatja e kësaj dhimbje për më së paku tre muaj.

Në fakt fëmija i shkollës ose adoleshenti të tregojnë me saktësi vendet e dhimbjes që është e vazhdueshme apo theksohet nga faktorë fizik apo stres.

Vendet e dhimbjes apo harta e zonave të dhimbshme është hartuar nga Kligman dhe bashkëpuntorë të tjerë dhe paraqitet si më poshtë:



Pika 1. Cervikale, faqja e përparme e hapësirës C5-C7.

Pika 2. Brinja e dytë, artikulacioni kostokondral.

Pika 3. Epikondili lateral dhe fossa kubitale.

Pika 4. Gjuri, vija artikulare dhe pjesa mediale.

Pika 5. Oksipitali, vendi i kapjes së muksulit subokspital.

Pika 6. M. trapezius, pika mediale e buzës së sipërme.

Pika 7. M. supraspinal, medialisht dhe sipër spina scapulae.

Pika 8. M. gluteal, kuadrati superolateral.

Pika 9. Trokanter maior, në pjesën e pasme të tij.

Në plotësimin e diagnozës kanë rëndësi dhe këto shenja të tjera shoqëruese të dhimbjes.

1. Lodhje e shpeshtë, me lehtësi.
2. Plogështi mëngjezore saqë prindi vendoset në kontradiktë me fëmijën duke e konsideruar si të plogët dhe dembel.
3. Çrregullim i gjumit. Gjumi nuk është cilësor i thellë dhe shplodhës. Fëmija bie në gjumë me vështirësi, zgjohet shpesh nga dhimbjet dhe arrin të flejë për pak vetëm ndaj të gdhirë.
4. Theksim i dhimbjes nga aktiviteti fizik ose ndryshimi i kohës, stresi apo ankthi.
5. Dhimbje e këmbëve sidomos natën, që quhet nga mjekët sindromi i këmbëve që nuk shplodhen.

Tek fëmijët dhe të rinjtë me fibromialgji janë të shpeshta dhe shoqëruese disa gjendje të tjera, si: sindromi i zorrës së irritueshme, sindromi premenstrual tek femrat, luhatje e humorit.

Diagnoza e sëmundjes është kryesisht klinike dhe bazohet në aftësitë dhe përvojën e pediatrit.

Të dhënat laboratorike janë pothuajse në normë. Kjo na ndihmon për të bërë më mirë edhe diagnozën



diferenciale me sëmundje që ngjajnë me fibromialgjinë, si: reumatizmi atipik, spondelitis, artropatia, artriti reumatoid, artriti idiopatik juvenil, etj... Në këto sëmundje diku më shumë apo më pak, kemi çrregullime laboratorike të saktësuara të cilat na ndihmojnë shumë në diagnozën diferenciale me FMJ.

Mjekimi i fibromialgjisë së fëmijëve është dhe mbetet një problem i vështirë. Ai kërkon durim dhe një përfshirje të disa mjekëve, ku përveç pediatrit një rol shumë të madh ka dhe mjeku reumatolog, fizioterapist, neurolog, etj...

I domosdoshëm është dhe psikologu, cili me këshillimet dhe mjekimet e tij jep një ndihmë të çmuar në lehtësimin e jetës së këtyre fëmijëve.

## **Kuadri mjekues i FMJ përfshin:**

- Rehabilitimin fizik përmes ushtrimeve relaksuese si dhe banjove të ngrohta, kombinimet me kompresa të ftohta dhe të ngrohta në vendin e dhimbjes.
- Masazhokinezoterapia është një procedurë që jep gjithmonë rezultate të mira. Masazhi relaksues dhe drenues limfatik janë mjaft lehtësues të dhimbjes.
- Psikoterapia konjitive dhe komportamentale japin lehtësim të dhimbjeve. Fëmija duhet të edukohet të bashkëjetojë me këtë sëmundje kronike duke e sfiduar atë.
- Procedurat spirituale furnizojnë energji shpirtërore dhe vlera që ndihmojnë realisht në sfidën e sëmundjes, lehtësimin e ankthit dhe stresit.
- Ushqimi i zgjedhur, duke përfshirë të gjitha ato që japin dhimbje të barkut apo të muskujve. Janë me shumë vlerë përdorimi i vitaminës D, E, C, B1, B6, magnezi, koercetina, D-riboza, glutationi, etj...
- Përdorimi i ushqimeve me vlera antiinflamatore, si: kurkumina, xhinxheri, pre dhe probiotikët, janë ndihmues në përbalimin dhe lehtësimin e dhimbjeve.

Mjekimi me barna tek fëmijët duhet të mbetet i fundit. Është vërejtur që disa barna që përdoren kundër epilepsisë dhe depresionit, si: antidepressivët triciklikë, sertralinë, gabapentina kanë efekte lehtësuese për sëmundjen.

Ndjekja e fëmijës me fibromialgji është një procedurë e gjatë që kërkon vizita kontrolli dhe këshillime periodike me pediatrin dhe mjekët e tjerë që përmendem më lart.

## **Literatura:**

1. Buskila. B *Pediatrik fibromyalgia. Rev of REumatismo, n4, 2019, f220-237*
2. Teshar. MS. *Juvenile Fibromyalgia. A multidisciplinary Approach to treatment. Ped. Ann 2021, f 146-141*
3. Kligman RM, *Fibromyalgia in children and adolescents, locus pain charts. Textbook 2012, f 256-259*
4. Bartolozzi G, *Pediatria principi e pratica clinika textbook 2002, f 641-642.*



## PROTOKOLL MJEKIMI DHE NDJEKJEJE ME TENOFOVIR (TENOFIVIR DISOPROXIL FUMARATE), PËR TË SËMURËT ME HEPATOPATI KRONIKE B

*Prof. Dr. Jovan BASHO*  
*QSU "Nënë Tereza", Tiranë*

TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE, kokrra 245 mg

### Të dhëna të përgjithshme për HBV

Virusi i Hepatitit B (HBV) përbën një problem të madh botëror e për të gjitha vendet, pavarësisht nivelit të tyre të zhvillimit. Rreth 1/3 e popullsisë së botës kanë të dhëna serologjike të infeksionit të tanishëm ose të kaluar nga HBV. Me gjithë vlerën e madhe që ka vaksinimi kundër virusit B, prevalenca e infeksionit kronik nga HBV në nivel botëror, vlerësohet në masën 3.7%. Nga rreth 350-400 milion njerëz që kanë në gjakun e tyre HBsAg, rreth 1 milion vdesin çdo vit nga shkaqe të lidhura me HBV. Të gjithë të sëmurët me dëmtime kronike B kanë rrezikun e madh të progresionit të sëmundjes drejt cirrozës hepatike dhe hepatokarcinomës (HCC). Mbartshmëria rajonale varion nga 2-8% të popullsisë. Prevalenca e ndryshme lidhet probablisht me diferencat moshore në kohën e infektimit, gjë e cila korrelohet me rrezikun e kronicizimit. Shkalla e progredimit nga infeksioni akut në atë kronik pakësohet me rritjen e moshës. Rreth 90% e infektimeve lidhen me periudhën perinatale, ndërkohë që mundësia e infektimit në moshën e rritur është 5% ose më pak. Numri i vdekjeve të lidhura me HBV, të shkaktuara nga cirroza hepatike dhe karcinoma hepatokelizore (HCC) është rritur me 33% midis viteve 1990 dhe 2017, duke arritur në >900,000 raste në mbarë botën në vitin 2017.

### Gjendja e HBV në Shqipëri

Në Shqipëri, mbartshmëria e HBV në popullsi është 7-8%, dhe thuhet në të gjitha rastet gjendet virusi B mutant (HBeAg negativ), i gjenotipit D.

### Historia natyrore dhe manifestimet klinike

Manifestimet klinike të infeksionit HBV ndryshojnë në varësi të dëmtimit akut ose kronik. Gjatë fazës akute, manifestimet klinike variojnë nga hepatiti subklinik ose anikterik (në më shumë se 90% të rasteve), deri tek rastet ikterike, e në disa raste ato fulminante. Gjatë fazës kronike, manifestimet variojnë nga një gjendje mbartshmërie asimptomatike, që sot quhet infeksion kronik, në hepatitin kronik, cirrozën dhe hepatokarcinomën. Manifestimet ekstrahepatike mund

të ndodhin si në infeksion akut ashtu edhe në atë kronik.

