

Bashkëpunimi mes OJQ-ve të grave dhe
ofruesve të kujdesit shëndetësor.

Një studim krahasues në Ballkanin
Perëndimor dhe Turqi



Funded by the
European Union



Rrjeti European i Grave kundër Dhunës (Women against Violence Europe Network – WAVE) është një rrjet mbarë-evropian me mbi 160 anëtarë (ku përfshihen OJQ të grave, rrjete të OJQ-ve dhe anëtarë individualë) në 46 vende evropiane, të cilët i përkushtohen adresimit dhe parandalimit të dhunës ndaj grave dhe vajzave. Që nga themelimi i tij në vitin 1994, WAVE ka punuar për të promovuar dhe forcuar të drejtat njerëzore të grave dhe fëmijëve, dhe për t'u mundësuar grave e fëmijëve të tyre që të jetojnë të lira nga dhuna, veçanërisht përmes ndërtimit dhe forcimit të një rrjeti të fortë evropian shërbimesh të specializuara mbështetjeje, ekspertësh dhe të mbijetuarash.

ATRIBUTI

Menaxhere Ekzekutive e WAVE Stephanie Futter-Orel
WAVE Team Leader Anca Ciupa

Autor Biljana Brankovic, Konsulente Ndërkombëtare¹, Serbi

Me mbështetjen e Partnerëve të Platformës për Forcimin e Shoqërisë Civile (Civil Society Strengthening Platform – CSSP)

Shqipëri	Rrjeti i Fuqizimit të Gruas në Shqipëri Qendra Aleanca Gjinore për Zhvillim
Bosnja dhe Hercegovina	Foundation United Women Banja Luka
Kosovë*	Women's Wellness Centre
Mali i Zi	SOS Hotline for Women and Children Victims of Violence- Niksic
Maqedonia e Veriut	National Network to end VAW and DV – Voice against violence
Serbia	Association Fenomena
Turqia	Mor Çatı Women's Shelter Foundation

Dizajn grafik Monika Medvey
Zyra e Rrjetit WAVE Bacherplatz 10/6, 1050, Vjenë, Austri

www.WAVE-network.org

<https://cssplatform.org/>

Data e publikimit: Janar 2022

Ky publikim është prodhuar me mbështetje financiare nga Bashkimi Evropian. Përmbajtja e tij është përgjegjësi vetëm e WAVE dhe nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet e Bashkimit Evropian.

Përmbajtja e këtij publikimi nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet e UN Women, Bordit të saj Ekzekutiv apo Shteteve Anëtare të Kombeve të Bashkuara. Emërtimet në këtë publikim nuk nënkuptojnë një opinion mbi statusin ligjor të asnjë vendi apo territori, apo të autoriteteve të tij, apo përcaktimin e kufijve. Teksti nuk është redaktuar sipas standardeve zyrtare të botimit dhe UN Women nuk mban asnjë përgjegjësi për gabime.

*Për Bashkimin Evropian, ky emërtim nuk cenon pozicionet mbi statusin, dhe është në përputhje me UNSCR 1244/1999 dhe me Opinionin e ICJ mbi deklaratën e pavarësisë së Kosovës. Për UN Women, referencat ndaj Kosovës do të kuptohen si brenda kontekstit të Rezolutës së Këshillit të Sigurimit të OKB 1244 (1999).

¹Biljana Brankovic është gjithashtu anëtare e GREVIO. Megjithatë, ajo e ka hartuar këtë dokument në kapacitetin e saj personal si Konsulente e Pavarur, jo në kapacitetin e saj zyrtar si anëtare e GREVIO, kështu që opinionet e shprehura këtu nuk mund t'i atribuohen GREVIO-s në tërësi.

TABELA E PËRMBAJTJES

PARATHËNIE.....	4
HYRJE	5
QËLLIMI I VLERËSIMIT KËRKIMOR	8
METODOLOGJIA	10
REZULTATET E VLERËSIMIT KËRKIMOR.....	10
A. PËRSHKRIMI I SITUATËS: VLERËSIMI I BASHKËPUNIMIT MES OFRUESVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR DHE OJQ-VE TË GRAVE BRENDA KONTEKSTIT MË TË GJERË TË PËRGJIGJES SË KOORDINUAR MIDIS DISA AGJENCIVE NDAJ RASTEVE TË DHUNËS.....	10
B. BASHKËPUNIMI MES OJQ-VE TË GRAVE DHE SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR:PËRVOJAT ME REFERIMIN E VIKTIMAVE TEK OJQ-TË NGA SHËRBIMET SHËNDETËSORE.....	13
C. BASHKËPUNIMI ME PROFESIONISTËT E SHËNDETIT MENDOR, DHE OFRIMI I KËSHILLIMIT PSIKOLOGJIK AFATGJATË PËR TË MBIJETUARAT E DHUNËS BRENDA SISTEMIT PUBLIK TË KUJDESIT SHËNDETËSOR	15
D. PROTOKOLLET QË RREGULLOJNË DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË E PUNONJËSVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR NË RASTET E DHUNËS NË FAMILJE DHE DHUNËS SEKSUALE	20
E. IMPLEMENTIMI I PROTOKOLLEVE QË RREGULLOJNË DETYRAT DHE PËRGJEGJËSITË E PUNONJËSVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR	22
<i>E1. Përvojat e viktimave me kërkimin e ndihmës në institucionet e kujdesit shëndetësor.....</i>	<i>22</i>
<i>E2. Dokumentimi i lëndimeve në një rast të dhunës në familje</i>	<i>27</i>
<i>E3. Kontributi i profesionistëve shëndetësorë në ndjekjen penale të efektshme të çështjeve të dhunës seksuale.....</i>	<i>30</i>
F. SI FUNKSIONON NË PRAKTIKË PËRGJIGJJA E KOORDINUAR MIDIS DISA AGJENCIVE NDAJ DHUNËS NË FAMILJE: RASTI I SHQIPËRISË –RAPORTI FILLESTAR I VLERËSIMIT I GREVIO-S.....	32
G. A KA ÇUAR PANDEMIA E COVID-19 NË SHTIMIN E RASTEVE TË DHUNËS NË FAMILJE DHE/OSE DHUNËS SEKSUALE TË RAPORTUARA TEK OJQ-TË E GRAVE?	34
H. TRAJNIMET PËR PROFESIONISTËT E KUJDESIT SHËNDETËSOR TË ORGANIZUARA NGA OJQ-TË E GRAVE: NJË BAZË E QËNDRUESHME PËR FORCIMIN BASHKËPUNIMIT NË TË ARDHMEN	37
I. QASJA E VIKTIMAVE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR: ÇFARË MUND TË NA THONË TË DHËNAT DHE SI MUND TË PËRDOREN ATO NGA OJQ-TË	40
KOMENTET PËRMBYLLËSE	43
SHTOJCË.....	46

PARATHËNIE

Puna e koordinuar midis disa agjencive është zhvilluar në shumë vende evropiane gjatë dekadave të fundit. Partneritete të tilla janë shumë të rëndësishme dhe kanë forma e qëllime të ndryshme lidhur me përmirësimin e përgjigjes ndaj dhunës kundër grave dhe dhunës në familje. Bashkëpunime të tilla e kanë praktikë të zakonshme punën në nivel strukturor; duke shkëmbyer përvoja, duke ndërmarrë veprime të përbashkëta, duke ofruar trajnime dhe aktivitete për të përmirësuar bashkëpunimin.

Bashkëpunimi midis shumë agjencive është një mjet i efektshëm në reduktimin e viktimizimit të përsëritur dhe përmirësimin e besimit të të mbijetuarave në shërbimet e ofruara duke siguruar që viktima të mbështetet siç duhet nga një sistem mbështetjeje për gratë. Këto partneritete duhet të punojnë së bashku për t'i përfshirë dhe angazhuar të mbijetuarat përmes shërbimeve të tyre të mbështetjes, dhe procesi duhet të jetë sa më fuqizues që të jetë e mundur për gruan. E drejta e saj për të marrë vendime për jetën e saj duhet të respektohet dhe nuk duhet marrë asnjë vendim që mund ta rrezikojë më tej atë.

Meqenëse ofruesit e kujdesit shëndetësor janë një hallkë kyçe dhe shpëtimtare në lidhjen e grave të dhunuara nga meshkujt me shërbimet e specializuara për gratë, qëllimi i përgjithshëm i projektit aktual është të analizojë se si OJQ-të e grave në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi e vlerësojnë bashkëpunimin me ofruesit e kujdesit shëndetësor, pasi ky bashkëpunim është i domosdoshëm për ofrimin e shërbimeve cilësore të mbështetjes. Për të rritur cilësinë e shërbimeve të specializuara të mbështetjes që u jepen viktimave të dhunës nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe OSHC-të e grave, rrugët e referimit midis këtyre palëve të interesit duhet të forcohen dhe atje ku këto lidhje nuk ekzistojnë, duhet të ndërtohet një bashkëpunim funksional midis OSHC-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor.

Impakti i pandemisë së COVID-19 mbi shërbimet e specializuara për viktimat dhe të mbijetuarat e dhunës në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi ka prekur edhe bashkëpunimin shumë-sektorial, specifikisht midis ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe OSHC-ve të grave që u japin mbështetje grave viktima të dhunës. OSHC-të e grave në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi e kanë identifikuar bashkëpunimin shumë-sektorial si të vështirë gjatë pandemisë, dhe ndërprerja e tij ka pasur një impakt të drejtpërdrejtë te gratë dhe vajzat, duke e ngadalësuar aftësinë e të mbijetuarave për t'iu qasur shërbimeve dhe për të kërkuar ndihmë. Bashkëpunimi shumë-sektorial mes OSHC-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor ka qenë i vështirë edhe gjatë kohërave normale dhe pandemia vetëm sa i ka përkeqësuar këto probleme. Mungesa e bashkëpunimit midis shumë agjencive dhe/ose një bashkëpunim i paqëndrueshëm është identifikuar nga të gjithë përfituesit e IPA të mbështetur nga programi UN Women.

Ky vlerësim kërkimor është hartuar me qëllimin që të kontribuojë në zhvillimin dhe/ose rritjen e bashkëpunimit midis OSHC-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor.

Ky vlerësim është kryer si pjesë e projektit të BE/UN Women "Forcimi i mekanizmave koordinues multisektorial dhe ndërinstytucional, aftësitë e ofruesve të shërbimeve të OSHC-ve për ofrimin e shërbimeve online dhe rolet e të rinjve në parandalimin e dhunës në të gjithë Ballkanin Lindor dhe Turqi", si pjesë e programit rajonal të UN Women për dhënien fund dhunës ndaj grave 'Zbatimi i Normave, Ndryshimi i Mendësive', financuar nga Bashkimi Evropian.

HYRJE

Lufta kundër dhunës së meshkujve ndaj grave dhe vajzave kërkon një bashkëpunim të gjerë ndërmjet disa agjencive si pjesë e një përqasjeje të integruar— ky është një nga parimet më të rëndësishme të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje, që njihet gjithashtu si Konventa e Stambollit. Në Nenin 18 (Detyrime të përgjithshme), Konventa e Stambollit kërkon një përqasje gjithëpërfshirëse dhe me koordinim midis shumë agjencive që do të thotë, *inter alia*, se duhet të jenë në fuqi mekanizma të përshtatshëm që sigurojnë bashkëpunim të efektshëm mes agjencive përkatëse shtetërore si dhe enteve të tjera përkatëse, në mbrojtjen e viktimave të të gjitha formave të dhunës që mbulohen nga kjo konventë. Termi “mekanizëm”, siç theksohet në Raportin Shpjegues të konventës (paragrafi 113), i referohet çdo strukture zyrtare apo jozyrtare si protokollet e dakortësuara, tryezat e rrumbullakëta apo çdo metodë tjetër që u mundëson një numri profesionistësh të bashkëpunojnë në një mënyrë të standardizuar.

Bashkëpunimi mes palëve të ndryshme të interesit për ofrimin e një përgjigjeje gjithëpërfshirëse ndaj dhunës së meshkujve kundër grave ka ndeshur në pengesa të shumta në Evropë, siç tregohet qartë në literaturën përkatëse dhe në raportet vlerësuese të GREVIO-s mbi implementimin e Konventës së Stambollit. Ky bashkëpunim është bërë edhe më i ndërlikuar në kontekstin e pandemisë së COVID-19. OJQ-të e grave në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi e kanë identifikuar bashkëpunimin shumë-sektorial si problematik gjatë pandemisë dhe ndërprerja e tij ka patur një impakt të drejtpërdrejtë tek gratë dhe vajzat, duke ngadalësuar procesin e ofrimit të ndihmës për gratë viktime të dhunës.² Bashkëpunimi shumë-sektorial mes OSHC-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor ka qenë i vështirë edhe gjatë kohërave normale dhe pandemia vetëm sa e ka përkeqësuar këtë problem.

Meqenëse ofruesit e kujdesit shëndetësor janë një hallkë kyçe dhe shpëtimtare në lidhjen e grave të dhunuara nga meshkujt me shërbimet e specializuara për gratë, qëllimi i përgjithshëm i projektit aktual është të përmirësojë bashkëpunimin shumë-sektorial midis OSHC-ve të grave dhe sidomos mes OSHC-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor, pasi një bashkëpunim i tillë është i domosdoshëm në ofrimin e shërbimeve cilësore të mbështetjes. Për të rritur cilësinë e shërbimeve të specializuara të mbështetjes që u ofrohen viktimave të dhunës nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe OSHC-të e grave, rrugët e referimit midis këtyre palëve të interesit duhet të forcohen dhe atje ku këto lidhje nuk ekzistojnë, duhet të ndërtohet një bashkëpunim funksional mes OSHC-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor.

Siç theksohet në literaturën ndërkombëtare si dhe në raportet bazë të GREVIO-s mbi implementimin e Konventës së Stambollit, ndërtimi i një bashkëpunimi efikas ndërmjet disa agjencive kërkon (krahas një baze të shëndoshë ligjore) procedura të qarta dhe ndarje të qartë të përgjegjësive për çdo agjenci/organizatë të veçantë që merr pjesë në përgjigjen e koordinuar mes disa agjencive. Mënyra më e mirë për të arritur një qartësi të tillë është përmes protokolleve specifike që rregullojnë sa më sipër. Duke pasur parasysh këtë, bashkëpunimi mes OJQ-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor nuk duhet të shihet “i izoluar” nga segmentete tjera të përqasjes me pjesëmarrjen e disa agjencive. Ndonëse ky studim fokusohet në bashkëpunimin mes OJQ-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor, ky bashkëpunim është vlerësuar brenda kontekstit më të gjerë të një përgjigjeje të koordinuar shumë-sektoriale, e cila përfshin palë të ndryshme të interesit, siç kërkohet nga konventa.

² Raporti i UN Women: https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/05/unë_covid-vaw_report_final.pdf?la=en&vs=5317

Sfidat e lindura nga pandemia e COVID-19

Mbrojtja e viktimave u bë më e vështirë gjatë pandemisë së COVID-19, siç tregohet nga deklaratat dhe raportet zyrtare të mekanizmave monitorues për të drejtat njerëzore të grave³. Është ende e vështirë të përcaktohen efektet e pandemisë tek mundësia për t'i mbrojtur gratë viktimat të dhunës. Siç thuhet në Raportin e Dytë të Përgjithshëm mbi veprimtarinë e GREVIO-s (2021)⁴, raportet fillestare të vlerësimit të GREVIO-s të publikuara deri më tani nuk i pasqyrojnë ende pasojat e drejtpërdrejta dhe jo të drejtpërdrejta të pandemisë së COVID-19 mbi gratë dhe vajzat. Megjithatë ky dimension theksohet në vlerësimet dhe raportet fillestare vlerësuese të GREVIO-s që janë në vazhdim. Pavarësisht kësaj, është e qartë që kufizimet mbi lëvizjen dhe masat e izolimit social të ndërmarra nga qeveritë si rezultat i pandemisë së COVID-19 kanë çuar përgjithësisht në një rritje eksponenciale të dhunës ndaj grave, duke përfshirë dhunën në familje dhe dhunën seksuale si përdhunimi, si dhe një shtim të vrasjeve të grave për shkak të gjinisë⁵.

Disa shtete palë janë përpjekur t'u përshtaten me shpejtësi sfidave që ka sjellë pandemia dhe të garantojnë vazhdimësinë, sa më shumë të jetë e mundur, të ofrimin të shërbimeve për viktimat. Për më tepër, pandemia e COVID-19 ka nxitur në shtete të caktuara gjetjen e disa zgjidhjeve pozitive dhe/ose kreative në fushën e shërbimeve të specializuara të mbështetjes dhe dhënies së informacionit. Si shembull, disa vende i kanë cilësuar zyrtarisht shërbimet e emergjencës dhe masat mbrojtëse për viktimat e dhunës ndaj grave si prioritetet themelore gjatë krizës së COVID-19⁶. Një numër shtetesh kanë përdorur gjithashtu mënyra inovative për informimin e viktimave lidhur me shërbimet dhe ndihmën, si linjat e ndihmës me SMS, përdorimi i fjalëve të koduara në farmaci dhe një rritje e shërbimeve të mbështetjes online. Si Franca, ashtu edhe Spanja, kanë krijuar një skemë që u lejon viktimave të përdorin një fjalë të koduar në farmaci dhe dyqane të tjera për të marrë këshilla dhe informacion se ku mund të gjejnë ndihmë.

Megjithatë, përgjithësisht **pandemia ka hedhur dritë mbi hendeqe paraekzistuese të identifikuar që më parë nga GREVIO në fushën e shërbimeve të specializuara, duke i zmadhuar ato dhe/ose duke krijuar mangësi të reja**. Bazuar në raportet e dorëzuara nga Shtetet Anëtare të Këshillit të Evropës si përgjigje ndaj një thirrjeje për informacion nga ana e Komisionit për Barazi Gjinore dhe Komitetit të Palëve të Konventës së Stambollit⁷, rezultoi se për sa i përket aksesit në strehëza, janë

³ GREVIO publikoi një deklaratë më 20 mars 2020, ku u bënte thirrje palëve të Konventës së Stambollit që të vazhdonin t'i zbatonin standardet e saj gjatë pandemisë së COVID-19 pasi "kufizimet në lëvizje u ofrojnë abuzuesve fuqi dhe kontroll të mëtejshëm mbi gratë dhe vajzat me të cilat jetojnë", duke theksuar se kurrë më parë nuk ka qenë më e madhe nevoja për të garantuar që shërbimet e mbështetjes të jenë të disponueshme dhe që gratë e vajzat të kenë informacion se ku mund të gjejnë ndihmë. Më 14 korrik 2020, GREVIO iu bashkua Platformës së Mekanizmave të Pavarur për Eliminimin e Diskriminimit dhe Dhunës ndaj Grave (Platforma EDVAË), e cila përbëhet nga shtatë mekanizma ekspertësh rajonalë dhe të Kombeve të Bashkuara, në thirrjen e përbashkët drejtuar të gjitha shteteve dhe grupeve të interesit në mbarë botën që të garantonin "paqe në shtëpi" gjatë izolimeve për shkak të pandemisë së COVID-19 dhe ta integronin eliminimin e diskriminimit dhe dhunës me bazë gjinore kundër grave në fazën e rekuperimit nga COVID-19 si dhe përtej saj. Deklarata nënvizon se, teksa shtetet vendosën izolim kombëtar për të luftuar pandeminë e COVID-19, bota pa një rritje dramatike të rasteve të dhunës në familje, duke përfshirë dhunën nga partneri intim, dhunën seksuale dhe femicidin, duke kërkuar që shtetet të ndërmarrin hapa urgjentë për ta luftuar këtë pandemi brenda një pandemie.