**Diagnoza dhe kriteret e mjekimit të hepatopative kronike B, HBeAg negativ, HBeAg pozitiv. (Sipas EASL guidelines 2017)**

Sipas rekomandimit të EASL duhet të mjekohen:

1. Të gjithë të sëmurët me HBV DNA mbi 2,000 UI/ml, rritje të ALT mbi vlerat normale dhe/ose të paktën nekro-inflamacion të moderuar në mëlçi (vlerësuar me biopsi hepatike, elastografi, fibrotest, etj..).
2. Të gjithë të sëmurët me cirrozë hepatike të kompensuar ose të dekompensuar (vlerësuar biokimikisht, me biopsi hepatike, EKO, CT, MRI, elastografi, fibrotest etj..), pavarësisht nivelit të HBV DNA dhe ALT.
3. Të gjithë të sëmurët me nivel të HBV DNA mbi 20,000 UI/ml dhe ALT > dyfishin e nivelit maksimal të normës, pavarësisht nga niveli i fibrozës hepatike.
4. Të gjithë të sëmurët mbi 30 vjeç me infeksion kronik B, HBeAg pozitiv, HBV DNA të të lartë, edhe kur ALT është normale.
5. Për më tepër, duhet të mjekohen edhe të sëmurët me infeksion kronik B, HBeAg pozitiv ose HBeAg negativ, por me histori familjare për HCC, cirrozë dhe manifestime ekstrahepatike, madje edhe kur nuk përmbushen kriteret e mësipërme të indikacioneve për mjekim.
6. Duhet të mjekohen edhe individët me infeksion kronik B (që normalisht ndiqen pa mjekim) në rastet kur për arsye sëmundjesh të tjera duhet të mjekohen me barna kortizonike, biologjike, kimiofarmake, citostatikë etj... (dmth me barna që frenojnë sistemin imun dhe mund të aktivizojnë virusin B).
7. Duhet të mjekohen edhe gratë shtatzana me infeksione kronike B, kur niveli i HBV DNA është mbi 20,000 UI edhe kur ALT është normale, në mënyrë që të parandalohet transmetimi vertikal i virusit nga nëna tek fëmija. Mjekimi bëhet 3 muajt e fundit të shtatzanisë deri 3 muaj pas lindjes.
8. Duhet të mjekohen edhe rastet me bashkë-infektive HBV + HDV, HBV + HIV, në rastet kur HBV DNA është pozitive.

## Qëllimi i mjekimit

Siç u përmend edhe më sipër, virusi B është shumë i vështirë të zhduket nga organizmi i njeriut të infektuar. Për këtë arsye, sipas Shoqatës Evropiane për Studimin e Mëlçisë (EASL) qëllimi i mjekimit është përmirësimi i cilësisë së jetës dhe mbijetesës duke parandaluar progredimin e sëmundjes drejt cirrozës, cirrozës së dekompensuar, sëmundjes përfundimtare hepatike, HCC dhe vdekjes (që arrihet nga frenimi në mënyrë të qëndrueshme të HBV DNA. Megjithatë, infeksioni kronik HBV nuk mund të shrrënjohet plotësisht për shkak të pranisë së ccc DNA (covalently closed circular DNA) në bërthamën e hepatociteve të infektuar, gjë e cila mund të shpjegojë riaktivizimin e HBV.

Qëllimi përfundimtar i mjekimit është:

1. Në rastet HBeAg pozitive dhe HBeAg negative, qëllimi përfundimtar ideal i mjekimit është humbja e qëndrueshme e HBsAg me ose pa serokonvertim drejt anti-HBs. Kjo shoqërohet me remision komplet dhe përfundimtar të aktivitetit të hepatitit kronik B dhe përmirësim të gjendjes së të sëmurit për kohë të gjatë.



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

2. Arritja e përgjigjes biokimike dhe virologjike të qëndrueshme (dmth normalizim të ALT dhe negativizim të HBV DNA) pas ndërprerjes së mjekimit në të sëmurët HBeAg-negative (ashtu si dhe serokonvertimi i qëndrueshëm anti-HBe në të sëmurët HBeAg pozitivë) është përfundim i kënaqshëm i mjekimit, sepse shoqërohet me përmirësim të prognozës.
3. Mbajtja e remisioinit virologjik (HBV DNA e papërcaktueshme me PCR të ndjeshme) nën mjekimin për kohë të gjatë me antivirale në të sëmurët HBeAg-pozitivë, të cilët nuk bëjnë serokonvertin anti-HBe dhe në të sëmurët HBeAg-negative, përbën përfundimin më të dëshiruar të mjekimit.

## 1. MJEKIMI ME ANALOGËT NUKLEOTIDË/ZIDË (NA)

NA paraqesin dy nënklasa të ndryshme të frenuesve të transkriptazës reverse e domosdoshme për prodhimin e HBV DNA. **Kohëzgjatja e mjekimit me NA është e papërcaktuar**, pasi ndërprerja e mjekimit pas 48 javësh (siç përdoret vite më parë) shkakton riaktivizim të virusit B dhe ripërsëritje të sëmundjes hepatike. Efekti i NA qëndron në frenimin e plotë të HBV DNA. Ky është një frenim i pjesshëm i shumëzimit të virusit B, sepse këto barna frenojnë vetëm njërin nga HBV RNA-të që janë përgjegjëse për prodhimin e përbërësve të veçantë të virusit B. Frenimi i HBV DNA arrihet pas 6-12 javësh mjekimi.

Tre barnat që rekomandohen si linjë e parë mjekimi janë: Tenofovir disoproxil fumarat (TDF), Entecavir (ETV), dhe Tenofovir alafenamid (TAF).

**Tenofoviri** (TDF) me dozë 245 mg/ditë vepron ndaj retroviruseve dhe hepadnaviruseve, ndaj është miratuar për mjekimin e hepatitit kronik B dhe infeksionit HIV. Ka aktivitet të shprehur antiviral si në të sëmurët HBeAg pozitiv, ashtu edhe në ata HBeAg negativ. Në të sëmurët HBeAg pozitiv, serokonvertimi anti-HBe ndodh në mbi 40% të të sëmurëve dhe humbja e HBsAg në 8% kur mjekohen me TDF. Në të sëmurët HBeAg negativë, negativizimi i HBV DNA ndodh në 93% të rasteve pas një viti përdorimi dhe thuajse 100% pas 3-5 vitesh, ndërsa humbja e HBsAg në 1.1% të të mjekuarve. Në përgjithësi TDF tolerohet mirë dhe nuk shoqërohet me dukuri të rënda anësore. Kur përdoret për kohë të gjatë, në pak të sëmurë, TDF mund të shkaktojë dëmtime renale (pakësim të filtracionit glomerular, rritje të kreatinemisë) dhe kockore (pakësim të densitetit mineral kockor), ndërlikime që ndodhin në 2-3% të rasteve, e kryesisht pas moshës 60 vjeç.

### Ndjekja e mjekimit me Tenofovir

Në vendin tonë është përdorur gjerësisht Lamivudina, për pak kohë Adefoviri dhe kohët e fundit thuajse të gjithë të sëmurët mjekohen me Tenofovir disoproxil fumarat (TDF), ndërkohë që një numër i vogël marrin ETV dhe TAF (kryesisht të sëmurët me probleme renale ose mbi 65 vjeç), mjekime që nuk rimbursohen. Aktualisht, sipas regjistrimit të Shërbimit Hepatologji/Gastroenterologji, në të gjithë vendin mjekohen më shumë se 3,100 të sëmurë me Tenofovir.

Për të sëmurët që mjekohen me NA në Shqipëri, ne kemi i bërë një modifikim mënyrës së ndjekjes botërore duke ju rekomanduar të sëmurëve të kryejnë:

1. Bilirubina, AST, ALT, uremi, kreatinemi, çdo 3 muaj (vitin e parë të mjekimit, pastaj çdo 6 muaj). Në moshën mbi 60 vjeç edhe filtracioni glomerular.
2. HBsAg sasiore, çdo 6 muaj (tek cirrotikët edhe EKO e AFP).



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

3. HBV DNA dhe elastografia hepatike çdo 1 vit.
4. Në rastet e pakta me hepatite kronike HBeAg positive, kërkohet bërja e HBeAg/anti HBe çdo 6 muaj.

Anti-HBs kërkohet të bëhet çdo 6 muaj, në rastet kur niveli i HBsAg sasiore bie nën 150 UI/ml.

## Ndërprerja e mjekimit me NA (EASL 2017)

1. NA-të duhet të ndërpriten pas humbjes së konfirmuar të HBsAg, me ose pa serokonversion anti-HBs (gjë e cila ndodh në 1-3% të rasteve që mjekohen me Tenofovir).
2. NA mund të ndërpriten në të sëmurët jo cirrotikë HBeAg pozitiv që arrijnë serokonversion të qëndrueshëm të HBeAg (shfaqje të anti-HBe) dhe HBV DNA të pazbulueshme për të paktën pas 12 muaj terapie konsoliduese (raste shumë të rralla në Shqipëri).
3. Ndërprerja e NA-ve në të sëmurët jo cirrotikë me HBeAg-negativ mund të diskutohet me të sëmurin e të bihet dakord me të (Inform Consent), vetëm tek ata të sëmurë, të cilët kanë arritur negativizim të qëndrueshëm afatgjatë të HBV DNA (> 3 vjet) dhe vetëm nëq sigurohet monitorimi i rregullt periodik çdo 2-3 muaj me ALT, HBV DNA, HBsAg sasiore pas ndërprerjes së NA.

Mundësia e riaktivizimit të virusit B (që mund të shkaktojë edhe forma fulminante vdekjeprurëse), edhe tek të sëmurët që plotësojnë pikën 3 është mbi 60%. Sipas studimeve të kohëve të fundit, që mjeku të jetë i sigurtë për ndërprerjen e Tenofovirit të sëmurit i duhen bërë ekzaminime si HBcrAg, HBV RNA, cccDNA, anti HBc IgG (vlerësim sasior i proteinave përbërëse L, M, S), vlerësim sasior i proteinave përbërëse të HBsAg (L, M, S), ekzaminime që nuk kryhen në vendin tonë.