⁴GREVIO – Group on Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (2021). *The Second General Report on GREVIO's activities, covering the period from June 2019 to December 2020*. Strasbourg: Council of Europe

⁵Shih Deklaratën e përbashkët nga Raportuesi Special dhe Platforma EDVAË e mekanizmave për të drejtat e grave mbi COVID-19 dhe rritjen e dhunës e diskriminimit ndaj grave, COVID-19 dhe rritjen e dhunës me bazë gjinore dhe diskriminimit ndaj grave

⁶ Shih Cristina Oddone: Eksperte për dhunën me bazë gjinore dhe studiuese e asociuar në Universitetin e Strasbourg (2020). Violence against Women and girls before, during and after COVID-19: the shadow pandemic that must be addressed, Synthesis report of the Council of Europe webinar on the Istanbul Convention held on 20 May 2020, France, p. 5, gjenden në: www.coe.int/en/web/istanbul-convention/webinar.

⁷Gjendet në www.coe.int/en/web/genderequality/promoting-and-protecting-Women-s-rights

vënë në dispozicion fonde të pamjaftueshme për të siguruar që të gjitha viktimave t'u ofrohet një strehë e sigurt gjatë pandemisë. Gjithashtu, veçanërisht shqetësuese kanë qenë mangësitë në akomodimin e përshtatur për nevojat e grave apo fëmijëve me aftësi të kufizuara. **Problemet e fondeve të pamjaftueshme për shërbimet e specializuara të grave (SHSG)**të tilla si strehat, dhe mungesa e kapaciteteve të krevateve për gratë dhe fëmijët që largohen nga dhuna në familje kanë qenë goxha të konsiderueshme edhe përpara pandemisë. Fatkeqësisht, edhe pse pandemia çoi në një rritje të nevojës për këto shërbime, disa qeveri (veçanërisht ato që janë kryesisht konservatore apo me tendenca politike të djathta) i kanë reduktuar edhe më shumë fondet për SHSG me pretekstin se nevojiteshin burime më të mëdha financiare për të adresuar pandeminë e COVID-19. Por kjo përjasje është shumë dritëshkurtër dhe me motive të qarta politike, pasi SHSG janë shërbime shëndetësore thelbësore.

Shërbimet e specializuara për gratë garantojnë shëndetin mendor dhe fizik, dhe në shumë raste edhe mbijetesën, e grave dhe fëmijëve që përfshijnë dhunën, si dhe garantojnë që ato të mund të dalin nga këto rrethana dëmtuese të jetës deri në 8 herë më shpejt sesa përmes shërbimeve të përgjithshme shtetërore. **Studime⁸ nga disa vende (p.sh. Mbretëria e Bashkuar, Italia dhe Danimarka) kanë treguar se SHSG gjithashtu u kursejnë shteteve dhe shoqërisë shuma të konsiderueshme parash çdo vit, domethënë për çdo €1 fonde të investuara në SHSG, ato i kthejnë shoqërisë mesatarisht €6-8 në vlerë shoqërore.** Kjo llogaritjet duke pasur parasysh kursimin e kostove të policimit, ndërhyrjeve të shërbimeve sociale, strehimit të emergjencës, trajtimeve spitalore dhe të kujdesit shëndetësor dytësor për shkak të lëndimeve, orëve të humbura të punës për shkak të lëndimeve apo traumës, dhe mbi të gjitha, kostove të konsiderueshme njerëzore të vuajtjes, traumës, lëndimit dhe pasojave të përjetimit të abuzimit dhe dhunës, pasoja që shpesh zgjasin gjithë jetën.

Siç deklarohet më tej në Raportin e Dytë të Përgjithshëm mbi veprimtaritë e GREVIO-s (2021)⁹, **gjatë pandemisë është raportuar gjithashtu një rritje në numrin e telefonatave në linjat e ndihmës**, paralelisht me përdorimin e mjeteve të reja online që u lejojnë viktimave të kërkojnë ndihmë në mënyrë diskrete. Megjithatë, kjo rritje në numrin e kërkesave për ndihmë nuk ka përkuar me një rritje në burime njerëzore që do t'u lejonte organizatave të shoqërisë civile që i menaxhojnë këto linja t'u përgjigjen telefonatave dhe t'i ndihmojnë viktimat në mënyrë të efektshme. Për më tepër, zgjidhjet e reja online nuk janë lehtësisht të aksesueshme për të gjitha gratë, duke përfshirë gratë e moshuara apo me aftësi të kufizuara. Është ngritur gjithashtu si shqetësim qasja në shërbimet shëndetësore të specializuara, veçanërisht për viktimat e përdhunimit dhe dhunës seksuale, duke i përkeqësuar edhe më tej barrierat specifike që ekzistojnë për këtë grup viktimash që përpara pandemisë. **Ndikim të njëjtë negativ ka pasur edhe në shërbimet e shëndetit mendor**, siç theksohet në Vlerësimin e Shpejtë Gjinnor të UN Women ku matet impakti i COVID-19 mbi dhunën ndaj grave në 13 shtete¹⁰. Në përgjithësi, shoqëria civile ka vënë në dukje pamjaftueshmërinë e fondeve për të gjitha llojet e shërbimeve të specializuara të mbështetjes gjatë pandemisë. Gjithashtu është ndikuar edhe qasja në shërbimet shëndetësore për gratë, veçanërisht shërbimet e shëndetit seksual dhe riprodhues, gjë që ka pasur impakt negativ në shëndetin e nënave dhe fëmijëve.

Ka edhe burime të tjera që tregojnë për pasojat e pandemisë në fushën e ofrimit të shërbimeve. Kjo çështje u trajtua në uebinarin e organizuar së fundmi nga Këshilli i Evropës me titull "Dhuna ndaj grave dhe vajzave para, gjatë dhe pas COVID-19: pandemia hije që duhet adresuar". Raporti i

⁸https://safelives.org.uk/sites/default/files/A%20Safe%20Fund%20costing%20domestic%20abuse%20provision%20for%20the%20whole%20family%20in%20England%20and%20Wales_0.pdf

⁹ op.cit.

¹⁰Gjendet në: <https://data.unWomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measuring-shadow-pandemic.pdf>

uebinarit vë në dukje se masat kufizuese të marra në përgjigje të pandemisë kanë shkaktuar një sërë efektsh që përkeqësojnë format ekzistuese të diskriminimit ndërseksional në bazë të gjinisë, gjendjes sociale, përkatësisë etnike, vendndodhjes gjeografike, moshës dhe aftësisë së kufizuar, ndër të tjera. Raporti thekson gjithashtu ndikimin negativ që ka pasur pandemia në dhunën ndaj grave, si rritja e dhunës online apo dhunës së lehtësuar nga teknologjia, shoqëruar me mundësi të kufizuara për viktimat që të marrin ndihmë të menjëhershme dhe të raportojnë, si dhe një përgjigje të kufizuar institucionale në lidhje me këtë lloj dhune.¹¹ Për më tepër, raporti sjell në vëmendje detyrimet e shteteve gjatë pandemisë COVID-19, njëkohësisht duke risjellë në kujtesë disa përgjigje pozitive institucionale gjatë krizës, siç është vendimi i disa shteteve për t'i përcaktuar si prioritete disa shërbime dhe masa mbrojtëse.

QËLLIMI I VLERËSIMIT KËRKIMOR

Qëllimi i përgjithshëm i këtij vlerësimi që përfshin disa shtete është të analizojë **bashkëpunimin midis OJQ-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor** (si qendrat e kujdesit parësor shëndetësor, spitalet, repartet e urgjencës, qendrat e shëndetit mendor, ndër të tjera) në Shqipëri, Bosnje dhe Hercegovinë, Kosovë, Mal të Zi, Maqedoninë e Veriut, Serbi dhe Turqi, duke përfshirë sfidat që kanë lindur nga pandemia. Në mënyrë që të vlerësohet bashkëpunimi ndërmjet OJQ-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor, është gjithashtu e rëndësishme të vlerësohet kapaciteti dhe cilësia e shërbimeve shëndetësore për gratë e mbijetuara të dhunës. Mënyra se si të mbijetuarat e dhunës mbështeten nga ofruesit e kujdesit shëndetësor është një tregues i rëndësishëm i përgjigjes së përgjithshme ndaj DHNG dhe DHF, por edhe i ndjekjes penale të dhunuesve. Duhet theksuar më tej se ky studim mbështetet në perspektivën e OJQ-ve të grave dhe në mënyrën se si ato e perceptojnë bashkëpunimin me shërbimet shëndetësore (profesionistët mjekësorë nuk janë përfshirë në studim). Më konkretisht, ky hulumtim synon:

- **Të analizojë cilësinë e bashkëpunimit¹² midis OJQ-ve të grave dhe institucioneve të kujdesit shëndetësor brenda kontekstit më të gjerë të përgjigjes shumë-sektoriale ndaj dhunës, si dhe të vlerësojë përgjigjen e ofruesve të kujdesit shëndetësor ndaj DHNG dhe DHF, duke u fokusuar në:**
 - a) **Rrugët e referimit** – a e përdorin profesionistët mjekësorë mundësinë për t'i referuar viktimat në OJQ-të e grave, në mënyrë që ato të mund të marrin mbështetje dhe ndihmë të specializuar, dhe a kanë firmosur OJQ-të e grave protokolle apo mekanizma të tjerë zyrtarë të bashkëpunimit me institucionet e kujdesit shëndetësor që mund ta lehtësojnë referimin;
 - b) **Bashkëpunimin me profesionistët e shëndetit mendor** (psikologët, psikoterapistët, psikiatrit) dhe mundësitë e viktimave për të marrë këshillim afatgjatë psikologjik në sektorin e kujdesit publik shëndetësor;
- **Të shqyrtojë se çfarë lloj protokolle/udhëzimesh janë në fuqi për ofruesit e kujdesit shëndetësor kur mbështesin gratë viktime të dhunës në familje dhe dhunës seksuale¹³;**

¹¹ Shih: Cristina Oddone: Eksperte për dhunën me bazë gjinore dhe studiuese e asociuar në Universitetin e Strasbourg, Francë (2020). Dhuna kundër grave dhe vajzave para, gjatë dhe pas COVID-19: pandemia hije që duhet të adresohet (Violence against Women and girls before, during and after COVID-19: the shadow pandemic that must be addressed), Raport sintezë i uebinarit të Këshillit të Evropës mbi Konventën e Stambollit të mbajtur më 20 maj 2020, gjendet në: www.coe.int/en/web/istanbul-convention/webinar

¹² Për qëllimin e këtij hulumtimi, cilësia e bashkëpunimit është analizuar përmes lentes së vlerësimit të përgjithshëm të OJQ-ve të grave për këtë bashkëpunim, bazuar në shkallën Likert.

¹³ Për ta bërë studimin feasible, vendosëm të fokusohemi në përvojat e viktimave të dhunës në familje dhe dhunës seksuale, jo në të gjitha format e dhunës që mbuloohen nga Konventa, duke marrë parasysh se OJQ-të e grave– partnerët

- **Të vlerësojë implementimin e këtyre protokolleve** (atje ku ekzistojnë) në praktikë, duke:
 - a) Analizuar **eksperiencat e grave viktime të dhunës në familje dhe asaj seksuale bazuar në mbështetjen e ofruar nga profesionistët shëndetësorë;**
 - b) Vlerësuar se a **përdorin mjekët formularë të standardizuar për të dokumentuar plagosjet e shkaktuara nga dhuna në familje**, dhe si e në çfarë rrethanash ofrojnë ekzaminim mjekoligjor në rastet e dhunës seksuale. Të kuptuarit se si dokumentohen formularët e standardizuar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor kontribuon në mbështetjen e mundshme ligjore që OJQ-të e grave mund t'u ofrojnë të mbijetuarave të dhunës por edhe në aspekte të mundshme ku këto OJQ mund të fokusohen kur trajtojnë ofruesit e kujdesit shëndetësor;
 - c) Shqyrtuar a **kontribuojnë në praktikë mjekët në ndjekjen penale të efektshme të rasteve të dhunës seksuale**. Analiza e mangësive në implementimin e protokolleve ka për qëllim gjithashtu identifikimin e fushave ku OJQ-të e grave mund ta forcojnë bashkëpunimin me profesionistët mjekësorë dhe/ose të advokojnë për ndryshime në protokollin ekzistues. Për më tepër, këto segmente të analizës kanë si qëllim të verifikojnë nëse një nga nenet më të rëndësishme të Konventës së Stambollit implementohet në praktikë – Neni 18, paragrafi 4 udhëzon që shërbimet për viktimat (duke përfshirë, për shembull, ekzaminimin mjekoligjor) duhet të ofrohen pavarësisht nga gatishmëria e viktimave për të ngritur akuza apo për të dëshmuar kundër një dhunuesi.
- **Të përcaktojë nëse OJQ-të e intervistuarat për këtë vlerësim kanë regjistruar një rritje në numrin e rasteve të dhunës që u janë raportuar atyre në përgjithësi gjatë pandemisë** (në krahasim me periudhën para pandemisë) si dhe çfarë lloj mbështetjeje u është ofruar viktimave nga këto OJQ gjatë pandemisë;
- **Të identifikojë aspekte pozitive** të bashkëpunimit mes ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe OJQ-ve të grave në fushat e specifikuar më sipër, **si dhe ndonjë mangësi të mundshme**. Hartëzimi i praktikave (potencialisht) premtuese dhe mangësive në rajon do t'u mundësojë partnerëve të WAVE dhe CSSP që të hartojnë aktivitete dhe një strategji që të mund t'i adresojë mungesat e identifikuarat. Për të identifikuar praktika potencialisht premtuese dhe mangësi, si dhe për të ilustruar aspekte të ndryshme të bashkëpunimit me ofruesit e kujdesit shëndetësor në fushat e përmendura më sipër, OJQ-ve që kanë plotësuar pyetësinë është kërkuar të shkruajnë një përshkrim të shkurtër të rasteve të dhunës nga përvoja e tyre. Pra janë përdorur disa elemente të metodologjisë cilësore. Këta shembuj/përshkrime të shkurtra të rasteve janë cituar në këtë raport.

Në përfundim, për të eksploruar mundësitë për përmirësimin e bashkëpunimit mes OJQ-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor në të ardhmen, janë analizuar edhe **dy çështje të tjera**:

- A e kanë OJQ-të e grave përvojën dhe kapacitetin për të organizuar **trajnime** për profesionistët mjekësorë, dhe nëse po, a mund të përdoren këto trajnime si bazë për një bashkëpunim të ardhshëm;
- A kanë shtetet sisteme të **mbledhjes së të dhënave mbi qasjen e viktimave në kujdesin shëndetësor** (siç kërkon Konventa e Stambollit), dhe nëse po, a mund të përdoren këto të

kombëtarë në këtë studim kryesisht punojnë me viktimat e dhunës në familje, dhe me raste, me viktimat e dhunës seksuale.

dhëna nga OJQ-të e grave për monitorim, raporte "hije"dhe/ose për qëllime të tjera advokuese.

METODOLOGJIA

Për qëllimin e këtij studimi është krijuar një pyetësor nga konsulentja e jashtme Biljana Brankovic, i cili u është dërguar partnerëve kombëtarë në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi, për të garantuar që të dhënat dhe informacioni i disponueshëm të mblidhet nga partnerët bazuar në një metodologji të unifikuar, si dhe për të mundësuar një krahasim midis shteteve të ndryshme. Treguesit e krijuar (shih Shtojcën e këtij studimi)për qëllimin e këtij pyetësori janë nxjerrë duke u bazuar në dispozitat përkatëse të Konventës së Stambollit.

Pyetësori që u është dërguar partnerëve kombëtarë në të shtatë vendet përfshinte pesë pjesë, konkretisht: bashkëpunimi ndërmjet institucioneve shëndetësore dhe OJQ-ve të grave, përvojat e viktimave të DHF/DHS në institucionet shëndetësore, ligji specifik për dhunën në familje dhe dispozitat ligjore për detyrat e profesionistëve mjekësorë, Protokollat e Përgjithshme dhe/ose të Veçanta që rregullojnë detyrat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në rastet e DhF/DHS, dhe të dhënat për aksesin e viktimave të DHF dhe DHS në kujdesin shëndetësor. OJQ-ve që plotësuan pyetësorin iu kërkua t'u përgjigjen gjithsej 46 pyetjeve, disa prej të cilave ishin të hapura. Janë përdorur edhe elementë të caktuar të metodologjisë cilësore; organizatave që iu përgjigjen pyetësorit iu kërkua të jepnin **shembuj të përvojave të viktimave me shërbimet e kujdesit shëndetësor, d.m.th. të shkruanin histori të shkurtra** ("studime rasti" të vogla) ku përshkruhen përvoja të tilla.

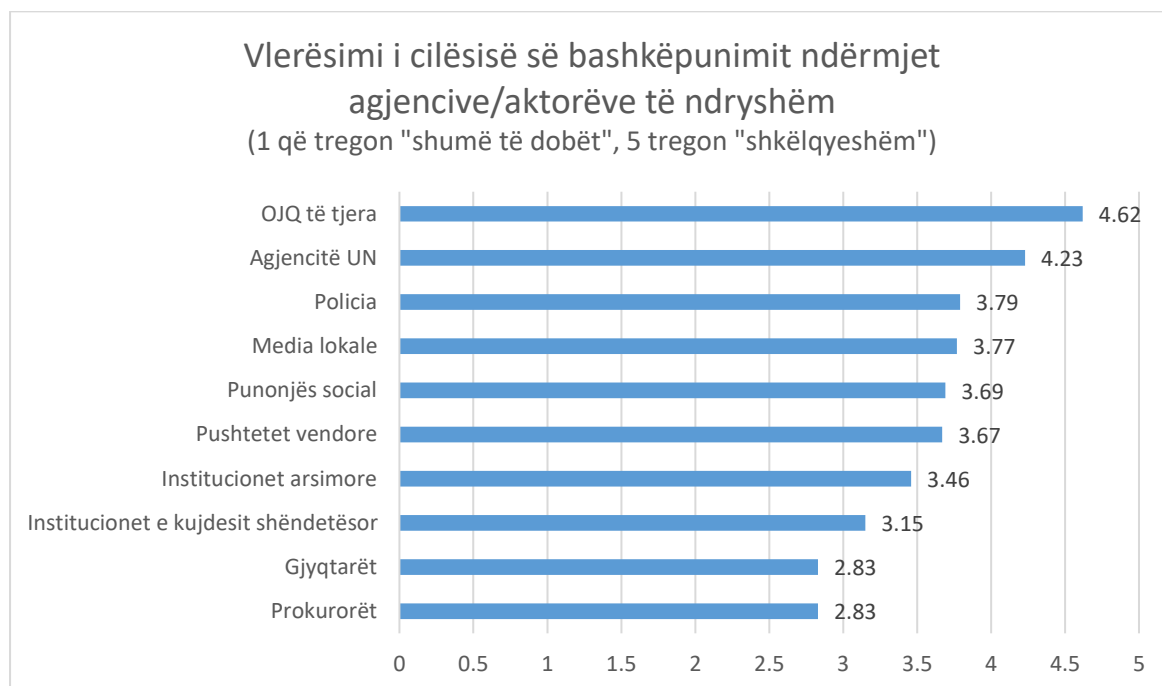
Në total, WAVE mori përgjigje nga 14 organizata të grave në të shtatë vendet partnere. Shpërndarja e OJQ-ve që morën pjesë në sondazh ishte si më poshtë; shtatë organizata nga Shqipëria, një organizatë nga Bosnja dhe Hercegovina, 2 organizata nga Kosova, një organizatë nga Mali i Zi, një organizatë nga Maqedonia e Veriut, një organizatë nga Serbia dhe një organizatë nga Turqia.