Fillimi i mjekimit me Tenofovir, ndjekja çdo 6 mujore, si dhe vendimi për ndërprerjen apo vazhdimin e barit, bëhet vetëm nga mjeku specialist Gastroenterolog/Hepatolog i QSUT, në Qendrën e Konsultave Ambulatore, sipas rregullave të Sistemit të Referimit.

Për sa më sipër mjafton vula dhe firma e mjekut specialist (një vulë), si dhe vulat e Shërbimit dhe Qendrës së Konsultave Ambulatore.

## Bibliografia e shfrytëzuar:

1. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology* 2017 vol. 67 j 370–398.
2. Guidelines for the Prevention and Treatment of Chronic Hepatitis B (version 2022). *Journal of Clinical and Translational Hepatology* 2023 DOI: 10.14218/JCTH.2023.00320
3. *A clinical textbook of Hepatology, 10th edition 2020*
4. *Institute of Public Health. \*Virol J. 2011; 8: 96.*
5. *Infect Genet Evol. 2012 Mar;12(2):291-8*
6. *World Health Organisation. Hepatitis B, 8 July 2023*



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

## NDIKIMI I DIETËS KETOGJENIKE NË YNDYRËN E TRUPIT, MASËN MUSKULORE DHE PERFORMANCË NË STËRVITJE

*Nana Chung\* Departamenti i Edukimit Fizik, Universiteti Sangji, Wonju, Republika e Koresë*

*Përkthyer dhe përshtatur Dr. Shk. Altin GOXHARAJ, Universiteti "Eqrem Çabej" Gjirokastrë*

### Abstrakt

Pesha e tepërt trupore njihet si një shkak themelor i shumë problemeve shëndetësore. Përveç vlerësimit të peshës, është shfaqur koncepti i "mbiyndyrës" ose "obezitetit me peshë normale", duke ju referuar individëve me yndyrë të tepërt trupore pavarësisht se vlerësohen brenda kufijve të peshës normale. Çuditërisht, një pjesë e konsiderueshme e individëve me peshë normale, që varion nga 20% në 40%, mund të hyjnë në kategorinë e mbi-yndyrës. Ndërsa ekziston një konsensus se përmirësimi i zakoneve dietike dhe modeleve të aktivitetit fizik është thelbësor për reduktimin e yndyrës në trup, diskutimet vazhdojnë në lidhje me sasinë dhe llojin optimal të ushtrimeve dhe strategjitë dietike ideale. Ndër metodat e ndryshme dietike të propozuara për reduktimin e yndyrës, dieta ketogjenike (KD) ka fituar kohët e fundit popullaritet. KD karakterizohet nga marrja e ulët e karbohidrateve, proteinave të moderuara dhe marrjes së lartë të yndyrës, me shpërndarje ditore të marrjes së energjisë përafërsisht si më poshtë: karbohidrate (5%), proteina (20%) dhe yndyra (75%). Në një dietë konvencionale, trupi ynë përdor kryesisht karbohidratet dhe yndyrnat si burime primare të energjisë. Megjithatë, kur ndjek KD, ndodh një ndryshim i rëndësishëm metabolik. Trupi kalon nga mbështetja në karbohidratet, në përdorimin e yndyrave si burim primar energjie, i arritur nga varfërimi i rezervave të karbohidrateve. Sistemi nervor qendror, veçanërisht truri, zakonisht mbështetet tek glukozja si burimi i tij kryesor i energjisë për shkak të përdorimit ekskluziv të glukozës nga barrierja gjak-tru. Kjo barrier mbrojtëse parandalon hyrjen e substancave të ndryshme në tru, duke përfshirë acidet yndyrore të mëdha. Rrjedhimisht, glukozja është karburanti kryesor për trurin.

*Fjalë kyçe: KD; diabet; ushtrime fizike, lipide.*

### Tema

Debatet në lidhje me rreziqet e mundshme që lidhen me qendrën e KD-së truri. Pas disa ditësh në KD, një nga energjitë kryesore të trurit glikogjeni, bëhet i varfëruar. Ky shterim mund të çojë në stres dhe çështje të tjera. Megjithatë, përkrahësit e KD argumentojnë se pavarësisht nevojës për një periudhë përshtatjeje, kjo qasje dietike shkakton një gjendje ketoze. Gjatë ketozës, ndërsa yndyrnat shpërbëhen, prodhohen tre lloje të trupave ketonikë: acetoacetat,  $\beta$ -hidroksibutirat dhe acetoni.

Këto trupa ketone rriten brenda trupit, duke lejuar trurin, zemrën, muskujt dhe indet e tjera për t'i përdorur ato si burim energjie.

Këto përshtatje metabolike janë sugjeruar për të nxitur oksidimin e yndyrës, duke çuar në ndryshime të favorshme të nivelit të yndyrës në trup dhe duke ndikuar potencialisht në masën e muskujve dhe performancën e ushtrimeve duke ndikuar në përdorimin e karburantit dhe efikasitetin metabolik. Sidoqoftë, efektet e KD në yndyrën e trupit, masa muskulare dhe performanca e ushtrimeve mbeten një temë e vazhdueshme, me rezultate kontradiktore të raportuara në literaturë.



## EFEKTET E DIETËS KETOGENIKE NË YNDYRNAT TRUPORE

Disa studime kanë treguar efektet pozitive të KD për përbërjen trupore në grupmosha të ndryshme dhe kushte klinike. Për shembull, një studim që krahason KD me një dietë hipokalorike tek fëmijët dhe adoleshentët me obezitet, zbuloi se KD ishte më efektive për sa i përket humbjes së peshës dhe përmirësimit të parametrave metabolikë. Ky studim sugjeron se KD mund të jetë një alternativë e qëndrueshme dhe e sigurt për humbjen e peshës tek fëmijët dhe adoleshentët. Në një studim tjetër të kryer nga Goss et al., në të rriturit e moshuar me obezitet ruajtën marrjen e kalorive në nivele normale për 8 javë, dhe u bë një krahasim midis KD dhe një diete me pak yndyrë. Rezultatet treguan se grupi KD shfaqti një reduktim më të madh në masën totale të yndyrës sesa grupi i dietës me pak yndyrë. Veçanërisht, grupi KD përjetoj një rënie trefish më të madhe në indin dhjamor visceral. Rrjedhimisht, ky studim sugjeron që humbja e peshës përmes KD, veçanërisht në reduktimin e indit dhjamor visceral, i cili është i lidhur fort me rezultatet metabolike dhe funksionale, mund të ofrojë përfitime më të mëdha për të rriturit e moshuar sesa humbja e peshës përmes një diete me pak yndyrë. Hussain et al.<sup>10</sup>, krahasuan efektet e një diete 24-javore me pak kalori dhe KD në individët me diabet të tipit 2. KD ishte më efektive se dieta me kalori të ulët në reduktimin e ndjeshëm të peshës trupore, indeksit të masës trupore (BMI) dhe perimetrit të belit (WC). Përveç kësaj, grupi KD demonstroi efekte të favorshme në nivelet e glukozës në gjak dhe ndryshimet në hemoglobinën e glukozuar, kolesterolin total, LDL-kolesterolin, HDL-kolesterolin dhe nivelet e triglicerideve (TG). Disa pjesëmarrës gjithashtu përjetuan një reduktim 50% ose ndërprerje të dozës së tyre fillestare të mjekimit antidiabetik.

Dëshmitë në lidhje me efektet e KD në menaxhimin e peshës janë bindëse, megjithatë, mekanizmat themelorë të veprimit të tij mbeten të paqarta. Paoli et al., bazuar në studimet ekzistuese, paraqitën prova për efektivitetin e KD në humbjen e peshës si më poshtë :

- 1) Ulja e oreksit nëpërmjet efektit të ngopjes së proteinave dhe ndryshimeve që rezultojnë nivelet e grelinit të hormonit të oreksit;
- 2) Reduktimi i lipogjenezës dhe rritja e oksidimit të yndyrës;
- 3) Rritja e efikasitetit metabolik në metabolizmin e yndyrës për shkak të një koeficienti të zvogëluar të frymëmarrjes;
- 4) Rritja e shpenzimit të energjisë për shkak të efektit termik të proteinave dhe glukoneogjenezës.

Lidhur me dëshminë e katërt, Ludwig et al. analizuan ndikimin e KD në shpenzimet totale të energjisë (TEE), ata vlerësuan ndryshimet në efektet bazuar në kohëzgjatjen e aplikimit. Një meta-analizë e 29 studimeve, zbuloi se KD fillimisht çon në një ulje të përkohshme të TEE; megjithatë, pas rreth 2.5 javësh, u vu re një rritje më e ndjeshme e TEE. Gjatë kësaj periudhe përshtatjeje, individët mund të përjetojnë simptoma të “gripit Keto”, duke përfshirë dhimbje koke, mjegull të trurit, lodhje, nervozizëm, nauze, shqetësime të gjumit dhe kapllëk. Ky studim ofron njohuri të pjesshme në mekanizmat përmes të cilëve KD promovon humbjen e peshës dhe periudhën minimale të përshtatjes që kërkohet për të arritur efektet e KD. Provat e disponueshme sugjerojnë se KD potencialisht ushtron një ndikim të favorshëm në reduktimin e yndyrës së trupit. Sidoqoftë, mbetet e domosdoshme të merret parasysh me përpikëri ndryshueshmëria individuale në përgjigje dhe efektet afatgjata në yndyrën e trupit. Nga një këndvështrim afatgjatë, sukcesi i një qasjeje ushqyese përcaktohet nga shkalla e peshës së rifituar. Në këtë drejtim, ka të dhëna të kufizuara për efektin e KD për humbjen e peshës ose reduktimin e yndyrës trupore.