REZULTATET E VLERËSIMIT KËRKIMOR

A. Përshkrimi i situatës: Vlerësimi i bashkëpunimit mes ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe OJQ-ve të grave brenda kontekstit më të gjerë të përgjigjes së koordinuar midis disa agjencive ndaj rasteve të dhunës

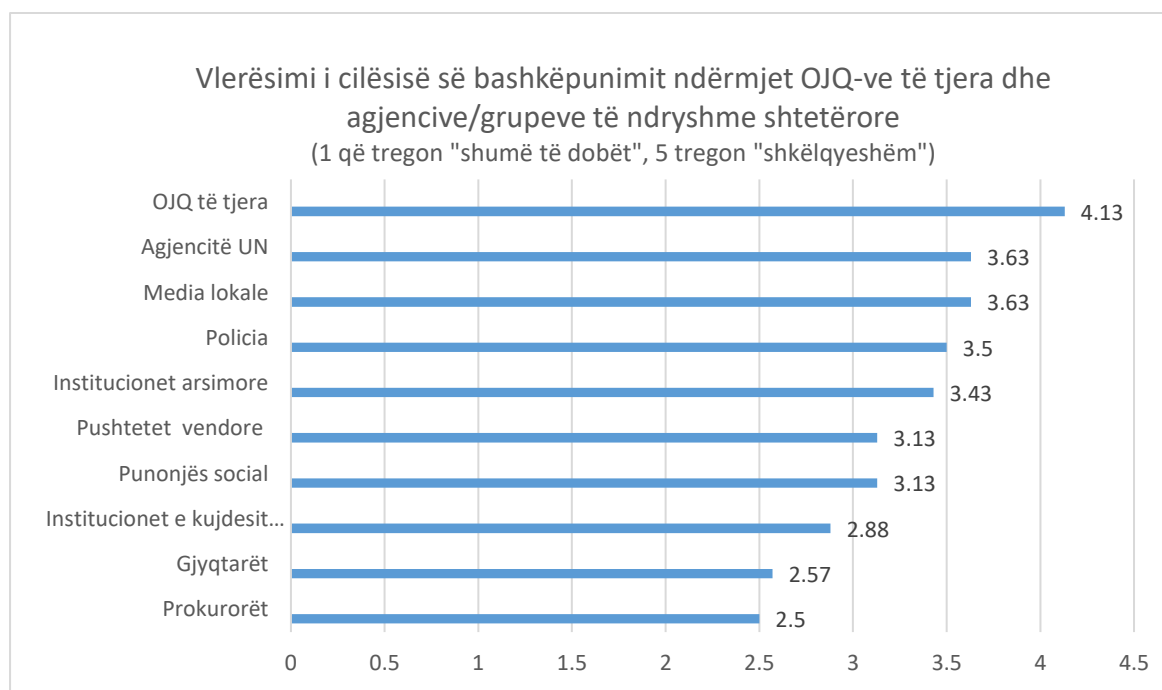
OJQ-ve që plotësuan pyetësorin iu kërkua të vlerësonin në një shkallë nga 1 në 5 (*1 do të thotë "shumë i dobët", 5 do të thotë "i shkëlqyer"*) cilësinë e bashkëpunimit mes **OJQ-së së tyre specifike** dhe agjencive të ndryshme shtetërore që trajtojnë rastet e dhunës në familje dhe asaj seksuale, si policia, prokuroritë, gjykatat, institucionet arsimore, institucionet shëndetësore, si dhe palë të tjera të interesit (qeveritë vendore, media, agjencitë e OKB, etj.). Grafiku më poshtë ilustron pikët mesatare, bazuar në përgjigjet e 14 OJQ-ve që plotësuan pyetësorin. Cilësia e bashkëpunimit (në një shkallë nga 1 në 5) mes OJQ-ve dhe palëve të ndryshme të interesit është vlerësim subjektiv i OJQ-ve që plotësuan pyetësorin;pjesëmarrësit u ftuan të shprehnin se sa dakord ishin me një pohim specifik, sipas një shkalle Likert. Si rrjedhim, OJQ-të e grave nuk janë pyetur vetëm për bashkëpunimin me institucionet shëndetësore; qëllimi i kësaj pjese të pyetësorit ishte të ofronte "një panoramë të përgjithshme" lidhur me bashkëpunimin mes OJQ-ve dhe të gjitha agjencive shtetërore/palëve të

interesit përgjegjëse për mbrojtjen e viktimave dhe ndjekjen penale të dhunuesve. Prandaj, bashkëpunimi mes OJQ-ve të përfshira në këtë projekt dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor duhet të shihet **brenda kontekstit më të gjerë të një përfaqëse shumë-sektoriale ndaj rasteve të dhunës, që është thelbësore për mbrojtjen dhe mbështetjen e viktimave.**



Grafiku 1: Si e vlerësojnë OJQ-të e grave cilësinë e bashkëpunimit mes OJQ-së së tyre specifike dhe agjencie shtetërore/palëve të tjera të interesit, në një shkallë nga 1 në 5 pikë (1 do të thotë "shumë i dobët", 5 do të thotë "i shkëlqyer"), pikët mesatare

Pjesëmarrësve iu kërkua gjithashtu të vlerësonin, sipas njohurive të tyre se si bashkëpunojnë **OJQ-të e tjera në vendin e tyre** me agjencitë shtetërore/palët e interesit (Shih Grafikon 2).



Grafiku 2: Si e vlerësojnë OJQ-të e grave cilësinë e bashkëpunimit mes OJQ-ve të tjera në vend dhe

agjencive shtetërore/palëve të tjera të interesit, në një shkallë nga 1 në 5 pikë (1 do të thotë “shumë i dobët”, 5 do të thotë “i shkëlqyer”), pikët mesatare¹⁴

Siç mund të shihet në grafikun 1, organizatat e grave vlerësuan se OJQ e tyre bashkëpunon shumë mirë me OJQ-të e tjera (pikët mesatare: 4,62) dhe agjencitë e OKB-së (4,23), ndërsa bashkëpunimi me sistemin gjyqësor (gjyqtarët dhe prokurorët) ka marrë pikët mesatare më të ulëta (2.83 dhe 2.83, respektivisht). Brenda këtij konteksti më të gjerë të bashkëpunimit shumë-sektorial, cilësia e bashkëpunimit me ofruesit e kujdesit shëndetësor mori një notë mesatare modeste (3.15), gjë që tregon se **ka vend për përmirësim sa i përket këtij bashkëpunimi specifik**. Analiza cilësore e përgjigjeve ndaj pyetjeve të tjera në pyetësor (që jepet në seksionet vijuese të këtij raporti) tregon më tej se **cilat aspekte të bashkëpunimit ndërmjet OJQ-ve të grave dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor mund të përmirësohen**.

Rezultatet e paraqitura më sipër për cilësinë e bashkëpunimit me mekanizma të ndryshëm institucionalë janë në përputhje me gjetjet e raporteve të tjera të kohëve të fundit në rajonin e Ballkanit Perëndimor, të cilat theksojnë se bashkëpunimi midis OJQ-ve që ofrojnë shërbime dhe gjyqësorit nuk është zbatuar si duhet në praktikë, d.m.th. prokurorët dhe gjyqtarët shpesh përfaqësojnë "hallkën më të dobët" në zinxhirin e bashkëpunimit, ndërsa bashkëpunimi midis ofruesve të shërbimeve për gratë dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor ka marrë një vlerësim mesatar, diku nga "mesi" (Brankovic, 2019¹⁵).

Historia më poshtë vë në dukje se si dhuna në familje përfshin kontrollin shtrëngues; Burrat e dhunshëm kontrollojnë çdo aspekt të jetës së grave, duke përfshirë kur dhe ku ato "lejojnë" të shkojnë te mjeku. Përfituesja e strehëzës së drejtuar nga Fondacioni United Women nga Banja Luka (BiH) ishte një grua me aftësi të kufizuara që dhunohej nga burri i saj, gjë që fatkeqësisht përfshinte edhe një neglizhencë të gjendjes së saj shëndetësore. Me ndërhyrjen e OJQ-së dhe një bashkëpunim të mirë me profesionistët mjekësorë, rastit të kësaj gruaje iu dha përparësi në spitalin lokal dhe ajo mundi të merrte kujdesin e duhur mjekësor. **Vini re se këto institucione përdorën termin “prapambetje mendore” për të përcaktuar diagnozën e saj dhe për të përshkruar paaftësinë e saj.**

Praktikë premtuese: Bashkëpunimi midis OJQ-ve dhe institucioneve të kujdesit shëndetësor gjatë pandemisë: Një ndërhyrje “që shpëtoi jetë”

Gruaja është ekspozuar për një kohë të gjatë ndaj të gjitha formave të dhunës nga bashkëshorti i saj dhe ka bërë kallëzime në polici. Ajo i përket një grupi grash të marginalizuara, pasi është me aftësi të kufizuara. Anën e djathtë të trupit e ka të paralizuar dhe ajo është kategorizuar si një person me “prapambetje të lehtë mendore”. Ajo u akomodua në Strehëzën për Gratë dhe Fëmijët Viktima të Dhunës në Banja Luka e vetme, pasi fëmijët nuk donin të shkonin me të. Ajo nuk kishte marrë kurrë mbrojtjen e duhur dhe komuniteti e perceptonte si një person të pafuqishëm që është e paaftë për të bërë një jetë të pavarur. Ajo nuk donte të linte fëmijët e saj dhe kjo ishte një nga arsytet pse kishte qëndruar në një marrëdhënie të dhunshme për një kohë të gjatë. Pasi burri i saj e

¹⁴ Siç thuhet më sipër, në këtë sondazh morën pjesë 14 organizata partnere, gjë që ka ndikuar në besueshmërinë e pikëve mesatare. Megjithatë, studime të mëparshme (të bazuara në një numër shumë më të madh organizatash pjesëmarrëse; p.sh., Brankovic, 2019) kanë pasur rezultate të ngjashme.

¹⁵ Brankovic, B. (2019). Dhuna ndaj Grave në Ballkanin Perëndimor (Violence against Women in Eastern Balkans) – Raport Tematik. Në: Duhacek, D., Brankovic, B., Mirazic, M., *Të drejtat e grave në Ballkanin Perëndimor: Studim për Komitetin FEMM, Parlamenti Evropian (Women’s rights in Western Balkans: Study for the FEMM Committee, European Parliament)*, fq. 34-74. Bruksel: Parlamenti Evropian, Departamenti i Politikave për të Drejtat e Qytetarëve dhe Çështjet Kushtetuese. (në anglisht), Gjendet në uebfaqen e Parlamentit Evropian:

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608852/IPOL_STU\(2019\)608852_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/608852/IPOL_STU(2019)608852_EN.pdf)

detyroi të largohet nga shtëpia, ajo pranoi të linte fëmijët. Pas mbërritjes në Strehëzën në Banja Luka, ajo u ankua për dhimbje gjoksi. Pasi u kontrollua nga një specialist, ajo u diagnostikua me kancer në gj. Më parë ajo i kishte kërkuar disa herë bashkëshortit që ta çonte te mjeku, por ai nuk kishte pranuar, gjë që çoi në mungesë kujdesi për gjendjen e saj shëndetësore. Stafi i Strehëzës në Banja Luka kontaktoi me një punonjëse sociale në një spital dhe ajo u caktua për një ekzaminim të nesërmen për të përcaktuar llojin dhe formën e kancerit dhe për të planifikuar trajtimin e nevojshëm. Ditën tjetër u morën mostrat e biopsisë dhe gjatë ditëve në vijim, gruaja kreu të gjitha kontrollet e nevojshme (që janë komplekse dhe zakonisht kërkojnë periudha më të gjata kohore për t'u kryer). Duke marrë parasysh këto rrethana, nëse nuk do të ishte akomoduar në strehëz, kjo grua do të kishte humbur shumë kohë për të kryer të gjitha hetimet e nevojshme dhe për të planifikuar më tej terapinë e duhur.

Historia është përshkruar nga Fondacioni "United Women Banja Luka", Bosnje dhe Hercegovinë, <http://www.unitedwomenbl.org>

B. Bashkëpunimi mes OJQ-ve të grave dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor: përvijat me referimin e viktimave tek OJQ-të nga shërbimet shëndetësore

Pothuajse të gjithë (13 nga 14) të anketuarit vlerësuan se **bashkëpunimi i tyre me shërbimet shëndetësore ka qenë i njëjtë si më parë gjatë pandemisë**; vetëm një OJQ (nga Shqipëria) ka shënuar përmirësim në këtë bashkëpunim. Duke pasur parasysh rëndësinë e një qasjeje shumë-sektoriale dhe gjithëpërfshirëse, siç theksohet në të gjithë Konventën e Stambollit, një çështje tjetër e shqyrtuar përmes këtij vlerësimi ishte **nëse ekziston ndonjë rrugë referimi tek OJQ-të e grave**, d.m.th. nëse profesionistët e kujdesit shëndetësor, si "punonjës të vijës së parë", të cilët shpesh janë pika e parë e kontaktit për gratë e dhunuara, i referojnë viktimat tek OJQ-të e specializuara në mënyrë që ato të marrin mbështetje psikologjike dhe lloje të tjera të ndihmës. Nëse një qasje shumë-sektoriale funksionon siç duhet në praktikë, është e arsyeshme të pritët që mjekët dhe profesionistët e tjerë mjekësorë ta përdorin mundësinë për t'i referuar viktimat te OJQ-të e specializuara në komunitetin lokal.

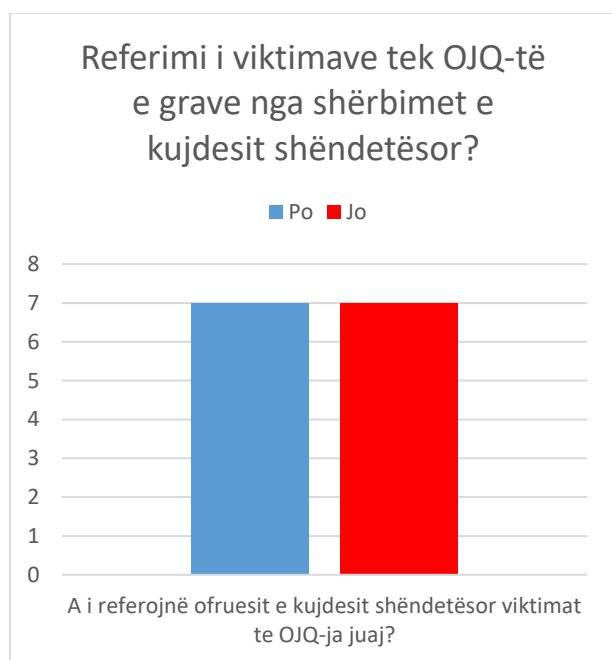
Në disa vende (si në Shqipëri), mjekët kanë detyrim ligjor për t'i referuar viktimat tek shërbimet e specializuara. Prandaj është e domosdoshme të vlerësojmë jo vetëm nëse profesionistët e shëndetit i identifikojnë dhe i mbështesin viktimat, por edhe nëse e përdorin pozicionin e tyre unik për t'i referuar viktimat tek burimet lokale të mbështetjes së specializuar, ku përfshihen OJQ-të e grave. Prandaj janë shqyrtuar aspektet e mëposhtme:

- 1) **Përvijat e OJQ-ve të grave lidhur me referimin dhe nëse shërbimet shëndetësore i referojnë viktimat tek OJQ-të;**
- 2) Duke pasur parasysh rëndësinë e ekzistencës së një mekanizmi apo strukture formale ose informale bashkëpunimi që u mundëson profesionistëve të bashkëpunojnë në një mënyrë të standardizuar, **nëse OJQ-të e grave kanë firmosur protokolle bashkëpunimi/mekanizma të tjerë zyrtarë bashkëpunimi me shërbimet shëndetësore, apo bashkëpunimi i tyre me kujdesin shëndetësor bazohet vetëm në lidhje personale.**

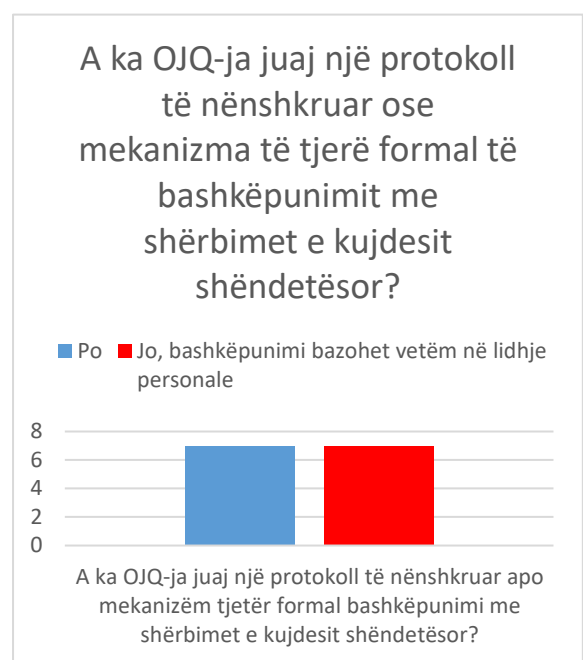
Një nga gjetjet më shqetësuese të këtij studimi është se **gjysma e OJQ-ve raportojnë që institucionet shëndetësore NUK i referojnë gratë viktime të dhunës në organizatën e tyre** (shih Grafikon 3). Si rrjedhim, duket se ka shumë vend për përmirësim në këtë fushë. Për më tepër, **ato OJQ që thanë se mjekët kryesisht nuk ua referojnë viktimat (me dy përjashtime), theksojnë gjithashtu se nuk kanë një protokoll të firmosur me ofruesit lokalë të kujdesit shëndetësor**, pra nuk ekziston asnjë mekanizëm zyrtar bashkëpunimi në nivel lokal midis OJQ-së së tyre dhe

shërbimeve shëndetësore. Përveç kësaj, si përgjigje ndaj pyetjes së dytë, **shtatë OJQ NUK kanë një protokoll të firmosur në nivel lokal apo një mekanizëm tjetër zyrtar bashkëpunimi me shërbimet shëndetësore**(shih Grafikon4).Ato deklarojnë se bashkëpunimi me institucionet e kujdesit shëndetësor në komunitetin e tyre është i bazuar vetëm në lidhjet personale me profesionistët mjekësorë.