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Dieta dhe stërvitja luajnë një rol jetik në reduktimin e mbipeshës. Trajnimi me interval me intensitet të lartë (HIIT) ka fituar popullariteti si një strategji efektive ushtrimesh për përmirësimin e qëndrueshmërisë kardiovaskulare, duke rritur metabolizmin e zemrës dhe duke ndikuar pozitivisht në ndryshimet e përbërjes së trupit. Cipryan et al. hetuan efektet e pavarura dhe ndërvepruese të KD dhe HIIT për reduktimin e yndyrës viscerale. Grupet KD dhe KD+HIIT treguan ulje të ndjeshme në yndyrën viscerale, ndërsa grupi HIIT tregoi efekte minimale. Bazuar vetëm në këto gjetje, mund të konkludohet se KD mund të jetë më efektive për reduktimin e yndyrës viscerale sesa vetëm HIIT pa ndërhyrje dietike. Megjithatë, është e rëndësishme të merret parasysh se ky krahasim fokusohet vetëm në ndryshimet në yndyrën viscerale dhe përjashton përfitimet e tjera të mundshme të HIIT, të tilla si: fitnesi kardiorespirator dhe përmirësimet e shëndetit kardiovaskular. Megjithatë, KD duket të jetë më efektive në reduktimin e yndyrës viscerale dhe të përgjithshme të trupit sesa ushtrimet vetëm pa ndërhyrje dietike. Kjo është një qasje potencialisht e dobishme, veçanërisht për individët me angazhim të kufizuar në aktivitet fizik.

## EFEKTET E DIETËS KETOGENIKE NË MASËN MUSKULARE

KD është një strategji efektive për të reduktuar peshën trupore dhe yndyrën e trupit. Një aspekt tjetër i rëndësishëm për t'u marrë parasysh është efekti i mundshëm i KD në masën e muskujve. Nëse KD çon në një reduktim të masës muskulore dhe yndyrës trupore, zbatueshmëria e tij është e kufizuar për atletët dhe popullatën e përgjithshme.

Disa studime kanë sugjeruar që kufizimi i karbohidrateve në KD mund të kontribuojë në uljen e masës muskulore.

Mekanizmat e mundshëm përmes të cilëve KD mund të ndikojnë negativisht në masën muskulore janë sqaruar bazuar në literaturën përkatëse si më poshtë:

- 1) reduktimi i depozitimit të glikogjenit, i cili mund të ndikojë në performancën dhe rikuperimin e muskujve;
- 2) marrja e pamjaftueshme e proteinave thelbësore thelbësore për përbërjen, mirëmbajtjen dhe rikuperimin e muskujve;
- 3) ndryshime në disponueshmërinë e energjisë së muskujve për shkak të zhvendosjes drejt metabolizmit të yndyrës;
- 4) sinteza e dëmtuar e proteinave që i atribuohet uljes së niveleve të insulinës.

Interesante është që kombinimi i KD dhe ushtrimet nuk parandaluan reduktimin e masës muskulore. Disa studime kanë treguar se gjatë periudhës së aplikimit të KD, stërvitja çon në rritjen e përdorimit të aminoacideve të muskujve për glukoneogjenezë për shkak të varfërimit të glikogjenit në mëlçi dhe muskuj. Ky shfrytëzim mund t'i atribuohet gjithashtu sekretimit të natriumit dhe ujit dhe humbjes së ujit të trupit për shkak të varfërimit të glikogjenit. Gjatë 4 javëve fillestare të periudhës eksperimentale 12-javore KD, kemi një rënie të dukshme në masën muskulore e cila më pas stabilizohet. Ata e shpjeguan këtë si një fenomen kalimtar që rezulton nga reduktimi fillestar i marrjes totale të energjisë dhe ndryshimet në proporcionin e karbohidrateve gjatë fazave të hershme të ndërhyrjes KD.

Anasjelltas, studime të shumta vlerësojnë pozitivisht ndikimin e KD në masën muskulore. Mekanizmat e propozuar janë si më poshtë:

- 1) stimulimi i sintezës së proteinave të muskujve nëpërmjet aktivizimit të rrugës së rapamicinës;



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

- 2) zvogëlimi i zbërthimit të proteinave të muskujve duke shtypur sistemi ubiquitin-proteazomi;
- 3) rritje e sekretimit të Hormoni i rritjes që luan një rrol jetik në rritjen e muskujve dhe riparimin, nxitjen e sintezës së proteinave dhe frenimin e proteinave;
- 4) përshpejtimi i marrjes së lëndëve ushqyese në qelizat muskulore për shkak të ndjeshmërisë së përmirësuar ndaj insulinës;
- 5) promovimi i rikuperimit, riparimit dhe rritjes së muskujve nëpërmjet efekteve anti-inflamatore, dhe ruajtja e glikogjenit brenda muskujve për shkak të rritjes së oksidimit të yndyrës.

Wilson et al.<sup>33</sup> krahasuan KD dhe një dietë konvencionale gjatë 11 javëve dhe zbuluan se të dy grupet treguan nivele të ngjashme të hipertrofisë së muskujve dhe rritje të forcës. Një aspekt i rëndësishëm i këtij studimi ishte se pjesëmarrësit kishin përvojë në trajnimin e rezistencës dhe grupi KD tregoi një rritje të jashtëzakonshme të testosteronit, një faktor kyç në sintezën e muskujve, krahasuar me grupin e dietës konvencionale. Sidoqoftë, rezultatet aktuale të hulumtimit sugjerojnë se është më e përshtatshme të shihet KD si një strategji për heqjen selektive të yndyrës pa humbje të muskujve sesa një strategji për hipertrofinë e muskujve.

Ndikimi i KD në masën muskulore është ende në diskutim; megjithatë, besohet se ndikohet nga faktorë kyç, të tillë si: energjia totale dhe marrja e proteinave. Për të maksimizuar hipertrofinë e muskujve përmes KD, marrja totale ditore e energjisë duhet të optimizohet. Për hipertrofinë maksimale të muskujve, rekomandohet një tepriçë kalorike, që do të thotë se marrja totale ditore e energjisë duhet të tejkalojë shpenzimin total ditor të energjisë. Këshillohet të konsumoni 15% më shumë kalori sesa shpenzimi total ditor i energjisë. Gjatë periudhave të hipertrofisë së muskujve, duke minimizuar shtimin e panevojshëm të yndyrës duke mos tejkaluar një shtim javor në peshë prej 0,25-0,5% të peshës trupore është thelbësore. Për më tepër, marrja e tepërt e proteinave mund të nxisë glukoneogjenezën dhe të prishë gjendjen e ketozës, kështu që konsumi i proteinave duhet të optimizohet. Konsumimi deri në 2.1 g/kg/ditë proteina mundëson ruajtjen e gjendjes së ketozës.

## EFEKTET E DIETËS KETOGENIKE NË PERFORMANCËN E USHTRIMEVE

Hulumtimet në lidhje me KD janë kryer kryesisht në kontekstin e reduktimit të peshës ose yndyrës. Mungojnë studimet në lidhjen midis KD dhe performancës së ushtrimeve. KD mund të ndikojë pozitivisht në performancën e ushtrimeve duke ofruar përfitime që lidhen me rregullimin metabolik, prodhimin e trupit të ketonit, përmirësimin e funksionit mitokondrial, reduktimin e inflamacionit dhe humbjen e peshës. Përfitimet e KD në lidhje me performancën e ushtrimeve janë hulumtuar kryesisht në kontekstin e performancës së qëndrueshmërisë. Megjithatë, ekzistojnë rezultate kontradiktore në të dhëna, dhe shumë studime kanë raportuar se: KD nuk ofron përfitime, por edhe dëmton performancën tek atletët.

Një studim nga Burke et al. përfshiu elitare të garave të klasit botëror, të cilët alternonin mes një diete tipike me karbohidrate të lartë dhe KD për 3 javë secila, ndërkohë që i nënshtroheshin trajnimit të intensifikuar. Ky studim vuri re përmirësime të rëndësishme në kapacitetin maksimal aerobik dhe oksidimin e yndyrës në të gjithë trupin me shpejtësi dhe intensitete të ndryshme kur ndiqni KD. Megjithatë, ky studim thekson se KD ndikoi ushtrimet gjatë performancës së garës në jetën reale të atletëve elitare të qëndrueshmërisë. Me fjalë të tjera, pas miratimit të KD, atletët e garave kërkonin rritje të konsumit të oksigjenit për të mbajtur të njëjtën ngarkesë ose shpejtësi



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

ushtrimore, duke treguar efikasitet të reduktuar. Ky reduktim i energjisë së ushtrimeve në fund të fundit mohoi përfitimet e trajnimit të intensifikuar. Prandaj, nëse energjia e ushtrimeve dëmtohet për shkak të KD, bëhet sfiduese për atletët e garave të kenë përmirësime në performancën e tyre.

Pathak dhe Baar shpjeguan uljen e performancës së ushtrimeve me intensitet të lartë për shkak të KD. Përshtatja kryesore e muskujve që rezultoi nga KD dhe aktivizimi i receptorit të aktivizuar nga proliferatori i peroksidomës (PPAR) rrit oksidimin e yndyrës së muskujve, por gjithashtu mund të kontribuojë në një reduktim të performancës së ushtrimeve me intensitet të lartë. Kur PPAR është i aktivizuar, nxit shprehjen e gjeneve që lidhen me oksidimin e yndyrës dhe prodhimin e energjisë. Ndërkohë nga kjo përshtatje mund të përfitojnë nga aktivitetet e qëndrueshmërisë që kërkojnë energji të qëndrueshme për kohëzgjatje më të gjata, është më pak efikas në intensitete më të mëdha se 65% të V<sub>3</sub>O<sub>2max</sub><sup>43</sup>. Atletët e qëndrueshmërisë në një KD përfundimisht kërkojnë më shumë oksigjen për të mbajtur të njëjtën ngarkesë ushtrimesh ose shpejtësi si atletët në një dietë konvencionale gjatë performancës me intensitet të lartë. Ky ndryshim i drejtuar nga PPAR në përdorimin e substratit të energjisë mund të çojë në reduktim të performancës gjatë aktiviteteve kërkuese të qëndrueshmërisë, që kërkojnë shpërthime intensive të energjisë. Për më tepër, ka pasur shqetësime në lidhje me rreziqet e mundshme shëndetësore që lidhen me atletët që adoptojnë KD.

Një studim i tillë nga Volek et al. hetoi metabolizmin e 10 vrapuesve në distanca të gjata që ndoqën një KD për më shumë se 6 muaj. Rezultatet treguan se vrapuesit përjetuan rënie të peshës trupore dhe yndyrës së trupit në krahasim me gjendjen e tyre para KD. Megjithatë, përqendrimi në gjak i trupave të ketonit, një nënprodukt metabolik, u rrit ndjeshëm, duke çuar në efekte anësore si lodhja, pagjumësia dhe problemet e tretjes tek atletët. Këto gjetje sugjerojnë se miratimi i një diete jashtëzakonisht të ulët të karbohidrateve me yndyrë të lartë, siç është KD, mund të përbëjë rreziqe të mundshme shëndetësore për individët e përfshirë në stërvitje në distanca të gjata.

Në të kundërt, disa studime kanë raportuar përmirësime në performancën e qëndrueshmërisë me intensitet të lartë. McSwiney et al. hetuan KD në atletët e qëndrueshmërisë gjatë 12 javëve dhe kryen teste të ndryshme të performancës, duke përfshirë një provë me kohë 100 km, një sprint prej 6 sekondash dhe një test kritik të fuqisë. Rezultatet treguan se krahasuar me atletët që ndiqnin një dietë konvencionale, nuk kishte ndonjë ndryshim domethënës në performancën e provës me kohë 100 km pas përshtatjes me KD. Sidoqoftë, atletët e përshtatur me KD demonstrian vazhdimisht rritje të shkallës së oksidimit të yndyrës gjatë stërvitjes. Në sprintin prej 6 sekondash të kryer menjëherë pas provës me kohë 100 km për të simuluar përfundimin e sprintit në garat e qëndrueshmërisë dhe testin kritik të fuqisë, atletët që ndiqnin KD shfaqën performancë të përmirësuar.

Megjithëse nuk ka informacion të mjaftueshëm në dispozicion për efektet e KD në ushtrimet anaerobe, studimet kanë sugjeruar që KD mund të ketë një ndikim negativ në ushtrimet anaerobe. Këto efekte negative përfshijnë si më poshtë:

- 1) Aftësinë e dëmtuar për glikolizë, e cila është e nevojshme për ushtrime afatshkurtra anaerobe me intensitet të lartë;
- 2) Kufizim në përdorimin e glikogjenit që çon në lodhje të hershme dhe ulje të performancës gjatë stërvitjes;
- 3) Disponueshmëria e kufizuar e rigjenerimit të fosfatit të kreatinës, e cila ndikon në shkallën e rigjenerimit të ATP-së që kërkohet për ushtrime shpërthuese;
- 4) Ulje e sekretimit të glikogjenit dhe insulinës që çon në rritjen e ndarjes së proteinave që



## I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

rrezulton në reduktimin e masës muskulore;

- 5) Humbja e elektroliteve dhe dehidratimi për shkak të marrjes së reduktuar të karbohidrateve që rezultojnë në ngërçe të muskujve, funksion të reduktuar të muskujve dhe performancë të dëmtuar gjatë aktiviteteve anaerobe.

Megjithatë, një studim i realizuar nga Paoli et al. synoi gjimnastët elitë dhe zbatoi KD për 1 muaj pa ndryshuar rutinat e tyre të stërvitjes. Rezultatet zbuluan një reduktim të yndyrës së trupit dhe ruajtjen e forcës. Për më tepër, Kephart et al. analizuan ndikimin e KD gjatë 3 muajve në performancën e ushtrimeve dhe përbërjen e trupit në kursantët e CrossFit. Nuk ka dallime të rëndësishme në forcë ose muskuj midis KD dhe grupeve të kontrollit.

Në mënyrë të ngjashme, në një studim të Sawyer et al., u fokusuan tek burrat dhe gratë që u trajnuan me forcë dhe hetoi efektet e një KD afatshkurtër 7-ditore në forcë dhe fuqi. Gjetjet treguan se pavarësisht reduktimeve në peshën trupore, të dyja gjinitë kishin forcë dhe fuqi. Kjo ofron një arsytim për KD-në në fushën e forcës dhe fuqisë.

Pavarësisht nga debati i vazhdueshëm rreth ndikimit të KD në performancën e ushtrimeve, duket se KD mund të jetë veçanërisht e dobishme për atletët e përfshirë në sportet e kategorisë së peshës dhe ata në të cilët pamja estetike luan një rol vendimtar në performancën e tyre. KD ka potencialin të ruajë masën muskulore pavarësisht nga lloji i ushtrimit dhe mbështet reduktimin e yndyrës së trupit, duke e bërë atë një qasje të fortë.

Në bodybuilders natyralë për 8 javë me kushte të barabarta totale të energjisë dhe proteinave: një grup ndoqi KD, ndërsa tjetri iu përmbajt një diete konvencionale. Rezultatet treguan se grupi KD reduktoi ndjeshëm yndyrën e trupit më shumë se grupi i dietës konvencionale. Grupi i dietës konvencionale tregoi një të lehtë rritje të masës muskulore, ndërsa grupi KD ruajti masën ekzistuese të muskujve pa përjetuar humbje të muskujve. Për më tepër, ndjeshmëria ndaj insulinës, një tregues kritik i shëndetit metabolik, u përmirësua ndjeshëm vetëm në grupin KD. Nga ana tjetër, citokinat inflamatore (IL-1, IL-6, TNF-a) u rritën në grupin e dietës konvencionale, por u ulën në grupin KD krahasuar me bazën. Prandaj, zbatimi i KD gjatë një faze të fokusuar në zvogëlimin maksimal të yndyrës mund të shërbejë si një strategji jo vetëm për humbje efikase të yndyrës pa humbjen e muskujve, por edhe për parandalimin e rënies së mundshme metabolike dhe të shëndetit imunitar gjatë fazës së reduktimit të yndyrës në trup. Për këto arsye, KD mund të ofrojë avantazhe për atletët me kufizime në kategorinë e peshës dhe individët që synojnë të reduktojnë yndyrën duke ruajtur masën muskulore.

Potenciali i KD për të përmirësuar performancën e ushtrimeve mbetet një temë debati. Në përmbledhje, KD mund të përmirësojë performancën e qëndrueshmërisë duke rritur oksidimin e yndyrës; megjithatë, mund të çojë në një rënie të performancës në aktivitetet me intensitet të lartë që mbështeten shumë në glikogjen. Për të përdorur në mënyrë efektive KD për të përmirësuar performancën e ushtrimeve, është thelbësore të merren parasysh faktorë të tillë si karakteristikat individuale, kohëzgjatja e përshtatjes së dietës, niveli i stërvitjes dhe lloji i ushtrimeve të kryera.



# I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

## PËRFUNDIM

KD, e cila kufizon marrjen e karbohidrateve dhe thekson konsumin e yndyrës dhe proteinave, mund të ndikojë potencialisht në yndyrën e trupit, masën e muskujve dhe performancën e ushtrimeve duke ndryshuar furnizimin me energji të trupit dhe proceset metabolike. Megjithëse provat shkencore nuk janë krijuar ende plotësisht dhe nuk është arritur konsensus akademik. Kur merren parasysh kërkimet e deritanishme, është e rëndësishme të theksohet se efektet afatgjata dhe siguria e KD nuk janë vërtetuar mjaftueshëm. Megjithatë, në afat të shkurtër, KD është provuar të jetë një metodë efektive për reduktimin e yndyrës së trupit dhe ruajtjen e masës muskulore. Ndikimi i KD në stërvitje performanca ndryshon dhe varet nga faktorë individualë, kohëzgjatja e përshtatjes, statusi i stërvitjes dhe lloji specifik i ushtrimit të kryer. Prandaj, nxjerrja e përfundimeve përfundimtare nga të dhënat ekzistuese është sfiduese. Kërkimet e së ardhshmes duhet të kenë prioritet optimizimin e aplikimit të KD në popullata të ndryshme, duke sqaruar mekanizmat e tij themelorë dhe duke vërtetuar efektet e tij afatgjata mbi qëndrueshmërinë dhe sigurinë.