Prandaj mund të nxirret si konkluzion që **mungesa e një mekanizmi zyrtar bashkëpunimi është në korrelacion me një mungesë të referimit të viktimave tek OJQ-të nga ofruesit e kujdesit shëndetësor. Mund të argumentohet më tej se, duke firmosur një protokoll zyrtar në nivel lokal ose duke vendosur një formë më të strukturuar bashkëpunimi, rrugët e referimit mund të përmirësohen, dhe/ose mund të krijohen rrugë të reja referimi atje ku nuk ekzistojnë.**



Grafiku 3: Referimi i viktimave te OJQ-të e grave



Grafiku 4: Protokolle të firmosura ose nga shërbimet shëndetësore mekanizma të tjerë zyrtarë për bashkëpunimin në nivel lokal me shërbimet shëndetësore

Praktika premtuese bashkëpunimi të identifikuar nga OJQ-të e grave

Për të ilustruar një praktikë të mundshme premtuese, citojmë këtu përgjigjen e partnerit nga Bosnja, Foundationit United Women nga Banja Luka, i cili drejton strehëzën për gratë viktime të dhunës. Bazuar në **Marrëveshjen e Bashkëpunimit mes Foundationit United Women dhe Qendrës Shëndetësore Banja Luka**, të nënshkruar në 2010, pas mbërritjes në strehëz, viktime mund të marrë ndihmë mjekësore falas në qendrën shëndetësore lokale. Kjo OJQ shpjegon më tej se, *“Në mënyrë sporadike, ndodh që gratë viktime referohen tek linja SOS ose shërbime të tjera të specializuara të Foundationit United Women. Posterat e linjës SOS vihen në vende të dukshme në qendrat shëndetësore lokale, në mënyrë që viktimat të mund të informohen për këto mundësi. Ka pasur disa raste të dhunës në familje që janë identifikuar pasi gratë kanë kontaktuar me mjekët e familjes, dhe mjekët kanë telefonuar linjën SOS për të marrë informacion mbi mundësinë e akomodimit të grave në strehëz.”*

Problemet e identifikuara në praktikë nga OJQ-të e grave

Megjithatë, ka shembuj ku referimi nga profesionistët e kujdesit shëndetësor në shërbimet e specializuara të grave has në sfida të veçanta, edhe pse një mekanizëm formal (ose strukturë tjetër për bashkëpunim) është krijuar për t'u mundësuar profesionistëve të bashkëpunojnë në një mënyrë më të standardizuar. Më shumë se një dekadë më parë, Shqipëria krijoi të ashtuquajturin **Mekanizëm të Koordinuar të Referimit** në nivel lokal (bashki). Më shumë informacion mbi mënyrën se si Mekanizmi i Koordinuar i Referimit (MKR) zbatohet në praktikë, bazuar në raportin e GREVIO-s për Shqipërinë (2017), jepet në seksionin: *Si funksionon në praktikë përgjigjja e koordinuar midis disa agjencive ndaj dhunës në familje: Rasti i Shqipërisë – analiza e GREVIO-s.*

Siç raportohet nga OJQ-të shqiptare, profesionistët e kujdesit shëndetësor janë pjesë e MKR-ve dhe kanë për detyrë të jenë pjesë e të gjitha mbledhjeve teknike ku trajtohen rastet e DHBGJ/DHF¹⁶. Megjithatë, pavarësisht marrëveshjes së bashkëpunimit ndërmjet institucioneve të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit, ende ka mungesë të referimeve të viktimave nga profesionistët e kujdesit shëndetësor, përfshirë psikiatrit, tek OJQ-të e grave apo agjencitë shtetërore. Kjo OJQ theksoi më tej se OJQ-të e grave po bëjnë çmos për të rritur kapacitetet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në lidhje me identifikimin e viktimave të dhunës, përgjegjësitë e tyre ligjore për raportimin e rasteve të tilla dhe rëndësinë e bashkëpunimit me anëtarët e tjerë të MKR-së. Shkaqet e niveleve të ulëta të referimit, sipas OJQ-së shqiptare, përfshijnë: punonjësit e shëndetësisë ndihen të pambrojtur (për shembull për shkak të hakmarrjes së mundshme nga dhunuesi) dhe ngurrojnë të raportojnë apo referojnë rastet. Arsyet e tjera mund të lidhen me mungesën e informacionit në lidhje me detyrimet e tyre ligjore dhe përditësimet e vazhdueshme të legjislacionit dhe rregulloreve. Për më tepër, OJQ-të e grave gjithashtu vënë në dukje, se nëse mjekët nxjerrin raporte të veçanta mjekësore për të mbijetuarat e dhunës, raporte të cilat mund të përdoren në gjykatë, ato do të duhet të dëshmojnë më tej në gjyq. Disa mjekë hezitojnë të dëshmojnë në gjyq për shkak të frikës së hakmarrjes nga autorët e dhunës, si dhe për shkak të kohëzgjatjes së procedurave të tilla gjyqësore.

Bashkëpunimi ndërmjet OJQ-ve të grave dhe profesionistëve mjekësorë zakonisht perceptohet në terma disi të ngushtë. Ky bashkëpunim zakonisht lidhet vetëm me referimet. Edhe pse është, pa asnjë dyshim, e rëndësishme të shqyrtohen më në detaje rrugët e referimit, historitë e shkurtra të marra nga partnerët kombëtarë përfshijnë shembuj të aspekteve të ndryshme të bashkëpunimit me mjekët. Në seksionet vijuese të raportit, këto aspekte të ndryshme do të shqyrtohen më në detaje. Seksioni tjetër fokusohet në bashkëpunimin me profesionistët që punojnë në sektorin e shëndetit mendor.

C. Bashkëpunimi me profesionistët e shëndetit mendor, dhe ofrimi i këshillimit psikologjik afatgjatë për të mbijetuarat e dhunës brenda sistemit publik të kujdesit shëndetësor

Rishikimi horizontal i publikuar së fundmi i raporteve të GREVIO-s (2021¹⁷) thekson një mangësi të rëndësishme në implementimin e Konventës së Stambollit, **ofrimi i pamjaftueshëm i mbështetjes dhe këshillimit psikologjik afatgjatë për viktimat e dhunës.** Mes shteteve anëtare që janë shqyrtuar,

¹⁶Sipas Vendimit të Këshillit të Ministrave ku është vendosur për krijimin e MKR. Organizimi dhe funksionimi i MKR-ve është rishikuar në vitin 2021.

¹⁷GREVIO (2021). *Rishikim Horizontal Afatmeswm i raporteve vlerwsuese fillestare tw GREVIO (Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports)*. Strasbourg: Sekretariati i mekanizmit tw monitorimit tw Konventws sw Kwshillit tw Evropws pwr Parandalimin dhe Luftwn kundwr Dhunws ndaj Grave dhe Dhunws nw Familje, Kwshilli i Evropws

GREVIO vuri në dukje se këshillimi afatgjatë ishte shumë më pak i disponueshëm sesa kujdesi i mënjëhershëm mjekësor dhe i traumës. Ofrimi i pamjaftueshëm i këshillimit psikologjik afatgjatë është konstatuar (si shembull) në Finlandë, Francë, Serbi dhe Suedi. Përgjithësisht duket se janë të disponueshme më shumë shërbime mbështetëse për episodet më të fundit të dhunës seksuale sesa për dhunën e mëparshme. GREVIO thekson më tej se një përqsasje e tillë shkon në kundërshtim me natyrën dhe dinamikën e kësaj forme të dhunës, pasi ajo përfshin shumë stigmë, turp dhe faj, ndjenja të cilat përbëjnë një nga arsytet pse shumë viktime nuk kërkojnë menjëherë ndihmë por presin me ditë, javë, muaj, ndonjëherë edhe vite për ta raportuar. Një vlerësim i ngjashëm lidhur me mundësitë e pamjaftueshme për marrjen e një këshillimi psikologjik afatgjatë është identifikuar në raportet vlerësuese të GREVIO-s mbi implementimin e konventës në Shqipëri (2017¹⁸), Turqi (2018¹⁹), Mal të Zi (2018²⁰) dhe Serbi (2020²¹).

Duke marrë parasysh këto vlerësime, objektivat specifike të këtij segmenti janë të vlerësojë cilësinë e bashkëpunimit ndërmjet OJQ-ve të grave dhe profesionistëve që punojnë në fushën e shëndetit mendor (psikologë, psikoterapistë dhe psikiatër) në komunitetet lokale, si dhe të shqyrtojë mundësitë e grave të mbijetuara të dhunës në familje dhe dhunës seksuale për të marrë këshillim psikologjik afatgjatë në sistemin e kujdesit shëndetësor publik.

Bazuar në përgjigjet e marra nga OJQ-të e grave që plotësuan pyetësin, mund të arrihet në përfundimin se **OJQ-të vërejnë se kanë krijuar bashkëpunim me psikiatër, psikologë dhe psikoterapistë që punojnë në qendrat e kujdesit shëndetësor publik në komunitetet e tyre lokale, por gjithashtu kanë identifikuar probleme të shumta lidhur me këtë bashkëpunim.** Për më tepër, përgjigjet e OJQ-ve tregojnë se **sistemet e kujdesit shëndetësor publik në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi nuk ofrojnë mundësi adekuate për këshillim ose psikoterapi afatgjatë për gratë e mbijetuara të dhunës në familje dhe dhunës seksuale,** dhe/ose që profesionistët përkatës në sistemet publike të kujdesit mendor ndonjëherë shprehin qëndrime të pandjeshme ndaj viktimave, apo edhe paragjykime që mund të kontribuojnë më tej në ritraumatizimin e tyre.

Praktika premtuese bashkëpunimi të identifikuar nga OJQ-të e grave

¹⁸GREVIO (2017). *Raporti Vlerësues Fillestar i GREVIO mbi masat legjislative dhe masa të tjera që u japin fuqi dispozitive të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje (Konventa e Stambollit): Shqipëria (GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Albania)*. Strasbourg: Sekretariati i mekanizmit të monitorimit të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje, Këshilli i Evropës

¹⁹GREVIO (2018). *Raporti Vlerësues Fillestar i GREVIO mbi masat legjislative dhe masa të tjera që u japin fuqi dispozitive të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje (Konventa e Stambollit): Turqia (GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Turkey)*. Strasbourg: Sekretariati i mekanizmit të monitorimit të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje, Këshilli i Evropës

²⁰GREVIO (2018). *Raporti Vlerësues Fillestar i GREVIO mbi masat legjislative dhe masa të tjera që u japin fuqi dispozitive të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje (Konventa e Stambollit): Mali i Zi (GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Montenegro)*. Strasbourg: Sekretariati i mekanizmit të monitorimit të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje, Këshilli i Evropës

²¹GREVIO (2020). *Raporti Vlerësues Fillestar i GREVIO mbi masat legjislative dhe masa të tjera që u japin fuqi dispozitive të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje (Konventa e Stambollit): Serbia (GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Serbia)*. Strasbourg: Sekretariati i mekanizmit të monitorimit të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje, Këshilli i Evropës

Marrëveshjet e bashkëpunimit (zyrtare/jozyrtare) me profesionistët e shëndetit mendor në nivel lokal

Në Shqipëri, një organizatë vëren se bashkëpunimi i saj me psikologët e shkollave është përmirësuar kohët e fundit. Një organizatë tjetër thekson më tej se ka pasur një bashkëpunim të mirë me psikologët dhe punonjësit socialë të punësuar në spitalet lokale dhe herë pas here i referojnë gratë viktimat tek ata. Një tjetër OJQ, e cila punon me të mbijetuarat në të gjithë Shqipërinë (Linja e Këshillimit për Gra dhe Vajza), pohon se ky bashkëpunim ka qenë mjaft i mirë gjatë gjithë pandemisë, duke bërë të mundur që të punohet me një numër në rritje të të mbijetuarave të dhunës në familje. Po kështu, Qendra Psikosociale Vatra në Vlorë, Shqipëri, raporton se i referon gratë me shqetësime mendore tek mjekët psikiatër vendas, në kuadër të marrëveshjes së bashkëpunimit me Spitalin Psikiatrik "Ali Mihali" dhe Qendrën Komunitare. Një tjetër OJQ shqiptare e vlerëson bashkëpunimin si të mirë; punonjësit socialë të angazhuar në këtë OJQ ndonjëherë i referojnë gratë viktimat te psikologu klinik në qendrën shëndetësore lokale, pasi kanë krijuar plane individuale ndjekjeje për to. Një OJQ tjetër shqiptare raporton se ka mbajtur një bashkëpunim të mirë me ekspertët në fushën e shëndetit mendor, si psikologë dhe psikoterapistë, si dhe me psikiatrit që punojnë në Poliklinikën e Durrësit. Më tej, kjo OJQ bashkëpunon mirë me psikologët e shkollave në Bashkinë Durrës, të cilët i referojnë gratë viktimat të dhunës në familje tek kjo OJQ pasi i identifikojnë ato përmes fëmijëve të tyre në shkollë. Megjithatë gjatë pandemisë, kjo e fundit ishte më e vështirë për t'u bërë pasi shkollat praktikuan mësimin online dhe kështu numri i referimeve u reduktua. Kjo OJQ raporton më tej se për viktimat e dhunës në familje ekziston një procedurë e quajtur "Linja e Gjelbër e Këshillimit" e cila është një shërbim i ofruar nga Bashkia e Durrësit; nëpërmjet këtij sistemi, viktimat mund të marrin shërbime këshillimi falas. Shërbimet e mjekëve psikiatër në Poliklinikën Shtetërore janë pa pagesë. Rastet e traumave të shkaktuara nga dhuna në familje monitorohen vazhdimisht nga psikiatri pa pagesë.

Një OJQ nga Kosova vlerëson se ka një bashkëpunim zyrtar të mirë me profesionistët e shëndetit mendor në spitalin lokal, të cilët vijnë në qendrën e saj për të ofruar shërbime në bazë të nevojës, ose OJQ i referon gratë tek këta profesionistë.

Një partner i CSSP nga Maqedonia e Veriut e vlerëson bashkëpunimin si të mirë dhe më tej shpjegon se disa psikologë që punojnë në sistemin shëndetësor publik janë angazhuar nga OJQ-të e grave si konsulentë individualë për të ofruar këshillim psikologjik. Partneri vëren gjithashtu se këta profesionistë janë shumë të ndjeshëm ndaj çështjes së dhunës ndaj grave. Rrjedhimisht, marrëveshja e përshtetur nga ky partner kombëtar nënkupton se viktimat që përdorin shërbimet e OJQ-ve nuk referohen te shërbimet shëndetësore publike për të marrë këshillim psikologjik falas (me kusht që të kenë sigurim shëndetësor); përkundrazi, profesionistë të përzgjedhur angazhohen nga OJQ-të për të punuar në ambientet e tyre.

Në Serbi, disa shoqata profesionistësh të shëndetit mendor dhe/ose profesionistë individualë kanë ofruar këshillim psikologjik falas për qytetarët në fillim të pandemisë, përfshirë përmes krijimit të linjave të ndihmës. Megjithatë, këto forma të mbështetjes psikologjike ishin të një "natyre të përgjithshme" (jo posaçërisht për gratë viktimat të dhunës). Në këtë kontekst, disa OJQ të grave kanë shfrytëzuar rastin për të sjellë në vëmendje problemet e dhunës që u bënë më të theksuara, veçanërisht gjatë izolimeve kombëtare. Si shembull, një OJQ serbe që punon me gra të mbijetuara të dhunës me aftësi të kufizuara raporton se ka intensifikuar bashkëpunimin me ofruesit e mbështetjes psikologjike falas në komunitetin lokal kohët e fundit. Në organizatën e tyre, numri i kërkesave për mbështetje psikologjike u rrit ndjeshëm gjatë pandemisë. Për këtë arsye, ata punuan më shumë për promovimin e shërbimit të mbështetjes psikologjike falas për gratë me dhe pa aftësi të kufizuara të ekspozuara ndaj dhunës gjatë kësaj periudhe. Kështu ata u bënë anëtarë të rrjetit lokal

“Konstelacioni i Mbështetjes”, i cili bën bashkë ofrues të këshillimit psikologjik falas në territorin e qytetit Novi Sad. Ata gjithashtu u bënë anëtarë të “Rrjetit të Shëndetit Mendor Karika” dhe në vitin 2020 morën pjesë aktive në Festivalin e Shëndetit Mendor të organizuar nga Instituti i Shëndetit Publik i Vojvodinës për gjashtë vjet me radhë.

Në Turqi, OJQ-ja që drejton strehëzën për viktimat e dhunës në familje raporton se gjatë gjithë pandemisë kavazhduar t'i referojnë gratë te psikiatrit në spitalet publike. Megjithatë, ajo vënë dukje probleme para dhe gjatë pandemisë, siç përshkruhet më poshtë.

Problemet e identifikuara në praktikë nga OJQ-të e grave

Kufizim në ofrimin e këshillimit psikologjik gjatë izolimeve për shkak të COVID-19 dhe përtej

Një partner shqiptar raporton se nuk ka bashkëpunim me psikoterapistët në komunitetin e tij lokal dhe gjithashtu vëren se gjatë gjithë izolimit të imponuar nga qeveria kombëtare, këshillimi psikologjik u ndërpre ose duhej të ofrohej online për një numër të kufizuar grash të mbijetuara, gjë që nuk ishte e efektshme në praktikë. Një organizatë tjetër thotë se shërbimi shëndetësor publik në bashkinë e saj ka vetëm një psikiatër; është ai që supozohet t'u ofrojë këshillim afatshkurtër ose afatgjatë të mbijetuarave në bazë të nevojave të tyre, por kjo nuk mjafton. Një partner tjetër nga Shqipëria raporton se viktimat mund të marrin seanca këshillimi falas nga psikiatrit, por këshillimi psikologjik afatgjatë ose psikoterapia ofrohet vetëm në praktikën private dhe si rrjedhim i nënshtrohet tarifave.

Një OJQ e grave nga Bosnja dhe Hercegovina, e cila drejton një strehëz për gratë viktime të dhunës në familje, raportoi se përfitueset e sajkanë pasur një nevojë të shtuar për ndihmë psikologjike dhe psikiatrike gjatë pandemisë. Megjithatë, gjatë periudhës së bllokimit dhe masave kufizuese të vendosura nga qeveria kundër COVID-19 në vitin 2020, këshillimi psikiatrik dhe psikologjik në sisteminshëndetësor publik nuk ishte i disponueshëm. Pasi u hoqën kufizimet, koha e pritjes për terapi ishte e gjatë, pasi masat e dezinfektimit zgjatën kohën midis seancave dhe u reduktua numri i klientëve në ditë. Prandaj, gratë duhej të prisnin më gjatë për të marrë ndihmë. Për shkak të problemeve të hasura në sistemin shëndetësor publik, gratë përfituese u mbështetën në shërbimet e ofruara nga psikologjia e Strehëzës në Banja Luka. Për të kapërcyer hendekun mes nevojave të të mbijetuarave dhe ndihmës psikologjike në dispozicion, kjo OJQ ka angazhuar gjithashtu një psikolog klinik si bashkëpunëtor të jashtëm, që zhvillon seanca individuale terapeutike me përfitueset e Strehëzës në bazë të nevojave.

OJQ-ja e grave nga Turqia thekson se kërkesa për këshillim psikologjik është rritur gjatë pandemisë. Psikiatër, psikologë dhe psikoterapistë vullnetarë ofruan shërbime online në këtë organizatë, e cila qëndroi e hapur gjatë gjithë pandemisë. Në të njëjtën kohë, pushteti vendor reduktoi ofrimin e këtyre shërbimeve, ose nuk i ofroi ato online. Prandaj, kërkesa për shërbime nga psikologë, psikoterapistë dhe psikiatër u mbulua nga OJQ-të e grave. Kjo OJQ më tej raporton se në përgjithësi, madje edhe para pandemisë, nuk ka një numër të mjaftueshëm terapistësh në spitale, kështu që është pothuajse e pamundur të marrësh terapi afatgjatë në një mjedis spitalor.