## REFERENCAT:

1. Maffetone PB, Laursen PB. Revisiting the global overfat pandemic. *Front Public Heal.* 2020;8:51.
2. Paoli A. Ketogenic diet for obesity: friend or foe? *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11:2092-107.
3. Streijger F, Plunet WT, Lee JHT, Liu J, Lam CK, Park S, Hilton BJ, Fransen BL, Matheson KAJ, Assinck P, Kwon PK, Tetzlaff W. Ketogenic diet improves forelimb motor function after spinal cord injury in rodents. *PLoS One.* 2013;8:e78765.
3. Bostock ECS, Kirkby KC, Taylor BV, Hawrelak JA. Consumer reports of “keto flu” associated with the ketogenic diet. *Front Nutr.* 2020;7:20.
4. Noto H, Goto A, Tsujimoto T, Noda M. Low-carbohydrate diets and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One.* 2013;8:e55030.
5. Nymo S, Coutinho SR, Jorgensen J, Rehfeld JF, Truby H, Kulseng B, Martins C. Timeline of changes in appetite during weight loss with a ketogenic diet. *Int J Obes (Lond).* 2017;41:1224-31.
6. Badman MK, Kennedy AR, Adams AC, Pissios P, Maratos-Flier E. Very low carbohydrate ketogenic diet improves glucose tolerance in ob/ob mice independently of weight loss. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2009;297:E1197-204.
7. Partsalaki I, Karvela A, Spiliotis BE. Metabolic impact of a ketogenic diet compared to a hypocaloric diet in obese children and adolescents. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2012;25:697-704.
8. Goss AM, Gower B, Soleymani T, Stewart M, Pendergrass M, Lockhart M, Krantz O, Dowla S, Bush N, Barry VG, Fontaine KR. Effects of weight loss during a very low carbohydrate diet on specific adipose tissue depots and insulin sensitivity in older adults with obesity: a randomized clinical trial. *Nutr Metab (Lond).* 2020; 17:64.



## **NË PËRVJETORIN E VDEKJES SË NJË MJEKEJE HEROINË...**

*Pirro FOTIADHI*

Vangjelo Grillo, mjekja që me vetëmohim kalonte pengesat ndonëse pa mjete dhe pa pajisje...

### *Në vend të prologut....*

Nuk janë të pakta rastet, teksa vështirësohen realisht të gjenden dhe artikuloohen fjalët e përshtatshme e të duhura, për të konfiguruar portretin e një Misionareje të heshtur, një heroine fjalëpak e punëshumë. Një Intelektualeje të mirëfilltë, ku cilido spital apo klinikë, do dëshironte ta kishte si pjesëtare të stafit të tij.

Mes nesh, jetojnë individë dhe njerëz zemërmëdhenj, si mjekë të përkushtuar dhe model, tepër humanë e krejt të papërsëritshëm, me shpirt të jashtëzakonshëm, me pasione dhe dëshira për të ofruar jetë, për t'i shërbyer me devocion vetë jetës.

Rrallë mund të hasësh në jetë individë dhe qenie kaq të përkushtuar dhe dashuruar me jetën njerëzore e veçanërisht me vogëlushat. Këtë mision e kryejnë më së miri bluzat e bardha, ose ndryshe Mjekët, ruajtësit e shëndetit tonë. Figura të respektuara, misionarë të përbetuar, individë që humanizmin dhe fisnikërinë e kanë si pjesëz jetike të ekzistencializmit të tyre. Ndër mjeket e para, ndër gratë e spikatura e të shquara të cilat realisht janë simbole dhe monumente të gdhendura, që shndrrisin e vezullojnë, veçojmë Intelektualen brilante Dr.Vangjelo Grillo (Veizi), të parën mjekë Himariote. Një ndër simbolet dhe themelueset e Pediatriisë shqiptare, një mjekë e spikatur për autoritetin, për etikën dhe profesionalizmin e rrallë, që gjithë jetën gjatë 32 viteve karrierë të suksesshme, ia kushtoi si një sfide të këndshme, fëmijëve. Duke u shërbyer me pasion e përkushtim, me mirëbërësinë dhe sakrificat e panumërta, në dritën e vlerave dhe të parimeve, misionit dhe shkencës humane, që ajo për zgjodhi të rrugëtonte në jetën e saj.

### *Rrugëtimi jetësor dhe profesional*

Dr. Vangjelo Grillo, erdhi në jetë më 14 Dhjetor të vitit 1933, në Himarë, në një familje të thjeshtë, por me vlera dhe tradita atdhetare. Vitet e brishta të fëmijërisë dhe arsimimit fillestar të 7-vjeçares i kalon në vendlindjen e saj në Himarë. Arsimin e mesëm e kryen në Politeknikumin Mjekësor në Tiranë, të cilën e përfundon me nota të shkëlqyera. Në vijimësi ajo starton dhe ndjek studimet e larta për mjekësi në Tiranë, duke i përfunduar dhe Diplomuar si Mjeko në vitin 1957. Një vajzë shembullore, tepër e zellshme dhe këmbëngulëse edhe si nxënëse po ashtu edhe si studente, me ambicie për rezultate të larta e cilësore.

Pas diplomimit, Dr. Vangjelo Veizi, në vitin 1958 fillimisht emërohet si mjeke në Himarë, në spitalin e kësaj treve, mandej edhe si Drejtuese e tij, ku shërben dhe kontribuon dinamikisht deri në 1961. Si një e re ambicioze, me vlera dhe virtyte të spikatura, me një vizion për punë dhe veprimtari, me vullnet dhe guxim për shërbim dhe flijim, në të mirën dhe në dobi të jetës dhe të vetë njeriut, ajo fokusohet si misionare e shëndetit. I përkushtohet një modeli të punës sistematike sa të mundishme e po me aq plot sakrifica, duke krijuar kësisoj një prestigj dhe emër dinjitoz në gjithë Trevën e Himarës. Për rrjedhojë, brenda një periudhe të shkurtër kohore ajo fiton simpatinë e gjithë pacientëve, ndonëse duhet pranuar fakti se operonte dhe punonte në kushte tepër të vështira. Gjithsesi, për rishtarët në hapat fillestare të karrierës së tyre profesionale, lipsej natyrisht shumë përpjekje, shumë punë, një këmbëngulje sistematike, që të mund të fitonte përvojën, respektin dhe reputacionin. Në ato hapat e para si mjeke në atë periudhë kohore, Dr. Vangjeloja ishte e vetmja mjeke në gjithë spitalin dhe trevën e Himarës. Për rrjedhojë për hir të shenjtërisë së betimit të saj tek Urdhri i Hipokratit, Dr. Vangjelosë jo pak herë iu desh të përballej dhe angazhohej me të gjitha llojet e sëmundjeve që shfaqeshin. Si një njeri tepër i urtë, shumë e thjeshtë, fjalë-ëmbël në çdo rast eventual ajo dëshmoi formimin e saj, gadishmërinë paraprake, ashtu sikundër edhe u shqua si një mjeke shumë e përqëndruar dhe e vëmendshme, në çdo vizitë mjekësore apo në vizita familjare, për të ofruar ndihmesën në raste emergjente. Duke kontribuar jashtëzakonisht në përkujdesin dhe ruajtjen e shëndetit të himariotëve të thjeshtë, pa përjashtim të të gjitha grupmoshave. Madje paralelisht duke mbuluar në aspektin gjeografik, një hapësirë shtrirjeje më të madhe, përtej kufijve të Himarës, në vijimësinë e bregdetit të Sarandës, Kuçit dhe gjithë reparteve ushtarake që ndodheshin në atë shtrirje të trevës.

Dr. Vangjelo Veizi, qysh në hapat fillestare të rrugëtimit të saj Misionar në Himarë, u fokusua dhe kontribuoi me një përkushtim dhe seriozitet tepër admirues, duke shëruar dhe parandaluar sëmundjen e Melitencës, si një sëmundje problematike e shqetësuese në atë periudhë kohore për trevën e Bregdetit. Ashtu sikundër zhvilloi një punë intensive tepër impresionuese, duke pasur rezultate të dukshme në luftimin dhe parandalimin e tifos apo hepatitit si edhe kundër helmimeve me lëndë me përmbajtje fosforoorganike.

Dr. Vangjeloja, duke sfiduar barrierat e kohës, si një shembull i vetëmohimit, eci dhe shkeli në çdo cep dhe skaj të trevës së Himarës, duke qënë pranë gjithë atyre që e kishin të domosdoshme ndihmën e shpejtë dhe ndërhyrjen e specializuar të saj. Njëherazi, në një periudhë kohore si ajo e dekadës së viteve 60-të, kur specialitetet mjekësore ishin pothuajse jo-ekzistente, mjeku duhej të dinte gjithçka, madje shpesh herë konsultohet edhe për probleme veterinare. Dr. Vangjeloja me mundin dhe përgjegjësinë që e karakterizonte, me shkathtësinë dhe papërtueshmërinë e saj, fitoi një emër të mirë gjithandej, në aspektin e përcaktimit të diagnozave eventuale, në shërbim të menjëhershëm të pacientëve në nevojë.

Gjithësesi, duhet pasur parasysh, se përpos punës së saj të ndërgjegjshme dhe shembullore, gjithçka ishte në rrethana dhe kushte jashtëzakonisht të vështira e të papërceptueshme. Sepse realisht një mjeke e re dhe krejt e papërvojë, përballej me sfida të jashtëzakonshme, pa pasur kushte dhe mundësi minimale, duke mos ekzistuar asnjë lloj laborator, asnjë lloj mjeti transporti, asnjë aparaturë ekzaminimi radiologjik. Ashtu sikundër as edhe një mjek koleg tjetër pranë saj, për mundësi eventuale konsultimi, për shkëmbim mendimesh apo opinionesh. Të gjitha këto barrierat dhe pengesa, Dr. Vangjeloja, mundi t'i kapërcente me shumë sukses, falë thellimit dhe studimit shkencor, që ajo kryente për çdo rast që përballej dhe kërkonte mendimin e specializuar të saj,



madje edhe literaturës së huaj pasur parasysh faktin që ajo zotëronte gjuhët, si: greqisht, italisht, frëngjisht, rusisht, etj...

Në këtë kontekst, duhet përmendur fakti, se një ndihmesë të jashtëzakonshme luajti edhe bashkëpunimi me personelin ndihmës mjekësor të spitalit në Himarë, veçanërisht me infermierin e talentuar Kozma Nesturi (më vonë u nderua dhe laurua si Hero i Punës Socialiste), duke përfutuar nga përvoja e gjatë e tij, ashtu sikundër dhe horizonti që ai posedonte, duke qenë sa më pranë njerëzve që përballeshin me probleme dhe halle njerëzore.

Njëherazi Dr. Vangjeloja, krijoi një bashkëpunim tepër ambicioz dhe perfekt, me figura dhe personalitete të fushës së mjekësisë në qytetin e Vlorës, me mjekë të shquar, si: Irfan Pustina, Pavli Flloko, Kostandin Kauri, Isuf Hysenbegasi ashtu sikundër njëherazi edhe me Profesorët e shquar të pediatriisë në Tiranë, si: Prof. Selaudin Bekteshin dhe Prof. Hamdi Sulçebegun. Me punën e saj këmbëngulëse dhe përkushtuese, me horizontin e gjerë kulturor dhe profesional që e karakterizonte, me fokusimin e saj prioritar, duke përfutuar edhe nga përvoja e një sërë mjekëve të spikatur të asaj periudhe, ajo mundi të fitonte respektin e zemrat jo vetëm të pacientëve dhe familjarëve të tyre, por thuajse të gjithë trevës së Himarës. Të cilët edhe në vijimësinë e ditëve të sotme, duhet theksuar, se e kujtojnë me mirënjohje e nderim krejt të veçantë. Madje edhe duke e pasur si një shtyllë mbështetëse, si njeriun e tyre të afërt, duke kërkuar ndihmesë apo sugjerimin e saj, në halle dhe problematika që ata përballeshin.

Falë kontributit fisnik dhe solidaritetit të kësaj mjekeje të jashtëzakonshme, në vitin 1961, Dr. Vangjelo Veizi e përkrahur dhe mbështetur nga Profesorë dhe titullarë si: Prof. Selaudin Bekteshi, Prof. Hamdi Sulçebegu, dr. Ciril Pistoli dhe dr. Drini Ohri, emërohet në Spitalin Pediatrik të Tiranës si Mjeko Pediatre. Aty tanimë Dr. Vangjeloja, u përball dhe u ndesh me një mjedis tepër të ngrohtë e mikpritës, me një dashamirësi të jashtëzakonshme, nga ish shoqet e saj të Fakultetit, mjeket si: Hrisavgji Reka, Bukurie Maci, dhe mjekët e njohur si Prof. Thoma Kristo, dr. Fina Bitri, dr. Zyhra Hajrullai, dr. Bafturi Mati, dr. Teuta Jovani, dr. Kimete Nikshiqi, dr. Dhurata Nishani.

Për disa vite rradhazi, Dr. Vangjeloja me rreptësinë dhe seriozitetin e etikës mjekësore, si besnike e betimit të Hipokratit, iu përkushtua detyrave dhe përgjegjësisë të saj mjekësore, duke u angazhuar dinamikisht dhe punuar thuajse në të gjitha departamentet respektive të këtij spitali, duke filluar nga vogëlushët 1-vjeçar e deri tek 14-vjeçarët, e duke u angazhuar me kurimin dhe mjekimin e një sërë sëmundjeve të ndryshme e të panumërta jo infektive.

E vlerësuar për sensin e thellë të zbatimit të kompetencave dhe detyrës së saj misionare, të rrënjosur thellë në dashurinë e saj për ato qeniet njerëzore tepër të mitura, pranë dhe në dispozicion të të cilëve Dr. Vangjeloja ishte ditë e natë, në vitin 1966 ajo emërohet në Pavionin e 6-të, në të cilin trajtoheshin dhe shtroheshin moshë e fëmijëve me probleme dhe sëmundje infektive (aerogjene), duke përjashtur natyrisht sëmundjet e hepatitit dhe dizanterisë, duke pasur si Përgjegjëse të Departamentit, Dr. Hena Dino. Ky pavion me afro 60 shtretër, ishte në atë periudhë kohore, me një sëmundshmëri tepër të lartë, me ngarkesa dhe tensione, me fëmijë të sëmurë në shkallë të rënduara e të sforçuara si meningit, sepsis meningokoksike, pertusi me bronkopneumoni, insuficiencë respiratore, encefalopatira, tetanoze, polineurite, difteri, me ndërlikime të theksuara kardiake dhe nervore, me urgjenca tepër të vështira, etj...



## I IN MEMORIAM

Natyrisht që këto sfida, përpos të tjerash kërkonin përgatitje dhe një performancë të jashtëzakonshme, trajnime specifike të kualifikuara, terapi intensive, përkushtim e devotshmëri, studim sistematik të vazhdueshëm.

Prej angazhimit të Dr. Vangjelosë, përtej kufijve të orarit zyrtar, duke qëndruar në krye të detyrës, si një humaniste e zjarrtë, por edhe të kontributit të gjithë personelit ndihmës të pavionit, u mundësua arritja e një sërë sukseseve duke thyer tabu e duke ndikur në shërimin e fëmijëve me episode të rënda.

Falë përpjekjeve titanike rezultative, falë ndihmesës dhe mbështetjes njerëzore, në vitin 1967, Dr. Vangjeloja e vlerësuar për rezultatet dhe performancën e saj, emërohet si Përgjegjëse e këtij Pavioni, të cilin e drejtoi me sukses dhe efektivitet deri në vitin 1978. Pikërisht në këtë kohë, befasisht ajo transferohet padrejtësisht dhe krejt pa asnjë shkak, si mjeke në spitalin infektiv të qytetit të Elbasanit. Edhe tanimë në këtë qytet, Dr. Vangjeloja, ndonëse në kushte të reja dhe krejt të panjohura, mundi të realizonte një punë të përkryer diagnostikuese dhe mjekuese. Duke përjetuar çdo ditë ankthin për shëndetin e fëmijëve, ajo qëndronte natë e ditë në spital, pranë pacientëve, duke mos u lënë përgjegjësinë mjekëve roje, duke i ndjekur dhe i pasur vetë nën kontroll, derisa të kapërcenin fazën kritike në të cilën ndodheshin.

Dr. Vangjeloja, si një emisarë, shqetësimi i së cilës ishte vetëm i sëmuri dhe përkushtimi shkencor për rehabilitimin e tij, duke pasur si destinacion të vetëm të saj, punën e vazhdueshme efektive, në vitin 1970 emërohet si Pedagogë, ku filloi si lektore e njëherazi si e ngarkuar të mbikqyrë dhe drejtojë praktikat mësimore të studentëve. Duke qenë po aq pasionante edhe në misionin e saj si lektore dhe mësimdhënëse, paralelisht me punën në spital, për disa vite, Dr. Vangjeloja inicioi dhe drejtoi me sukses edhe kurset pasuniversitare të mjekëve që specializoheshin në pediatri. Ashtu sikundër ajo ishte e angazhuar dinamikisht, në përgatitjen e pediatrëve infeksionistë, me periudha trajnime kualifikuese 1 vjeçare si edhe cikle 3 mujore. Përpos tyre, një impenjim madhor dhe angazhim maksimal për të ishte edhe kontributi sistematik në përgatitjen e radhës së mjekëve të përgjithshëm, të cilët punonin në qendrat shëndetësore të rretheve, në trajnime me specializime 10 mujore në fushën e pediatriisë. Angazhimet e Dr. Vangjelosë përfshihen edhe në kontribut-dhënien e saj në aspektin shkencor, duke u angazhuar me veprimtari të mirëfilltë, duke referuar në një sërë sesionesh shkencore të mbështetura tek pediatria, jo vetëm në Tiranë, por ashtu sikundër edhe në Korçë apo Elbasan.