Këshillimi psikologjik afatshkurtër

Një OJQ boshnjake thekson më tej se sipas rregulloreve në dispozicion, kohëzgjatja e këshillimit psikologjik varet nga specifikat e secilit rast, dhe këshillimi mund të jetë afatgjatë dhe i vazhdueshëm nëse ka motivim nga ana e viktimës për të vazhduar seancat. Megjithatë, bazuar në përvojën e kësaj OJQ-je, gratë viktime zakonisht marrin vetëm pak seanca në sistemin publik të shëndetit mendor dhe shumë shpesh, trajtimi përfundon me një recetë për mjekim psikiatrik.

Një OJQ e grave nga Maqedonia e Veriut raporton se gratë viktime mund të shkojnë te një mjek i përgjithshëm në kujdesin shëndetësor parësor dhe të kërkojnë referim te specialistët e shëndetit mendor, por duhet të paguajnë një tarifë pjesëmarrjeje. Në praktikë, nuk ofrohet këshillim afatgjatë nga specialistët e shëndetit mendor.

Në Turqi shërbimet e ofruara nga pushteti vendor nuk janë të mjaftueshme dhe në shumicën e rasteve nuk ofrojnë terapi afatgjatë, por vetëm këshillim psikologjik afatshkurtër. Mbështetja psikologjike në spitalet shtetërore ofrohet në varësi të sigurimeve shëndetësore të gjithsecilit; kur një viktimë nuk është e siguruar, në përputhje me Ligjin turk 6284, ajo mund të aplikojë për sigurim të përkohshëm shëndetësor duke deklaruar se është e ekspozuar ndaj dhunës në familje, por OJQ pretendon se kjo dispozitë nuk është zbatuar në praktikë dhe këto tarifandonjëherë mbulohen nga OJQ-të e grave.

Mungesa e të kuptuarit gjinor gjatë mbështetjes së të mbijetuarave të dhunës

Një OJQ malazeze raporton se profesionistëve që punojnë në kujdesin e shëndetit mendor u mungon të kuptuarit gjinor i dhunës ndaj grave, kështu që ndërhyrjet e tyre kanë tendencën t'i traumatizojnë më tej të mbijetuarat. Për më tepër, kjo OJQ thekson se gjatë pandemisë shërbimet e profesionistëve të tillë ishin edhe më pak të aksesueshme se më parë, dhe sipas tyre, këta profesionistë kanë një qasje "tradicionale" ndaj dhunës në familje dhe dhunës seksuale, gjë që kontribuon në ritraumatizimin e viktimës. Për sa i përket aksesit në këshillim afatgjatë, kjo OJQ raporton se kohëzgjatja e trajtimit dhe numri i seancave varen nga vlerësimi i nevojave të viktimave, por problemi është se nuk ka specialistë (d.m.th. psikologë ose psikoterapistë) menjohuri të mjaftueshme dhe adekuate që mund të punojnë me viktimat e dhunës në familje, dhe nuk ka ekspertë të specializuar për të punuar me viktimat e dhunës seksuale.

Mungesa e bashkëpunimit me praktikuesit e shëndetit mendor

Një OJQ nga Serbia raporton se nuk ka bashkëpunim të drejtpërdrejtë me psikologë apo ofrues të tjerë të shërbimeve brenda qendrave publike të shëndetit mendor. Një OJQ tjetër raporton se gratë viktime mund të shkojnë te mjeku i tyre i përgjithshëm dhe të kërkojnë një referim te një psikolog ose psikiatër, megjithatë, këta specialistë në sistemin e kujdesit shëndetësor publik nuk ofrojnë këshillim; trajtimi përfshin vetëm lëshimin e një diagnoze dhe të një recete ilaçesh.

Shembull i një praktike negative: Stereotipe të ndeshura në raportin e psikiatrit për një viktimë të dhunës seksuale

"Gruaja e re, studente universiteti në vitin e fundit, jeton e vetme në një apartament me qira. Familja e saj jeton në një zonë rurale. Ajo i ka mbijetuar përdhunimit nga ish i dashuri i saj. Pas arrestimit të autorit, prokurori publik vendosi që ai të lirohet nga paraburgimi, edhe pse e dinte se ku jetonte gruaja dhe kishte precedent penal. Për shkak të frikës nga përsëritja e dhunës, gruaja u akomodua në Strehëzën në Banja Luka. Gjatë procedurës së denoncimit të përdhunimit, ajo u referua te një psikiatër në një spital. Seanca ishte e shkurtër; psikiatri i bëri pak pyetje, pa asnjë interes për gjendjen e saj aktuale psikologjike. Në raportin mjekësor të lëshuar për gruan, psikiatri shkruante se ajo kishte "një dekolte të thellë", gjë që automatikisht ia kalonte viktimës përgjegjësinë për përdhunimin dhe mund të ndikonte negativisht në rezultatin përfundimtar të procesit gjyqësor. E mbijetuara u ndje shumë keq për shkak të deklaratës së bërë nga psikiatri. Gjatë procedurës së raportimit të përdhunimit dhe ekzaminimeve mjekësore, ajo u ekspozua ndaj ritraumatizimit, përfshirë mohimin e problemit të saj dhe minimizimin e pasojave të dhunës. Kjo procedurë është ende në vazhdim."

Foundacioni United Women, Banja Luka, Bosnje dhe Hercegovinë, <http://www.unitedWomenbl.org>

D. Protokollet që rregullojnë detyrat dhe përgjegjësitë e punonjësve të kujdesit shëndetësor në rastet e dhunës në familje dhe dhunës seksuale

Në vlerësimin e cilësisë së bashkëpunimit shumë-sektorial, një nga çështjet thelbësore që duhet shqyrtuar është: çfarë lloj protokollesh janë në fuqi për ofruesit e kujdesit shëndetësor kur mbështesin gratë viktime të dhunës?

Siç nënvizohet në rishikimin horizontal të raporteve vlerësuese të GREVIO-s (2021²²), GREVIO thekson nevojën për të ofruarqasjen e duhur në shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe vë në dukje pozitivisht se shumë shtete anëtare janë të pajisura me protokolle të kujdesit shëndetësor duke përfshirë rrugë të standardizuaratë kujdesit që mbulojnë identifikimin e viktimave, ekzaminimin, diagnostikimin, trajtimin, referimin, dokumentimin, si dhe formularë të standardizuar për të dokumentuar në polici dëmtimet e përjetuara nga viktime, kryesisht në lidhje me dhunën nga partneri intim. Megjithatë, janë identifikuar mangësi në zbatimin e këtyre protokolleve dhe standardeve minimale në disa shtete anëtare si Shqipëria dhe Portugalia. GREVIO ka theksuar gjithashtu në raportet e vlerësimit bazë për Shqipërinë dhe Francën një koordinim të dobët të profesionistëve të kujdesit shëndetësor bazuar në mekanizmat ekzistues të referimit. Për më tepër, një mungesë e protokolleve dhe udhëzimeve të standardizuara që përcaktojnë procedura të qarta për ofrimin e trajtimit dhe kujdesit për viktimat e dhunës seksuale është vërejtur në raportet e vlerësimit bazë të GREVIO-s, duke përfshirë ato në Maltë, Hollandë, Serbi dhe Spanjë.

Ky hulumtim kërkon të analizojë sa më poshtë vijon:

- Nëse shtetet kanë një **protokoll të përgjithshëm** që sqaron detyrat dhe përgjegjësitë **etë gjithë profesionistëve përkatës**, si policia, shërbimet e mbrojtjes sociale/qendrat për punë sociale, gjyqësori, institucionet arsimore, dhe shërbimet shëndetësore. Nëse po, a i adreson ky dokument të gjitha format e dhunës që mbulohe nga Konventa e Stambollit apo vetëm dhunën në familje.
- Nëse ekziston një protokoll i **veçantë** për profesionistët e kujdesit shëndetësor, i fokusuar në detyrat dhe përgjegjësitë **epunonjësve të shëndetësisë** në një mënyrë më specifike, duke përfshirë procedurat për identifikimin, regjistrimin dhe dokumentimin e dhunës. Nëse po, a mbulon ky dokument vetëm dhunën në familje apo adreson edhe dhunën seksuale.

	Shqipëria	Bosnja dhe Hercegovina	Kosova	Mali i Zi	Maqedonia e Veriut	Serbia	Turqia
Protokoll i përgjithshëm për të gjitha format e DHNG	Jo	Jo	Jo	Jo	Jo	Jo	Jo

²²GREVIO (2021). *Rishikim Horizontal Afatmesëm i raporteve vlerësuese fillestare të GREVIO (Mid-term Horizontal Review of GREVIO baseline evaluation reports)*. Strasbourg: Sekretariati i mekanizmit të monitorimit të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje, Këshilli i Evropës

Protokoll i përgjithshëm vetëm për DHF	Po + Protokoll specifik për kontekstin e pandemisë	Po (në nivel entiteti: Republika Srpska) ²³	Po	Po	Jo	Po	Jo
Protokoll i përgjithshëm për DHS	Po	Jo	Jo	Jo	Jo	Jo	Jo
Protokoll i veçantë për ofruesit e kujdesit shëndetësor	Po + Protokoll specifik për situata të emergjencës civile	Jo	Jo	Jo	Jo	Po	Jo

Tabela 1: Përmbledhje e Protokolleve të Përgjithshme dhe/ose Specifike të disponueshme në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi, sipas informacionit të marrë nga OJQ-të e grave që kanë plotësuar pyetësonin

Sipas përgjigjeve të marra nga pyetësoni, një listë e protokolleve të disponueshme në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi jepet në Shtojcën I të këtij vlerësimi. Këto përgjigje nuk duhet të merren krejtësisht si të mirëqena, pasi ato përfaqësojnë informacionin e disponuar nga OJQ-të që plotësuan pyetësonin.²⁴

Edhe pse disa shtete kanë protokolle që përfshijnë termat "dhunë me bazë gjinore" ose "dhunë ndaj grave" në titujt e tyre, protokolle të tilla trajtojnë vetëm ose kryesisht dhunën në familje. Sipas informacioneve të ofruara nga OJQ-të në Maqedoninë e Veriut dhe Turqi, këto vende nuk kanë protokolle as të përgjithshme dhe as të veçanta.

Edhe pse nuk ishte në objektin e këtij hulumtimi, rekomandohet që analizat e ardhshme të vlerësojnë më në detaje përmbajtjen e protokolleve të tilla dhe nëse këto protokolle përfshijnë referenca për dhunën seksuale. Bazuar në informacionin e dhënë nga të anketuarit në Serbi, Protokollin e Përgjithshëm përfshin një përkufizim të dhunës seksuale në marrëdhëniet intime, nën seksionin "Zbulimi i dhunës"²⁵, por nuk ka masa specifike në lidhje me këtë lloj dhune. Është interesante se ky dokument, i miratuar në vitin 2011, përfshin një përkufizim i cili së pari i referohet mungesës së pëlqimit, dhe më tej kushteve që pengojnë dhënien e një pëlqimi të vlefshëm dhe në fund, "kanosjes, shantazhit dhe presionit". Deri më sot, Ligji Penal për përdhunimin në Serbi nuk

²³Në raportin e partnerit kombëtar, nuk kishte informacion për entitetin tjetër (Federata BiH)

²⁴Pyetësoni që u krijua për qëllimin e këtij vlerësimi kërkimor multi-country përfshinte pyetje rreth përmbajtjes së secilit protokoll, qoftë ai i përgjithshëm (që rregullon detyrat dhe përgjegjësitë e të gjithë profesionistëve përkatës, si policia, mbrojtja sociale, arsimi, shërbimet shëndetësore, etj.) apo i veçantë (që rregullon detyrat specifike të profesionistëve të kujdesit shëndetësor); statusit ligjor të dokumentit (pra nëse është një akt nënligjor/i detyrueshëm apo thjesht përfaqëson një udhëzim/nuk është i detyrueshëm); përshkrimit të dispozitave kryesore; a parashikohen penalitete në qoftë se profesionistët nuk e respektojnë dhe a di kjo OJQ për ndonjë rast kur profesionisti i shëndetësisë është penalizuar për mosrespektimin e protokollit; specifikimit se cilat procedura aplikohen në rastet e dhunës në familje dhe dhunës seksuale. Por përgjigjet e dhëna nga partnerët kombëtarë ishin të paplota dhe/ose jo të besueshme.

²⁵Në Protokollin e Përgjithshëm të Serbisë jepet përkufizimi siç vijon: Dhuna seksuale është një akt seksual pa pëlqimin apo aftësinë e viktimës për të zgjedhur dhënien e pëlqimit, pavarësisht nëse akti është kryer; akt seksual ose tentativë për një akt të tillë kur personi nuk është në pozitë për të dhënë pëlqimin ose për të refuzuar pjesëmarrjen për shkak të sëmundjes, aftësisë së kufizuar, ndikimit të substancave psikoaktive, moshës, pra, për shkak të kanosjes, shantazhit ose presionit; akt seksual i dhimbshëm dhe poshtëruar. Kanosja, shantazhi apo presionet për të marrë pjesë në aktin seksual të padëshiruar përfshijnë përdorimin e fjalëve, gjesteve, objekteve apo armëve duke shprehur qëllimin për të shkaktuar dhimbje, lëndim ose vdekje.

është ndryshuar për të përmbushur kërkesat e Nenit 36 të Konventës së Stambollit. Për këtë arsye, GREVIO në raportin e tij për Serbinë (2020), u kërkoi autoriteteve serbe që t'i reformojnë me shpejtësi dispozitat e Kodit Penal që mbulojnë dhunën seksuale, në mënyrë që të bazohen në nocionin e pëlqimit të dhënë lirisht.

Gjetjet aktuale janë në përputhje me dokumentin e politikave të fundit në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi, i cili u fokusua në çështjen e dhunës seksuale (Brankovic dhe Saidlear, 2021²⁶) dhe zbuloi se protokollet/udhëzimet për profesionistët në lidhje me ofrimin e mbështetjes për viktimat e abuzimit seksual mungojnë ose janë të zhvilluara në mënyrë të pamjaftueshme. Studimi i mëparshëm iu referua gjithashtu një shembulli të praktikave premtuese; udhëzimet²⁷ mbi dhunën seksuale që janë zhvilluar për profesionistët mjekësorë dhe profesionistët tjerë në Serbi në vitin 2019, në kuadër të projektit të zbatuar në Provincën Autonome të Vojvodinës, i cili përshkruan procedurat për profesionistët mjekësorë dhe profesionistët tjerë, dhe shpjegon standardet mbi të cilat duhet të bazohet ofrimi i shërbimeve. Gjatë vitit 2020, tre protokolle shtesë u zhvilluan në Vojvodinë, të cilat forcuan kapacitetet e OJQ-ve dhe profesionistëve mjekësorë për të mbështetur viktimat e dhunës seksuale në kontekstin e pandemisë. Protokollin e parë u hartua për të garantuar testimin e detyrueshëm për sëmundjet infektive dhe seksualisht të transmetueshme për të mbijetuarat e dhunës seksuale; i dyti synonte të përmirësonte koordinimin e grupeve spitalore të punës dhe grupeve për koordinim dhe bashkëpunim në kuadër të prokurorisë publike, ndërsa i treti u hartua me qendrat e kujdesit parësor shëndetësor dhe ambulancat gjinekologjike me qëllimin për të zgjeruar fushëveprimin e institucioneve shëndetësore të përfshira në ofrimin e ndihmës direkte për gratë viktimë (ibid.).

Shqipëria ka hartuar së fundmi një dokument që trajton në mënyrë specifike dhunën seksuale ndaj të rriturve, me titull: 'Protokolli për Menaxhimin e Rasteve të Dhunës Seksuale në Nivel Vendor, përmes Qasjes Shumë-Sektoriale të Koordinuar', dhe i miratuar në Mars 2021. Për më tepër, vetëm Shqipëria ka miratuar një Protokoll që trajton specifikat e trajtimit të rasteve të dhunës në familje gjatë pandemisë COVID-19. Siç shpjegohet më tej nga OJQ-ja shqiptare e sipërpërmendur, këto dy protokolle duhet të miratohen nga anëtarët e Komitetit Drejtues të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit për rastet e dhunës në familje në nivel bashkie (institucionet shëndetësore janë anëtarë të këtij Mekanizmi). Autoritetet shqiptare kanë miratuar gjithashtu një Protokoll të Posaçëm për ofruesit e kujdesit shëndetësor, i cili fokusohet në "emergjencat civile".

E. Implementimi i protokolleve që rregullojnë detyrat dhe përgjegjësitë e punonjësve të kujdesit shëndetësor

Segmenti që vijon ka për qëllim të analizojë se si janë implementuar në praktikë protokollet e sipërpërmendura, duke marrë parasysh përvojat e viktimave me ofruesit e kujdesit shëndetësor (siç janë përshkruar në përgjigjet e partnerëve kombëtarë).

E1. Përvojat e viktimave me kërkimin e ndihmës në institucionet e kujdesit shëndetësor

Shembuj premtues të implementimit të protokolleve të identifikuar nga OJQ-të e grave në Shqipëri dhe BiH

²⁶Op. cit.

²⁷Todorov, D., Stevkovic, Lj., Veselinovic, I., Josimovic, S. (2019). *Udhëzime për sjelljen në rastet e dhunës seksuale brenda qendrave të referimit të dhunës seksuale në Provincën Autonome të Vojvodinës (Guideline for conduct in cases of sexual violence within sexual violence referral centres in the Autonomous Province of Vojvodina)*. Novi Sad: Sekretariati Provincial për Kujdesin Shëndetësor i Provincës Autonome të Vojvodinës dhe Qendra për Mbështetjen e Grave, Kikinda (në serbisht)

Një organizatë shqiptare raporton: “Organizata jonë është anëtare e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit në Bashkinë Durrës dhe si e tillë ruan një bashkëpunim me të gjithë aktorët, dhe në veçanti, me ekspertët në fushën e shëndetit mendor, si psikologët dhe psikoterapistët. Kur rastet evidentohen dhe diskutohen gjatë mbledhjeve të këtij Mekanizmi, sipas nevojave të paraqitura, viktimat i referohen ekzaminimeve të specializuara në Spitalin Rajonal të Durrësit”.

Një OJQ boshnjake thekson, "Me të mbërritur në Strehëz, viktimat mund të marrë ndihmë mjekësore falas përmes qendrës së kujdesit shëndetësor. Kjo është rregulluar përmes Marrëveshjes së Bashkëpunimit të Fondacionit United Women me Qendrën Shëndetësore Banja Luka, e nënshkruar në vitin 2010. Ka një bashkëpunim me Qendrën Shëndetësore të Banja Lukës (përgjegjëse për kujdesin parësor shëndetësor dhe reparalet e urgjencës) në kuadër të të cilit të gjitha gratë dhe fëmijët e strehuar në Strehëzën e Banja Lukës të drejtuar nga Fondacioni United Women mund të marrin ndihmë mjekësore në qendrën e mjekësisë familjare që është afër vendndodhjes së Strehëzës. Kjo vlen për të gjitha gratë pavarësisht nga vendbanimi i tyre i mëparshëm. Ekziston gjithashtu një bashkëpunim me një spital në Banja Luka i cili ofron kontrolle dhe ekzaminime të specializuara pa pagesë, duke u dhënë përparësi grave dhe fëmijëve përfitues të Strehëzës. Në pajtim me Ligjin për Mbrojtjen nga Dhuna në Familje, të gjitha viktimat e dhunës kanë të drejtën e ekzaminimit shëndetësor falas. Për më tepër, për shkak të përpjekjeve advokuese të Fondacionit United Women në Këshillin për Luftën ndaj Dhunës në Familje të Republikës Srpska, në nëntor 2020, Qeveria e RS miratoi vendimin për t'u ofruar testim falas për COVID-19 viktimave të dhunës në familje përpara akomodimit të tyre në strehëzat e Republika Srpska.²⁸¹¹

Historia e mëposhtme ilustron sesi gratë e mbijetuara me aftësi të kufizuara shpërfillen dhe lihen pas dore për shkak të një reagimi të dobët institucional, por tregon gjithashtu se ndërhyrjet e OJQ-ve të grave mund ta ndryshojnë situatën për mirë.

Gruaja me aftësi të kufizuara ishte braktisur nga institucionet, por OJQ ndryshoi fatin e saj

“Një grua me aftësi të kufizuara fizike ishte ekspozuar ndaj dhunës psikologjike dhe izolimit të detyruar nga i shoqi për një periudhë të gjatë kohore. Ajo lihej e mbyllur me kyç ndërkohë që burri i saj ishte në punë. Ajo iu drejtua linjës SOS për ndihmë, për shkak të mungesës së përgjigjes nga policia dhe Qendra për Punë Sociale ndaj denoncimeve të saj për dhunë. Gruaja u ishte drejtuar më parë institucioneve që nuk u ishin përgjigjur thirrjeve të saj dhe as nuk kishin dalë në terren për të kontrolluar kushtet e jetesës dhe rrethanat në të cilat ajo jetonte. Konsulentja e linjës SOS telefonoi policinë dhe këmbënguli që ta kontrollonin shtëpinë e saj. Kur oficerët e policisë i ranë ziles, rezultoi se shtëpia ishte e kyçur; gruaja nuk mund të ngrihej dhe të hapte derën vetë, kështu që ata arritën në përfundimin se ajo ishte e mbyllur brenda. Për shkak të ndërhyrjes nga organizata jonë, gruaja u largua nga shtëpia e saj dhe u akomodua në Strehëzën e Grave. Më tej, gjatë pandemisë, në Qendrën Shëndetësore në Vranje, një tryezë gjinekologjike hidraulike për gratë me paaftësi fizike ishte vendosur në zonën e kuqe të COVID-19 dhe mjekët nuk kishin mundësi të kryenin ekzaminime parandaluese dhe ekzaminime të tjera për këtë grup grash. Me iniciativën e organizatës sonë bashkëpunuese (Human Rights Committee - SOS helpline Vranje), tryeza gjinekologjike u zhvendos nga zona e kuqe.”

Iz kruga – Vojvodina, Organizata për Mbështetjen e Grave me aftësi të kufizuara,
<https://izkrugavojvodina.org/>

²⁸Vendim i Qeverisë së Republikës Srpska, gjendet në: <https://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Documents/Zakljucak%20o%20test%20zrtava%20nasilja%20u%20porodici%20prilikom%20smjestaja%20u%20sig%20kuce.pdf> (në serbisht)

Problemet e identifikuara në implementimin e këtyre protokolleve

Ndërsa shumica e vendeve në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi kanë marrë iniciativa të rëndësishme për të hartuar dokumentet përkatëse mbi detyrat e institucioneve, përfshirë sektorin e kujdesit shëndetësor publik, si dhe mbi bashkëpunimin ndërmjet agjencive, fokusi i këtij seksioni është në identifikimin e sfidave që dolën gjatë procesit të implementimit të tyre. **OJQ-të e grave identifikuan mangësitë e mëposhtme në zbatimin e protokolleve, duke përfshirë disa aspekte të rëndësishme që u shfaqën gjatë pandemisë COVID-19.**

Një OJQ shqiptare vuri në dukje se shumica e personelit mjekësor janë të patrajnuar në identifikimin e rasteve të dhunës në familje ose abuzimit seksual dhe në ofrimin e shërbimeve për viktimat, si dhe në lidhje me referimin. Për më tepër, profesionistët mjekësorë shmangin referimin e rasteve për shkak të “frikës se mos ballafaqohen me dhunuesit”. Gjatë pandemisë, disa viktima të dhunës në familje janë referuar në spitale nga oficerët e Policisë Gjyqësore për kryerjen e ekspertizës mjekoligjore, por spitali rajonal ka punuar vetëm me pacientë me COVID-19, dhe për rrjedhojë nuk ka mundur t’i kryejë këto ekzaminime. Gratë e marginalizuara, veçanërisht gratë rome dhe ato me aftësi të kufizuara, përballen me pengesa në marrjen e kujdesit shëndetësor në kohë. Kjo OJQ sqaroi më tej se pavarësisht detyrimit ligjor që rrjedh nga VKM nr. 327 “Për mekanizmin e bashkërendimit të punës ndërmjet autoriteteve përgjegjëse për referimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare, si dhe procedimin e tij për mbështetjen e rehabilitimin e viktimave të dhunës”, datë 02.06.2021, referimi i këtyre rasteve nuk ekziston në komunitetin e tyre.

Një OJQ boshnjake raporton se, “në përgjithësi, ka mungesë aksesit në shërbimet e përgjithshme për gratë e mbijetuara të dhunës, veçanërisht gjatë izolimit”. Qasja në shërbimet e kujdesit parësor shëndetësor ishte e kufizuar për shkak të kufizimeve të COVID-19 dhe kontrollet mjekësore të specializuara u vonuan. Gjatë muajve të parë pas shpërthimit të pandemisë, Fondacioni United Women përjetoi vështirësi në ofrimin e strehimit për gratë dhe fëmijët në nevojë për shkak të mungesës së ambienteve të izolimit dhe mungesës së procedurave të qarta për testimin dhe aksesin në testim për COVID-19.

Një OJQ kosovare raportoi për problemet me të cilat ballafaqohen gratë rurale në qendrat shëndetësore. Duket se mjekët ndonjëherë i shmangen ekzaminimit nëse lëndimet janë shkaktuar nga dhuna në familje, pasi viktimat vizitojnë qendrat e kujdesit shëndetësor në prani të anëtarëve të familjes së bashkëshortëve; “Gratë në zonat rurale nuk lejohen të shkojnë vetëm te mjeku, por zakonisht shoqërohen nga një familjar i bashkëshortit. Mjekët janë të vetëdijshëm për këtë çështje dhe duke qenë se nuk kanë kohë apo vullnet të flasin vetëm me gratë, nuk pyesin se si është shkaktuar lëndimi, por fokusohen vetëm në përshkrimin e një trajtimi. Kemi pasur një rast ku viktima ishte plagosur me thikë dhe i tha mjekut se ishte kafshim qeni, dhe mjeku në raport ka shkruar se ‘lëndimi është shkaktuar nga kafshimi i qenit’”. Një OJQ tjetër kosovare fokusohet në problemet e grave të cilat janë ose mund të jenë të ekspozuara ndaj diskriminimit ndërsektorial: “Bazuar në përvojat tona, ekzistojnë praktika diskriminuese në institucionet shëndetësore ndaj grave nga komunitetet rome, ashkali dhe egjiptiane, si dhe ndaj grave me aftësi të kufizuara dhe lezbikeve. Ata marrin shërbime më të dobëta dhe përballen me një qasje diskriminuese nga ofruesit e shërbimeve”.

Një OJQ nga Maqedonia e Veriut përshkruan problemet që lidhen me kostot e trajtimit mjekësor. Sipas nenit 51 të Ligjit të ri për Parandalimin dhe Mbrojtjen nga Dhuna ndaj Grave dhe Dhuna në Familje, të gjitha institucionet shëndetësore dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të marrin masa mbrojtëse për të lëshuar dokumentacionin e nevojshëm mjekësor për viktimat e DHNG, dhe

fondet për këto ndërhyrje parashikohen në programin vjetor të punës të Ministrisë së Shëndetësisë. Në praktikë, për të marrë një dokument të tillë, gratë duhet të paguajnë paraprakisht dhe pasi të kenë marrë një certifikatë konfirmimi nga Qendra lokale për Punë Sociale se janë viktimat të dhunës ndaj grave ose dhunës në familje, ato mund të rimbursohen për shpenzimet. Në përputhje me Ligjin për Mbrojtjen Sociale, viktimat kanë të drejtën e një ndihme financiare të njëhershme nga buxheti i shtetit që mbulon kostot e trajtimit mjekësor të lidhur me dhunën. Ndihma financiare maksimale për këtë qëllim është 12.000 denarë maqedonas (rreth 200 euro). Nëse nuk kanë sigurim, ekziston një Program për Nënë dhe Fëmijët, i cili ndiqet nga Ministria e Shëndetësisë çdo vit, por fondet mund të mbulojnë vetëm kostot e ekzaminimeve falas për viktimat e dhunës seksuale.

Një OJQ malazeze tregon pengesat që hasin gratë viktimat në aksesimin e shërbimeve shëndetësore. “Ne bashkëpunojmë mirë me institucionet shëndetësore kur ka një situatë akute dhune, kur viktimat ka lëndime dhe kur një shoqëruar shkon bashkë me të dhe policinë në ambulancë. Në raste të tilla, gjithçka përfundon relativisht shpejt, pa kohë pritjeje. Megjithatë, kur nevojiten kontrole shtesë (për shembull, ekzaminime të specializuara), gratë duhet të presin me orë të tëra. Vetëm kur mjekët individualë tregojnë empati, procesi mund të përshpejtohet. Gratë viktimat të dhunës që janë pa dokumente dhe të huaja nuk kanë akses në kujdesin e rregullt shëndetësor. Në raste të tilla ne llojmë që qendrat mjekësore private të ofrojnë ekzaminime të specializuara falas, ose të paktën të ofrojnë shërbimet e tyre me një tarifë më të vogël”.

Një OJQ serbe që punon me gratë me aftësi të kufizuara raporto i për pengesat e shumta që has ky grup grash kur kërkojnë ndihmë në institucionet shëndetësore: “Shërbimet shëndetësore janë të paaksesueshme, si në aspektin e barrierave arkitekturore ashtu edhe në aspektin e pajisjeve mjekësore të papërshtatshme (mungesa e tryezave hidraulike, instrumente të papërshtatshme, etj.). Profesionistët mjekësorë nuk janë të trajnuar sa duhet për të punuar me gratë me aftësi të kufizuara dhe ne vërejmë probleme të tilla si distanca sociale, barrierat në komunikim, mosnjohja e etiketës për aftësinë e kufizuar dhe përdorimi i një terminologjie fyese. Grave me aftësi të kufizuara u mohohet e drejta për të zgjedhur mjekun e tyre ose për të shkuar në ambiente që plotësojnë kushtet bazë të aksesit. Nën rrezik të madh janë gratë me aftësi të kufizuara mendore të cilat marrin kontraceptivë si pjesë e terapisë së rregullt; ato nuk janë të informuara për zgjedhjet e tyre shëndetësore dhe përgjithësisht nuk janë të informuara për metodat kontraceptive (siç është vendosja e pajisjes intrauterine). Sa i përket grave me dëmtim të dëgjimit, profesionistët mjekësorë nuk thërresin përkthyes të gjuhës së shenjave, megjithëse ky është detyrim ligjor dhe kur një grua vjen e shoqëruar nga përkthyesi, ndodh që e largojnë nga zyra. Profesionistët e kujdesit shëndetësor u drejtohen asistentëve personalë në vend të gruas së cilës i ofrojnë shërbimin, ose u kërkojnë atyre të bëjnë detyra që nuk janë në kompetencën e tyre (për shembull, të ndihmojnë infermieren që ta vendosë gruan në shtrat)”.

Shembuj të praktikave negative – Histori të shkurtra rreth përvojave të viktimave në institucionet e kujdesit shëndetësor:

Kush është përgjegjës për ekzaminimin mjekoligjor?

Një OJQ shqiptare dha një shembull të përvojës së një viktime të dhunës në familje të ndodhur kohët e fundit. Rasti ilustron vështirësi në ofrimin e shërbimeve mjekësore, siç është ekspertiza mjekoligjore, të cilat u shfaqën gjatë pandemisë. Meqenëse rrugët e zakonshme të referimit për ofrimin e ekzaminimit mjekoligjor në rastet e dhunës në familje u ndërprejnë për shkak të pandemisë, u bë e paqartë se cila qendër mjekësore specifike ishte përgjegjëse për kryerjen e ekzaminimit mjekoligjor. Si pasojë, gruaja nuk ka marrë shërbimin që i takonte, si viktimë e dhunës në familje: *“Gruaja ishte viktimë e dhunës në familje nga bashkëjetuesi i saj. Ajo e raportoi dhunën një javë pas incidentit të dhunshëm. Duke qenë se agjencia e parë shtetërore së cilës iu*

drejtua ishte policia, oficeri i policisë vendosi që ajo të kontrollohej nga mjeku ligjor në qytetin X. Megjithatë, për shkak të situatës emergjente gjatë pandemisë, rasti i saj u referua në një strehëz dhe ajo nuk mundi të merrte shërbime shëndetësore në këtë qytet. Në Vlorë ky shërbim nuk ofrohej pasi mjekët pretendonin se çështja e saj ishte nën juridiksionin e mjekut ligjor në qytetin X.”

Qendra Psiko-Sociale Vatra, Vlorë, Shqipëri, <http://qendravatra.org.al/>

A është ky virus më i rrezikshëm sesa një lëndim në kokë?

OJQ-ja nga Kosova dha një tjetër shembull negativ të përvojave të grave viktime gjatë pandemisë: *“Ne përkrahëm një grua, nënë e katër fëmijëve, e cila ka përjetuar dhunë në familje nga bashkëshorti i saj. Ajo kishte një lëndim në kokë të shkaktuar nga bashkëshorti dhe shkoi në spital, por për shkak të pandemisë, mjekët nuk e morën seriozisht rastin e saj. Ata e liruan me një shpjegim se ‘virusi është më i rrezikshëm se lëndimi i saj’. Ajo e denoncoi dhunën në polici dhe ata i thanë se ‘nuk mund të shkojë në një strehëz pasi ka katër fëmijë’. Disa muaj më vonë i shoqi e sulmoi sërish dhe ajo denoncoi përsëri dhunën në polici. Këtë herë policia e dërgoi në strehëz”.*

Qendra për Mirëqenien e Gruas, Kosovë, www.qmg-ks.org

Një shtatzëni e shkaktuar nga përdhunimi

Rrjeti i Monitorimit Kundër Dhunës me Bazë Gjinore, një rrjet i OJQ-ve shqiptare, përgatiti raportin hije për Komitetin e Palëve të Konventës së Stambollit në 2021, lidhur me zbatimin e rekomandimeve për Shqipërinë të dhëna nga GREVIO në 2017 dhe të lëshuara nga Komiteti i Palëve. Raporti përfshin një përshkrim të vështirësive të përjetuara nga viktimat e dhunës seksuale, duke përfshirë ndërhyrjet e mjekëve në lidhje me shtatzënitë e shkaktuara nga përdhunimi. Ata prezantuan rastin e një gruaje të ndihmuar nga Qendra Liliun, qendër e krijuar së fundmi në Shqipëri për të mbështetur viktimat e dhunës seksuale.

“Në dhjetor 2020, A.B. raportoi se ishte abuzuar sërish nga një person i panjohur. Si pasojë e abuzimit seksual u shkaktua një shtatzëni, e cila u zbulua nga konsulentët në spitalin psikiatrik të qytetit. Në atë kohë, A.B. ishte 19 javëshe shtatzënë. Ajo shprehu dëshirën për të ndërprerë shtatzëninë për shkak se nuk mund të kujdesej për fëmijën. Familja e saj refuzoi ta pranonte atë në shtëpi dhe ta mbështeste nëse shtatzënia nuk ndërpritej. Siguria e saj u vu në rrezik. A.B. u akomodua në Qendrën Liliun më 15 Prill 2021, së bashku me nënën e saj. Ajo u vlerësua nga psikiatri dhe mori mbështetjen e nevojshme psikologjike. Ajo u vizitua edhe nga një mjek obstetër-gjinekolog. Ndërkohë, sipas të afërmeve, përfaqësuesve të shërbimeve sociale dhe policisë së shtetit, vëllezërit e saj nuk e lejuan të kthehej në shtëpi ndërkohë që ishte shtatzënë. A.B. dhe C. D. këmbëngulën që shtatzënia duhej ndërprerë sepse ajo ndjente se ishte në rrezik për shkak të vëllezërve të saj.”

Neni 11 i ligjit nr. 8045, datë 7 dhjetor 1995, për ndërprerjen e shtatzënisë, thotë: *Ndërprerja e shtatzënisë për arsye sociale bëhet brenda javës së 22, në rast se një komision i përbërë nga 3 specialistë, mjekë, punonjës socialë, juristë, pas ekzaminimit dhe konsultimit, gjykon se shtatzënia është rezultat i përdhunimit ose një krimi tjetër seksual, si dhe kur vërtetohen arsye të tjera sociale. Udhëzimi për trajtimin e këtyre rasteve dhe përbërjen e komisionit miratohet nga ministri i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale.*

Mirëpo, udhëzimi përkatës që duhej të nxirrnin institucionet kompetente nuk u bë asnjëherë. Koordinatori vendor kundër dhunës në familje, shërbimet sociale dhe policia u informuan dhe u këshilluan të bënin një vizitë te familja për të ndërmjetësuar kthimin e A.B. në shtëpi. Përpjekjet e tyre nuk qenë të suksesshme sepse vëllezërit e saj refuzuan kategorikisht ta lejonin të kthehej në

shtëpi shtatzënë. Megjithatë agjencitë këmbëngulën dhe bënë të mundur kthimin e vajzës shtatzënë në shtëpi.

Qendra për Nisma Ligjore Qytetare, Tiranë, Shqipëri, duke cituar burimin e mëposhtëm: Rrjeti i Monitorimit Kundër Dhunës me Bazë Gjinore (2021). *Raport hije mbi implementimin e rekomandimeve të bëra ndaj Shqipërisë nga Komiteti i Palëve të Konventës së Këshillit të Evropës për Parandalimin dhe Luftën kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje 2018-2020 (Shadow report on the implementation of recommendations addressed to Albania by the Committee of the Parties to the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence 2018-2020)*, <https://rm.coe.int/albania-report-the-monitoring-network-against-gender-based-violence-co/1680a4681f>

E2. Dokumentimi i lëndimeve në një rast të dhunës në familje

Për të eksploruar mundësitë që OJQ-të e grave të forcojnë bashkëpunimin me profesionistët mjekësorë në të ardhmen, ky raport analizon më tej se si profesionistët e kujdesit shëndetësor përmbushin rolet e tyre në mbrojtjen e viktimave të dhunës. Detyrime të tilla përfshijnë edhe dokumentimin e duhur të lëndimeve të të mbijetuarës, pasi dokumente të tilla mund të kontribuojnë më tej në mbrojtjen e viktimës dhe dënimin e autorëve. Ky seksion analizon se si zbatohet në praktikë detyrimi i mjekëve për të dokumentuar lëndimet, në mënyrë që a) të identifikojë fushat ku OJQ-të e grave mund të përqendrojnë përpjekjet e tyre në të ardhmen (për shembull, duke shoqëruar viktimat kur raportojnë lëndimet dhe duke u kujtuar mjekëve detyrimin e tyre për të përdorur formularë të standardizuar për raporte të tilla) ose b) të identifikojë se ku nevojiten ndryshime në protokollet ekzistuese (për shembull, për të verifikuar nëse kërkesa e Konventës së Stambollit, e përfshirë në nenin 18, paragrafi 4, zbatohet në praktikë - nëse shërbimet viktimave u jepen pavarësisht vullnetit të tyre për të ngritur akuza ose për të dëshmuar kundër një autori të dhunës).