Në këtë kontekst, falë backgroundit të saj, falë profesionalizmit edhe objektivitetit, duke mishëruar konceptet e qytetarisë akademike dhe aktive, Dr. Vangjeloja ofron një ndihmesë të spikatur duke botuar një sërë punimesh shkencore në revista apo buletine mjekësore me tematika respektive si “Pertusi me ndërlikime në aparatën e frymëmarrjes dhe atë të sistemit nervor”, studimin “Mbi 208 raste me meningit si edhe sepsis”, Difteria toksike dhe ndërlikimet e saj në aparatën kardiovaskular dhe në sistemin nervor”, “Salmonezat”, “Dy raste me tifo abdominale dhe ndërlikim peritonitis”, “Një rast me leptospirozë ikterohemoragjike”, “Klinika mbi dizanterinë në moshat e fëmijës së gjirit”, “Klinika dhe trajtimi i meningiteve”, “Klinika e poliomielitit tek fëmijët e Elbasanit”, “Meningitet tek latanti në Spitalin e Elbasanit”.

Ashtu sikundër, Dr. Vangjeloja si vizionare, ka udhëhequr me sukses edhe tema diplomash të studentëve e paralelisht ka qenë në rolin e oponentes, në mbrojtjen e titujve dhe disertacioneve



nga ana e mjekëve pediatër. Përpos tyre, me dëshirë dhe vullnet të jashtëzakonshëm, ajo ka kryer recensat e disa botimeve shkencore dhe teksteve Universitare të Pediatriisë. Për disa vite rradhazi, Dr. Vangjeloja ka qenë Anëtare Komisionit të Lartë të Pediatriisë, Konsulente pranë Ministrisë së Shëndetësisë për gjithë fëmijët e Shqipërisë me problematikë sëmundjet infektive. Edhe pas rikthimit nga Elbasani, rishtaz u caktua si Konsulente e gjithë reparteve infektive të pediatriisë të spitaleve të vendit, dhe për të qenë sa më pranë konsultave të domosdoshme, ajo ka udhëtuar e shkelur në të gjitha anët e vendit, në përbërje të ekipeve që krijonte Ministria e Shëndetësisë për raste të ndryshme të epidemive në atë periudhë kohore, duke ofruar një ndihmesë të konsiderueshme në të gjitha spitalet e repartet infektive të rretheve të ndryshme. Me të njëjtin pasion e përkushtim, me të njëjtin temporitëm jetësor, me të njëjtin impuls pozitiv, me të njëjtën buzëqeshje të pakrahasueshme, me të njëjtën sinqeritet e dinjitet, me të njëjtën mirësi, urtësi e mençuri, Dr.Vangjeloja vijoi të kontribuonte dhe spikaste, duke i shërbyer filozofisë Hipokratike në mënyrë rigoroze dhe pa kushte, deri në fundvitin 1989, teksa me kërkesën e saj, ajo doli në pension.

### *Epilog....*

Intelektualja brilante, Dr.Vangjeloja, si njëra prej Koloseve të Pediatriisë Shqiptare, që për 32 vite rradhazi ofroi një kontribut të paçmueshëm, me praninë e përkujdesin human dhe shkencor, u rritën breza e breza, kujtohet me respekt e adhurim edhe në ditët e sotme. Nderohet dhe vlerësohet me dashamirësi kjo mjeke e aftë, e devotshme, e sjellshme, e papërtuar, si tepër fisnike dhe krejt e palodhur.

Sepse përmes Misionit të saj Humanitar, si mjeke Pediatre, me një performancë të shkëlqyer, e fokusuar dhe me dashuri për profesionin e saj, në rrugëtimin e saj të sukseshëm profesional apo jetësor, ajo nuk kërkoi pasurim, por shpirti i saj, u pasurua nga dashuria e pakufi e vogëlueshëve pacientë të saj.

Dr.Vangjelo Grillo (Veizi), si simbol i Madhësisë së heroizmit, të sakrificave, si një emisare Humaniste dhe dritëpërçuese, posedonte një përgatitje të lartë, në aspektin e njohurive teorike dhe praktike e një përvojë të jashtëzakonshme. Falë aftësive të rralla komunikuese me studentët dhe pacientët, me stilin e saj praktik dhe bashkëkohor në mësimdhënie, ashtu sikundër ishte përherë tepër aktive dhe komunikuese me të gjithë.

Si një ithtare e humanizmit dhe mishëruese e solidaritetit, Dr.Vangjelo Grillo (Veizi), ishte një përpos se mjeke edhe një zonjë e rrallë, fisnike, tepër dashmirëse, që dinte të bënte për vete e të injektonte dashuri për profesionin e mjekut. Posedonte një intuitë të rrallë klinike dhe dëshmonte një përkujdesje të jashtëzakonshme për fëmijët. Një pedagoge dhe misionare madhore e sakrificës, inteligjente, me një humor të veçantë që nuk kursehej të ndihmonte e ofronte përvojën e suksesshme tek kolegët më të rinj.

Nuk mund të anashkalohej fakti, duke nënvizuar, se pranë Dr.Vangjelo Grillo (Veizi), me dinjitet dhe mirësi, qëndronte bashkëshorti i saj, Mjeshtri i Madh, shkrimtari i shquar i letërsisë për Fëmijë, modesti Odise Grillo, duke pasur një familje të shkëlqyeshme, së bashku me të dy bijtë e saj, Kostën dhe Anin.



## I IN MEMORIAM

Me vlerësim të thellë dhe mirënjohje të jashtëzakonshme, për Himarioten brilante, Mjekën Pediatre Dr. Vangjelo Grillo (Veizi), e cila meriton respektin e mirënjohje si një mjeke që i kushtoi rininë e gjithë jetën e saj, misionit Hyjnor të Hipokratit, shërimit e rehabilitimit të jetës njerëzore. E cila i përket një plejade të paarrtshme me kontribut-dhënie pa asnjë shpërblim apo interes përfitimi. Kënaqësia saj ishte kur shëronte e kuronte jetën njerëzore.

Gjithë jeta dhe vepra vigane e Heroinës Himariote, Dr. Vangjelo Grillo (Veizi), është pa asnjë mëdyshje, një monument i përkryer mirësie dhe humanizmi, një mirëbërjeje shembullore që respektohet, vlerësohet në mendjen dhe zemrën tona si bashkëkohës, dhe si një shembull i mirë dhe i papërsëritshëm i humanizmit pa kufi, si edhe i bujarisë dhe fisnikërisë.





## Dr. Llambi DILO

1951 – 2024

Më datë 9 Shtator 2024, u nda para kohe nga jeta Kardio-Pediatri Dr. Llambi Dilo.

Dr. Llambi Dilo lindi në qytetin e gurtë të Gjirokastrës më 27 Nëntor 1951, në një familje me tradita patriotike e arsimdashëse. Shkollën e mesme e kreu në Gjirokastrë.

Me mbarimin e shkollës së mesme kreu studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë, pas diplomimit si Mjek i Përgjithshëm në vitin 1975, filloi punë në Libohovë, duke bërë dhe roje në spital për katër vjet.

Në vitet 1979-1980 kreu specializimin në kardiologji pediatrike. Më pas u emërua në Spitalin e Gjirokastrës. E veçanta e punës ishin raste e rënda, delikate, reanimacioni i fëmijëve. Për reanimacionin pediatrik dhe neonatologjik kreu kualifikime në Janinë - Greqi në vitin 1991 dhe Bari të Italisë në vitin 1996. Gjatë qëndrimit në Itali mësoi dhe solli metoda të reja në mënyrën e mjekimit, aparate elektronike të inhalacionit, tenda të mëdha oksigjeni.

Dr. Llambi ishte i pari që aplikoi mjekimin me inhalacion kortizonik dhe antibiotikë të serisë së fundit. Aplikimi i tyre uli vdekshmërinë tek fëmijët e vegjël, pothuaj zero, pas më pak se dhjetë vjetësh.

Tek Dr. Llambi ishin kalitur vlera të rralla si njeri parimor, korrekt, i fjalës dhe i veprave, i përkushtuar dhe i përgjegjshëm për çdo obligim të jetës, në familje e shoqëri ai ishte një thesar i vyer i diturisë që do të na mungojë shumë të gjithëve.

Rritur në një familje intelektuale në lagjen Varosh, djali i Lefter Dilos, studiuësit skrupuloz në letra, në kronologjinë e historikut të Gjirokastrës, themelues i muzeumeve të Gjirokastrës, materiale, që hodhën bazat në ditët e sotme, që Gjirokastra të jetë pjesë e UNESCO-s dhe, të jetë epiqendra e qendrës turistike në nivel kombëtar.

Këtë pasion dhe dëshirë e kishte dhe dr. Llambi, kur doli në pension, për të vazhduar dhe botuar dokumentet e lëna nga babai...

Jeta është një cikël i pashmangshëm dhe mbart në vetvete dete të tëra me dhimbje e gëzime, por kur lë mbrapa gjurmë krenarie me virtyte e dije, atëherë i ke lënë botës një thesar të madh duke u bërë i pavdekshëm për pasardhësit dhe shoqërinë.

***I paharuar do mbetet kujtimi i Tij!***

***Këshilli Rajonal Gjirokastrë, UMSH***