Profesionistët e kujdesit shëndetësor mund të japin një kontribut jetik si për mbrojtjen e viktimave ashtu edhe për ndjekjen penale të autorëve duke dokumentuar lëndimet në rastet e dhunës në familje, mundësisht duke u mbështetur në formularë të standardizuar. Formularë të tillë mund të përdoren më tej si prova në gjykatë, për qëllimin e ndjekjes penale të autorëve, si dhe për të marrë dëmshpërblim nga autori dhe/ose nga shteti (në varësi të dispozitave ligjore që rregullojnë dëmshpërblimin). **Një përshkrim i mirë, i detajuar dhe me baza të forta i lëndimeve nga mjekët mund të kontribuojë shumë për dënimin e autorëve në gjyq.** Për ta arritur këtë, profesionistët mjekësorë kanë nevojë për trajnime specifike fillestare dhe/ose gjatë shërbimit. Protokollet/udhëzimet që rregullojnë detyrat e profesionistëve në rastet e dhunës (atje ku ekzistojnë udhëzime të tilla) përfshijnë **formularë të standardizuar për të dokumentuar lëndimet e pësuar nga viktimat e dhunës.**

Në rajon, këto dokumente shpesh quhen “certifikata mjekësore” dhe përvojat e OJQ-ve të grave tregojnë se zakonisht **ndjekja penale e autorëve të dhunës në familje varet shumë nga dokumente të tilla, të cilat përdoren në gjyq si prova.** Përvoja e OJQ-ve të grave në rajon ilustron më tej se mjekët ndonjëherë shmangin lëshimin e dokumenteve të tilla, për shkak të mungesës së kompetencës, apo edhe frikës së një hakmarrjeje të mundshme nga ana e autorëve të dhunës. Mungesa e dokumentacionit të duhur mjekësor redukton në masë të madhe shansin e vërtetimit të dhunës në familje në gjyq.

Duke pasur parasysh rëndësinë e dokumentimit të duhur mjekësor të lëndimeve nga dhuna fizike, ky raport shqyrton më në detaje përvojat e OJQ-ve të grave në lidhje me këtë çështje. Qëllimi është të eksplorohe se si zbatohen në praktikë procedurat dhe rregulloret që lidhen me raportet mjekësore

për lëndimet, nëse dokumente të tilla janë pa pagesë dhe cilat praktika premtuese dhe probleme mund të identifikohen në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi. Raporti gjithashtu analizon në mënyrë më të detajuar nëse lëshimi i "certifikatave" të tilla i nënshtrohet kushteve të caktuara, si për shembull mbulimi i tarifave të caktuara ose referimi nga autoritetet përgjegjëse (siç është kërkesa që viktima duhet t'u referohet mjekëve nga policia ose prokuroria). **Këto kushte, nëse ekzistojnë, duhet të shqyrtohen tërësisht, duke marrë parasysh standardet e parashikuara në Konventën e Stambollit që shërbimet për viktimat, duke përfshirë për shembull ekzaminimet mjekoligjore, duhet të ofrohen pavarësisht nga gatishmëria e viktimës për të ngritur akuza apo për të dëshmuar kundër një autori** (Neni 18, paragrafi 4 i Konventës).

Të gjitha OJQ-të e grave që plotësuan pyetësorin konfirmuan se mjekët në vendet e tyre i lëshojnë këto dokumente mjekësore. Megjithatë, ka ndryshime sa i përket shpeshësisë së dokumenteve të tilla dhe vlerës së tyre si prova në gjyq. Për më tepër, përgjigjet variojnë edhe në situatat kur lëshimi i dokumentacionit është subjekt i kushteve specifike, duke përfshirë tarifën e paguar nga viktima, ose kushtin që viktima duhet t'i referohet profesionistëve mjekësorë nga policia ose prokuroria. Në bazë të përgjigjeve të marra, edhe pse mund të theksohen disa praktika premtuese, mund të konstatohet se ka shumë probleme që hasen në praktikë kur bëhet fjalë për dokumente të tilla mjekësore. Së fundi, në disa vende lëshimi i dokumenteve të tilla NUK është pa pagesë.

Praktika premtuese të identifikuar nga OJQ-të e grave

Lëndimet e dokumentuara nga mjekët në një mënyrë të ndjeshme nga ana gjinore

OJQ-të shqiptare vënë në dukje se, si rregull, certifikatat plotësohen dhe lëshohen nga mjekët ligjorë në Spitalet Rajonale. Megjithatë, një OJQ nga Tirana raporton se, krahas mjekëve ligjorë, edhe disa mjekë të familjes, të kualifikuar dhe me ndjeshmëri gjinore, i lëshojnë gjithashtu këto certifikata për rastet e dhunës në familje. Ky partner gjithashtu thekson se OJQ-ja Qendra për të Drejtat e Njeriut në Demokraci ka arritur t'i ndihmojë viktimat duke përdorur me sukses certifikatat si prova në gjyq.

Udhëzime kombëtare për dokumentimin e lëndimeve

Në mënyrë të ngjashme, një OJQ boshnjake raporton se si pjesë e një pakete burimesh për profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe mbrojtjes sociale, të zhvilluar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Kujdesit Social²⁹, profesionistëve mjekësorë janë ofruar formularë dhe udhëzime të detajuara për lëshimin e certifikatave. Ata më tej konfirmuan se certifikatat dhe listat e lëndimeve përdoren si prova në gjyq.

Në Serbi, një Protokoll i Posaçëm që rregullon detyrat e punonjësve të kujdesit shëndetësor në rastet e dhunës³⁰, i miratuar nga Ministria e Shëndetësisë (i cili ka qenë në përdorim për më shumë

²⁹Ministria e Punës dhe Mbrojtjes Sociale e Republikës Srpska dhe UNFPA (2015). *Paketë Materialesh për Përgjigjen e Ofruesve të Kujdesit Shëndetësor në Republikën Srpska ndaj Dhunës me Bazë Gjinore (Resource Package for Response of Health-Care Providers in Republika Srpska to Gender Based Violence)*. Banja Luka: UNFPA, <https://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/UNFPA%20Resursni%20Paket%20Light%20FINAL2.pdf> (në gjuhët boshnjake-kroate-serbe), dhe Këshilli i Lartë Gjyqësor dhe i Prokurorëve i Bosnjës dhe Hercegovinës (2018). *Manual për Veprim në Rastet e Dhunës me Bazë Gjinore dhe Dhunës Seksuale ndaj Grave dhe Fëmijëve për Policinë, Prokurorët dhe Gjyqtarët (Handbook for Action in Cases of Gender Based and Sexual Violence against Women and Children for the Police, Prosecutors and Judges)*, https://vstv.pravosudje.ba/vstv/faces/docservlet?p_id_doc=48586 (në gjuhët boshnjake-kroate-serbe)

³⁰ Titulli i plotë i dokumentit është: *Republika e Serbisë Ministria e Shëndetësisë – Protokoll i Veçantë për Mbrojtjen dhe Trajtimin e Grave Viktima të Dhunës (Republic of Serbia Ministry of Health - Special Protocol for The Protection and Treatment of Women Victims of Violence)*; i disponueshëm në anglisht në: https://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/English/UNDP_SRB_TirkizniTekst.pdf dhe

se 10 vjet), përfshin një formular të detajuar për regjistrimin dhe dokumentimin e dhunës që mjekët duhet ta plotësojnë. Megjithatë, dy OJQ nga Serbia kanë pasur përvoja të ndryshme në lidhje me përdorimin apo jo në praktikë të këtyre formularëve nga mjekët (shih seksionin më poshtë).

Problemet e identifikuar nga OJQ-të e grave

Certifikatat mjekësore jo gjithmonë pa pagesë

Gjetja më shqetësuese e këtij sondazhi është: **certifikatat mjekësore nuk janë pa pagesë në të gjitha vendet e analizuar**. Në disa vende, ekziston mundësia për të marrë dokumente të tilla pa pagesë, por në të tjera, ka disa kushte që duhet të plotësojnë viktimat e dhunës për të marrë një dokument të tillë pa pasur nevojë të paguajnë tarifë (për shembull në Shqipëri dhe Kosovë). **Ka (madje) shembuj që tregojnë se viktimat duhet të paguajnë një tarifë të konsiderueshme në praktikë, pavarësisht rregulloreve ligjore që parashikojnë se këto dokumente duhet të lëshohen pa pagesë.**

Në Maqedoninë e Veriut, për shembull, OJQ-ja raporton se një certifikatë duhet të lëshohet pa pagesë, në përputhje me Ligjin për Sigurimet Shëndetësore, por kjo dispozitë në fakt nuk zbatohet në praktikë. Sipas informacioneve të ofruara nga partneri i Maqedonisë së Veriut, në praktikë çmimi për lëshimin e këtij dokumenti varion nga 1.500 deri në 6.000 denarë maqedonas (rreth 25 deri në 100 euro). Në BiH, këto certifikata janë aktualisht pa pagesë për të gjitha viktimat e dhunës. Kur një viktimë hyn në godinat e kujdesit shëndetësor për ndihmë urgjente mjekësore, një certifikatë lëshohet *ex officio* nga mjekët dhe dërgohet në polici ose i jepet viktimës. Megjithatë, në periudhën e mëparshme, disa qendra shëndetësore kërkonin 50 BAM (marka boshnjake, afërsisht 25 euro) për një dokument të tillë. Fatkeqësisht, Fondacioni United Women Banja Luka regjistron raste edhe aktualisht, ku disa mjekë ende u kërkojnë para viktimave pasi nuk janë të informuar për ndryshimin në rregullore. Për shembull, në vitin 2020, mjekët në Kotor Varos nuk ishin në dijeni se këto certifikata duhet të jepen pa pagesë, kështu që anëtarët e stafit të Strehës për Gratë dhe Fëmijët Viktima të Dhunës u detyruan t'u dërgonin atyre tekstin e dispozitës aktuale ligjore, për të konfirmuar se nuk mund të kërkohej një tarifë.

Siç raportohet nga partneri kombëtar në Turqi, mjekët japin certifikata nëse viktimat hyjnë në spital, ose referohen në spital nga policia, dhe repartet e urgjencës lëshojnë certifikata pa pagesë. Këto certifikata apo raporte ofrohen edhe nga disa Njësi të Mjekësisë Ligjore në spitalet universitare në Turqi, por ato nuk janë pa pagesë.

Raportet mjekësore janë subjekt i kushteve të caktuara

Rregulloret në disa vende nënkuptojnë se lëshimi i një raporti mjekësor është subjekt i disa kushteve të caktuara. Në Shqipëri është mjeku ligjor ai që plotëson dhe lëshon certifikatën, e cila është pa pagesë, por viktimat duhet referuar nga agjencitë përkatëse. Mjekët ligjorë në Spitalet Rajonale i japin çdo viktime të dhunës në familje raportin e ekspertizës mjeko-ligjore pas referimit nga oficerët e Policisë Gjyqësore ose prokurorët. Siç sqarojnë më tej OJQ-të shqiptare, ky dokument nuk i jepet drejtpërdrejt viktimës së dhunës. Pas ekzaminimit të viktimës, përpilohet raporti dhe i dërgohet institucioneve përgjegjëse. Në rrethana të tilla, dokumenti përdoret dhe konsiderohet si provë thelbësore në gjyq. Problemi i identifikuar në këtë kontekst është se mjekët ligjorë nuk i japin viktimës një kopje të raportit mjekoligjor. Aktivistët e një OJQ-je shqiptare theksojnë më tej se oficerët e policisë nuk e referojnë në të gjitha rastet viktimën te mjeku ligjor për ekzaminim, gjë që është një çështje veçanërisht shqetësuese. Gjithashtu, disponueshmëria e mjekëve ligjorë, pra e

në serbisht:

https://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/UNDP_SRB_TirkizniTekst.pdf

atyre që janë të kualifikuar për të lëshuar dokumente të tilla, është e pamjaftueshme në Shqipëri. Për shembull, një organizatë shqiptare raportoi se një mjek ligjor mund të jetë përgjegjës për dy rrethe, kështu që shpesh është e pamundur të gesh një mjek në dispozicion kur viktimat ka nevojë për një ekzaminim të menjëhershëm.

OJQ-ja turke raporton se forcat e rendit apolicia e spitalit ndonjëherë i keqinformojnë ose dekurajojnë viktimat duke i bërë që të mos aplikojnë për një certifikatë. Për më tepër, një partner kombëtar në Kosovë raporton se mjekët lëshojnë certifikatë vetëm nëse viktimat shoqërohet nga policia, një punonjëse sociale ose një organizatë e grave; nëse viktimat shkon vetë, mjekët zakonisht e trajtojnë atë si pacientët e tjerë, përveç rastit kur ajo i informon se i duhet një certifikatë e tillë.

Dokumentim i pamjaftueshëm i lëndimeve

OJQ-të e grave në disa vende tregojnë se shpesh lëndimet nuk janë përshkruar mjaftueshëm, ose se mjekët ndonjëherë shmangin lëshimin e certifikatave mjekësore në rastet e dhunës në familje. Përgjigjet variojnë shumë sa i përket përdorimit të certifikatave në gjykata dhe vlerësë tyre në procedurat gjyqësore. Një OJQ malazeze thekson se certifikatat janë zakonisht shumë të shkurtra: lëndimet nuk përshkruhen në detaje, ose nuk përshkruhen të gjitha lëndimet. Partneri nga Mali i Zi më tej thekson se mjekët nuk e përfshijnë deklaratën e viktimës se lëndimet janë shkaktuar nga dhunuesi; zakonisht shkruhet se, “Viktima pretendon se lëndimet janë shkaktuar nga një palë e tretë”. Disa OJQ shqiptare theksojnë të njëjtin problem.

Një OJQ serbe që punon me gratë me aftësi të kufizuara raporton se mjekët rrallë e plotësojnë formularin (i cili është i parashikuar në protokollin që rregullon detyrat e profesionistëve mjekësorë, siç u shpjegua më lart), ose nuk i përshkruajnë lëndimet në detaje të mjaftueshme, gjë që ul vlerën e vërtetimeve të tilla në procedurat gjyqësore. Një partner tjetër serb pretendon se certifikatat zakonisht nuk përdoren si prova në gjyqe. OJQ-ja turke raporton se nganjëherë mjekët nuk i dëgjojnë viktimat me kujdes, ose nuk i kontrollojnë plotësisht ankesat e viktimave, kështu që këto të fundit nuk përfshihen në raporte.

Përfaqësues të OJQ-së që punon me viktimat në të gjithë Shqipërinë (Linja e Këshillimit për Gratë dhe Vajzat) raportojnë se ndonjëherë mungesa e referimit në kohë të viktimave të mjekët ligjorë nga policia ka një ndikim negativ në cilësinë e raportit mjeko-ligjor dhe për rrjedhojë, në dobinë e tij në procedurat gjyqësore. Në përvojën e tyre, problemet shfaqen kur punonjësit e policisë nuk e dërgojnë viktimën në kohë të mjeku ligjor, ose kur mjeku ligjor nuk e ekzaminon viktimën në kohë (megjithëse është caktuar një takim); kështu, ekzaminimi nuk bëhet menjëherë pas një akti të dhunshëm dhe provat e mbledhura mund të jenë më pak të vlefshme.

E3. Kontributi i profesionistëve shëndetësorë në ndjekjen penale të efektshme të çështjeve të dhunës seksuale

Në përgjithësi, vetëm disa raste të dhunës seksuale raportohen në polici. Shumë raste të raportuara ndërpriten kur viktimat refuzon të dëshmojë dhe shumë procedime penale nuk çojnë në dënim, për shkak të “mungesës së provave”. Ato viktimat që vendosin të dëshmojnë në ekspozohen mënyrë të pashmangshme ndaj ritraumatizimit, pasi u duhet ta përsërisin dëshminë e tyre shumë herë; fillimisht gjatë paraqitjes së ankesës në polici, më pas gjatë hetimit dhe në fund para gjykatësit. Historia e mëposhtme nuk ndjek këtë model të zakonshëm (*Shih Kutinë: Praktikë premtuese në sjelljen e autorëve të përdhunimit para drejtësisë: Mjekët mund të bëjnë ndryshimin*).

Në policy paper-in më të fundit mbi dhunën seksuale në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi³¹, janë analizuar detajet e mëposhtme:

- a) Procedurat që aplikohen kur një viktimë raporton përdhunimin në polici, si dhe
- b) Mundësitë për të kryer ekzaminim mjekësor dhe mjekoligjor pas përdhunimit, me qëllim që të vlerësohet nëse procedurat e zbatueshme janë në përputhje me **kërkesat e Konventës së Stambollit, konkretisht që ofrimi i shërbimeve nuk duhet të varet nga gatishmëria e viktimës për të ngritur akuza ose për të dëshmuar kundër njëdhunuesi (neni 18 paragrafi 4)**. Ndërkohë që rezultoi se nuk ishte e mundur të ofrohej një pasqyrë e plotë, përgjigjet e partnerëve kombëtarë treguan se **dispozitat ligjore ose procedurat e përcaktuara (p.sh. aktet nënligjore) që rregullojnë punën e agjencive shtetërore nuk janë harmonizuar me kërkesat e konventës për të parashikuar, për shembull, ekzaminim mjekësor dhe mjekoligjor për të gjitha viktimat, pavarësisht nga vullneti i tyre për të raportuar veprën penale** (ibid.). Rregulloret në vendet përkatëse kanë qenë (kryesisht) kufizuese; ekzaminimet mjekoligjore kryhen vetëm në rastin e kërkesës nga organet ligjzbatuese ose prokuroritë. Prandaj, ekzaminimi mjekoligjor (kryesisht) varet nga raportimi paraprak i viktimës në polici ose prokurori (ibid.).

Në këtë vlerësim, çështja e lartpërmendur është hulumtuar më tej, pasi OJQ-ve të grave iu kërkua të japin shembuj të përvojave më të fundit të viktimave të përdhunimit në marrjen e shërbimeve shëndetësore. Nuk u identifikuan ndryshime në situatën e përshkruar në studimin e mësipërm (ibid.). Megjithatë, shembulli i marrë për qëllimin e këtij hulumtimi është inkurajues.

Një nga OJQ-të e grave përshkroi një rast të shkurtër në lidhje me një të mbijetuar të abuzimit seksual (nga disa dhunues), rast i cili thekson se **një ndërhyrje e shpejtë dhe kompetente nga profesionistët e kujdesit shëndetësor mund të bëjë vërtet ndryshimin**. Autorët u dënuan me burgim dhe në gjykim rol vendimtar luajti dokumentacioni i siguruar nga mjekët e urgjencës.

Praktikë premtuese në vënien para drejtësisë të përdhunuesve: Mjekët mund të bëjnë ndryshimin

“Në prill 2020, ne u kontaktuam nga një vajzë e cila ishte abuzuar seksualisht nga partneri i saj për disa vite. Ne ishim organizata e parë të cilës ajo iu drejtua për ndihmë. Ajo tha se ishte përdhunuar nga partneri i saj dhe nga dy shokë të tij. Me mbështetjen tonë, ajo shkoi në qendrën e kujdesit shëndetësor urgjent dhe denoncoi përdhunimin. Mjeku thirri gjinekologun e turnit dhe u dokumentuan të gjitha lëndimet. U lajmërua policia dhe për autorët u caktua masa urgjente endalimit për 24 orë. Masa u zgjat për 30 ditë, kështu autorët e krimit mbetën në paraburgim. Ndaj tyre filloi një procedim penal. Vajza nuk pranoi të dëshmonte. Prokurori përdori të dhënat mjekësore dhe vazhdoi gjykimin. Autorët u dënuan me burg.”

OJQ Fenomena, Kraljevo, Serbi, www.fenomena.org

³¹Brankovic, B. and Saidlear, C. (2021). *Praktikë premtuese e krijimit dhe ofrimit të shërbimeve të specializuara për gratë që kanë përjetuar dhunë seksuale: Një përmbledhje ligjore dhe praktike për OJQ-të e Grave dhe politikë-bërësit në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi (Promising practice of establishing and providing specialist support services for Women experiencing sexual violence: A legal and practical overview for Women’s NGOs and policy makers in the Western Balkans and Turkey.)* Vienw: Gratw kundwr Dhunws Evropw (WAVE), Bashkimi Evropian, Platforma pwr Forcimin e Shoqwrsw Civile dhe UN Women, <https://WAVE-network.org/promising-practices-of-establishing-and-providing-specialist-support-services-for-Women-experiencing-sexual-violence-a-legal-and-practical-overvieë-for-Womens-ngos-and-policy-makers-in-the-w/>

F. Si funksionon në praktikë përgjigja e koordinuar midis disa agjencive ndaj dhunës në familje: Rasti i Shqipërisë –Raporti Fillestar i Vlerësimit i GREVIO-s

Shqipëria mund të shihet si një shembull i praktikave të mira në fushën e krijimit të strukturave për bashkëpunim mes disa agjencive. Autoritetet kanë krijuar të ashtuquajturin Mekanizëm të Koordinuar të Referimit në nivel lokal (bashkie). GREVIO në raportin e tij fillestar(2017) theksoi se, megjithëse strukturat e nevojshme për mekanizma efektivë për bashkëpunimin mesdisa agjencive janë parashikuar në mënyrën e duhur, boshllëqet në funksionimin e tyre praktik janë ende të dukshme, sfidat janë komplekse dhe të shumta. Një nga sfidat e identifikuara nga GREVIO ishte **përfshirja e pamjaftueshme e ofruesve të kujdesit shëndetësor** në funksionimin e mekanizmit të lartpërmendur.

Duke pasur parasysh këtë, “mësimet e nxjerra” në procesin e vendosjes së bashkëpunimit mes disa agjencive në Shqipëri mund të jenë potencialisht të zbatueshme për vendet në të gjithë rajonin e Ballkanit Perëndimor dhe për këtë arsye, citojmë më poshtë analizën e GREVIO.

Në raportin e vlerësimit fillestar për zbatimin e Konventës së Stambollit në Shqipëri, GREVIO vlerësoi se studimet e disponueshme tregojnë se Shqipëria është një nga vendet e pakta në rajonin e Evropës Qendrore dhe Lindore që ka krijuar një rrjet për ndërhyrje komunitare të bashkërenduar, dhe se arritjet e Shqipërisë në këtë fushë citohen me të drejtë si një shembull i praktikave të mira të bashkëpunimit mes disa agjencish në rajon.

Shqipëria filloi të pilotojë mekanizma për bashkëpunimin mes agjencive në vitin 2007 dhe më pas krijoi një bazë ligjore për funksionimin e tyre. Detyrat dhe përgjegjësitë e profesionistëve që merren me rastet e dhunës në familje përcaktohen nëpërmjet ndryshimeve të ligjit nr. 9669 “Për masat kundër dhunës në marrëdhëniet familjare”, të miratuara në vitin 2011. Autoritetet miratuan gjithashtu rregullore ligjore që krijuan Mekanizmin kombëtar të Koordinuar të Referimit për Rastet e Dhunës në familje që vepron në nivel lokal (bashkiak), i përbërë nga tre struktura: komiteti drejtues, ekipi teknik ndërdisiplinar dhe koordinatori vendor. Detyrat e mekanizmit janë të sigurojë veprim të koordinuar të institucioneve dhe aktorëve të tjerë, si OJQ-të e grave, në mbështetjen e viktimave të dhunës në familje.

GREVIO shtjellon rolin e këtyre strukturave dhe shërbimeve/masave mbrojtëse që ato ofrojnë: një komitet drejtues është përgjegjës për drejtimin politik të procesit, një ekip teknik ndërdisiplinor është i ngarkuar me menaxhimin e rasteve, ndërsa një koordinator vendor drejton dhe bashkërendon punën e ekipit teknik. Mekanizmat përbëhen nga përfaqësues nga bashkia, policia, gjykatat, duke përfshirë prokurorët dhe përmbaruesit, institucionet shëndetësore, zyrat e punësimit, zyrat arsimore dhe OJQ-të e specializuara për DHNG. Cilido anëtar i mekanizmit që viktimat kontakton fillimisht, e vë në lëvizje procesin duke e referuar viktimën te koordinatori lokal dhe/ose anëtarët e tjerë të sistemit. Mekanizmi ofron shërbime, afatshkurtra dhe afatgjata, të tilla si mbështetja shëndetësore, strehimi dhe mbrojtja (duke përfshirë procedurat për urdhrat e mbrojtjes), ndërsa ndërhyrjet afatgjata përfshijnë psikoterapi, asistencë me fëmijët dhe procedurat e divorcit dhe riintegrimin në shoqëri. Në vlerësimin e funksionalitetit të këtyre mekanizmave (d.m.th. se si zbatohen në praktikë rregulloret ligjore për bashkëpunimin mes disa agjencive) GREVIO vlerëson, së pari, se mekanizmat vendorë të referimit janë elementi qendror i përgjigjes së koordinuar mes disa agjencive, që Shqipëria aplikon ndaj dhunës, pasi ato bëjnë bashkë një gamë të gjerë përfaqësuesish nga autoritetet përkatëse dhe shoqëria civile për të dhënë një përgjigje të fortë të unifikuar ndaj dhunës në familje, dhe gjithashtu vë në dukje se OJQ-të dhe donatorët ndërkombëtarë kanë luajtur një rol vendimtar në krijimin e mekanizmave ekzistues. Së dyti, GREVIO vlerëson lidhësinë politik të atyre kryetarëve të bashkive që nxitën procesin e krijimit të mekanizmave të referimit në komunitetet e tyre. Ndërsa pranon se krijimi dhe mbështetja e

mekanizmave të tillë është një proces kompleks që kërkon disa vite, GREVIO identifikon boshllëqe të shumta në funksionimin e tyre:

- a) Aktualisht, mekanizmat e referimit janë vendosur në vetëm 29 nga 61 bashki që janë gjithsej në Shqipëri³². Që nga 2021-shi, mekanizmat janë krijuar në të 61 bashkitë e vendit, por variojnë në shkallën e funksionimit të tyre;
- b) Hallkat “e dobëta” në mekanizmat e referimit ndikojnë në efektivitetin dhe cilësinë e përgjigjes ndërinstitucionale ndaj DHNG;
- c) Ndërrimi i shpeshtë i stafeve, sidomos pas zgjedhjeve politike, redukton kapacitetin e tyre;
- d) Mekanizmave të referimit u mungon një paketë gjithëpërfshirëse shërbimesh për t’u ofruar viktimave dhe ata nuk arrijnë t’i plotësojnë nevojat e viktimave, siç tregohet në studime;
- e) Bashkëpunimitmes agjencive për format e DHNG përveç dhunës në familje i mungon një bazë e qartë ligjore. Autoritetet tregojnë se mekanizmi i referimit i krijuar për të trajtuar rastet e dhunës në familje mund të shërbejë gjithashtu për të trajtuar forma të tjera të DHNG, megjithatë, GREVIO nuk ishte në gjendje të verifikonte nëse viktimat e ndjekjes, dhunës seksuale dhe përdhunimit ose martesës së detyruar i janë drejtuarndonjëherë një mekanizmi të tillë;
- f) Sipas vlerësimit të GREVIO, mekanizmi ekzistues varion sa i përket shkallës së efektivitetit. Dobësitë kryesore përfshijnë: mungesën e zbatimit të duhur të urdhrave të mbrojtjes së menjëhershme dhe urdhrave të mbrojtjes nga përmbaruesit, përgjigjet e papërshtatshme nga sistemi i gjykatave dhe implikimin e pamjaftueshëm të profesionistëve të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë ekspertët mjekoligjorë.

Sipas Raportit mbi Zbatimin e Rekomandimeve drejtuar Shqipërisë nga Komiteti i Palëve të Konventës së Këshillit të Evropës për parandalimin dhe luftimin e dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje³³, VKM u rishikua në mënyrë thelbësore në vitin 2021 për të përfshirë masat e marra për të forcuar mekanizmin e referimit pas raportit të GREVIO. Vendimi i Këshillit të Ministrave për funksionimin e Mekanizmit të Koordinuar të Referimit kundër rasteve të dhunës në familje në nivel kombëtar është miratuar në qershor 2021, dhe shfuqizon VKM-në e mëparshme. Vendimi thekson më tej nevojën për t’i dhënë përparësi trajtimit të të gjitha formave të dhunës ndaj grave përmes një qasjeje të koordinuar shumë-sektoriale.

Në këtë kontekst, u organizuan një sërë tryezash të rrumbullakëta konsultative me organe kyçe të pavarura si Avokati i Popullit, Komisioneri për Mbrojtjen nga Diskriminimi, Dhoma e Avokatisë, përfaqësues akademikë dhe të shoqërisë civile. Ndër të tjera u diskutua për një ligj të ri gjithëpërfshirës kundër dhunës ndaj grave. Më konkretisht, në nivel vendor, përgjegjësia për parandalimin, mbrojtjen, mbështetjen dhe rehabilitimin e viktimave të dhunës në familje i takon Mekanizmave të Koordinuar të Referimit (MKR), të krijuar tashmë në të 61 bashkitë e vendit. MKR-të u krijuan në zbatim të Ligjit Shqiptar: Zbatimi i Rekomandimeve të adresuara nga Komiteti i Palëve 2018-2020 Dorëzuar më 30 Qershor 2021, ligji nr. 9669/2006 “Për masat kundër dhunës në marrëdhëniet familjare”, i ndryshuar, i cili mbështetet në parimet e Konventës së Stambollit dhe konventave dhe traktateve të tjera ndërkombëtare (neni 3/1). VKM-ja e re që rregullon funksionimin e MKR-ve i referohet më gjerësisht Konventës së Stambollit dhe trajton të gjitha format e dhunës ndaj grave.

³²Vini re që ky vlerësim nga GREVIO është bërë në 2017-ën, dhe ndryshimet në numrin e mekanizmave të referimit kanë ndodhur pas këtij raporti.

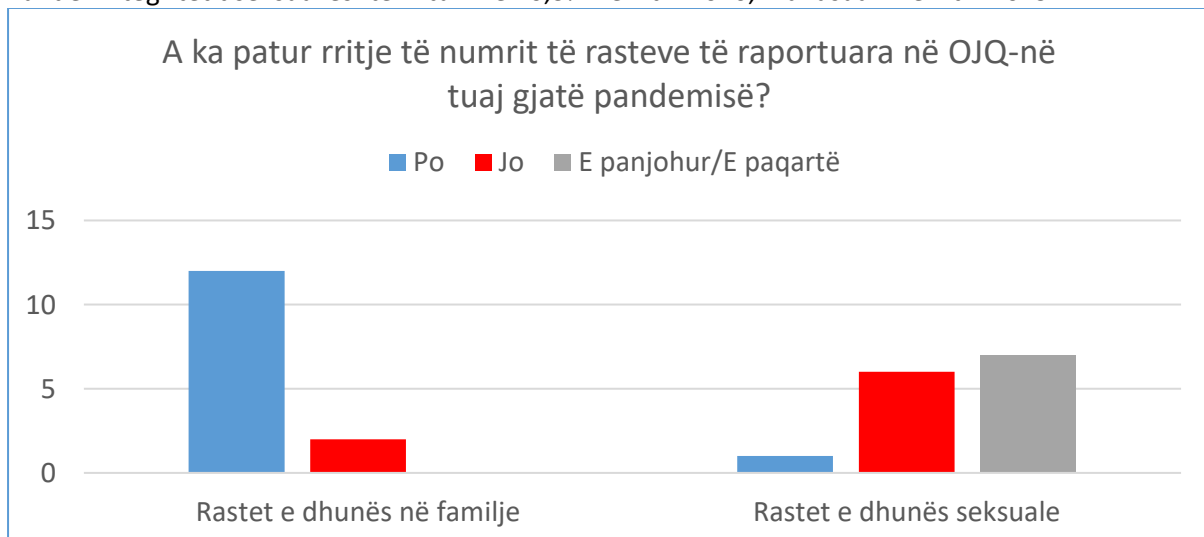
³³<https://rm.coe.int/albania-report-on-the-implementation-of-the-recommendations-from-cp-ic/1680a30d7f>

G. A ka çuar pandemia e COVID-19 në shtimin e rasteve të dhunës në familje dhe/ose dhunës seksuale të raportuara tek OJQ-të e grave?

Pandemia e COVID-19 ka pasur një ndikim të gjerë në mbrojtjen e grave dhe fëmijëve viktime të dhunës, siç tregon edhe analiza e mëparshme. Duhet theksuar më tej se ky vlerësim nuk mund t'i përgjigjet pyetjes nëse dhuna si e tillë është rritur në kontekstin e pandemisë, por trajton vetëm pyetjen nëse ky kontekst specifik ka çuar në rritje apo ulje të numrit të **raportimeve** të dhunës në OJQ-të e grave. Ende nuk është përfunduar një analizë e thelluar e impaktit të pandemisë. Ekzaminimi i aspekteve të ndryshme dhe komplekse të këtij impakti shkon përtej qëllimit të këtij studimi. Megjithatë, hulumtimi aktual fokusohet në aspektet e mëposhtme:

- A kanë regjistruar OJQ-të që plotësuan pyetësoin një rritje apo ulje të numrit të rasteve të dhunës në familje të raportuara në OJQ-në e tyre gjatë periudhës së fundit prej një viti e gjysëm (që nga fillimi i pandemisë), krahasuar me 2019-ën?
- A kanë regjistruar OJQ-të e grave një rritje apo ulje të numrit të rasteve të dhunës seksuale³⁴ të raportuara në OJQ-në e tyre gjatë periudhës së fundit prej një viti e gjysëm (që nga fillimi i pandemisë), krahasuar me vitin 2019?
- A kanë identifikuar OJQ-të e grave probleme specifike që ndryshojnë nga përvoja e tyre para pandemisë?

Pothuajse të gjitha OJQ-të (12 nga 14), u përgjigjën se kanë regjistruar një rritje të numrit të rasteve të dhunës në familje të raportuara në OJQ-të e tyre gjatë pandemisë (shih Grafikon 5). Për sa i përket rritjes së rasteve të dhunës seksuale, përgjigjet ndryshojnë. Vetëm një OJQ ka regjistruar një numër të shtuar të rasteve të tilla; gjashtë OJQ nuk kanë regjistruar një rritje të tillë, dhe shtatë janë përgjigjur ose se nuk punojnë me të mbijetuarat e abuzimit seksual, ose nuk kanë të dhëna të plota (shih grafikun 5). Një OJQ boshnjake u përgjigj se OJQ-ja e tyre nuk regjistroi rritje të numrit të rasteve të dhunës seksuale të raportuara tek ata; megjithatë, Ministria e Brendshme e Republikës Srpska deklaroi në Raportin e sajmbiStatusin e Sigurisë në vitin 2020 se numri i veprave penale kundër integritetit seksual është rritur me 20,3% në vitin 2020, krahasuar me vitin 2019.



³⁴Në pyetësoin e krijuar për qëllimin e këtij studimi, ne përfshimë pyetjen nëse partnerët kombëtarë kanë regjistruar një rritje apo ulje në numrin e rasteve të dhunës seksuale të raportuara në OJQ-në e tyre. Por disa nga OJQ-të – partner kombëtarë **nuk punojnë me të mbijetuarat e abuzimit seksual, ose e bëjnë këtë vetëm me raste (ose-i referojnë këto raste në agjenci/organizata të tjera)**; prandaj, informacioni i lidhur me rastet e dhunës seksuale mund të jetë më pak i besueshëm.

Grafiku 5: Shpërndarja e përgjigjeve ndaj pyetjes: A keni regjistruar një rritje në numrin e rasteve të dhunës në familje, si dhe asaj seksuale, të raportuara në OJQ-në tuaj gjatë pandemisë (në periudhën e fundit prej një viti e gjysëm), krahasuar me 2019-ën?

OJQ-të e grave dhanë gjithashtu shpjegime për problemet e identifikuar gjatë pandemisë. OJQ-të shqiptare raportuan se gjatë pandemisë, viktimat ishin më pak të prirura për të raportuar dhunën në familje në polici. Sipas tyre, kjo e fundit ka ndodhur për një sërë arsyesh, duke përfshirë: mungesën e akomodimit alternativ dhe kufizimet e lëvizjes; kufizimet në transportin publik që prekën gratë që jetojnë në zonat rurale; agjencitë shtetërore/ofruarit e shërbimeve punonin në mënyrë "jofunksionale" ose kishin reduktuar orarin e punës; rritja e pasigurisë ekonomike i bëri vendimet për ta lënë partnerin e dhunshëm edhe më të vështira se në rrethana "normale". Disa nga këto OJQ vunë re se kishin regjistruar më shumë raste të dhunës psikologjike, ose se dhuna në familje u rrit në ashpërsinë e saj. Një OJQ shqiptare specifikoi se të dhënat e tyre nënkuptojnë një rritje të rasteve të vetë-referuara të dhunës në familje, ndërsa numri i rasteve të referuara nga policia është ulur.

Përgjigjet e OJQ-ve boshnjake, serbe dhe turke (Shih kutinë: *OJQ-të e grave si burimi kryesor i mbështetjes gjatë pandemisë: Shembuj nga Bosnja dhe Hercegovina, Serbia dhe Turqia*) treguan se qasja në shërbimet e përgjithshme ishte e kufizuar, veçanërisht gjatë fazës së parë të pandemisë. Shërbimet e kujdesit shëndetësor ishin të mbingarkuar me pacientë me COVID-19 dhe disponueshmëria e tyre për pacientët e tjerë u zvogëlua, ndërsa shërbimet e mbrojtjes sociale reduktuan orët e punës ose ndaluan fare punën e drejtpërdrejtë me klientët. **Prandaj, gratë viktimat të dhunës iu drejtuan OJQ-ve të grave në një numër më të madh, pasi këto organizata kanë vazhduar të ofrojnë mbështetje gjatë gjithë pandemisë.** Për këto arsye, **disa nga OJQ-të kanë rritur ndjeshëm numrin e shërbimeve të ofruara për viktimat.**

Bazuar në informacionin e dhënë nga të anketuarit, **një nga konkluzionet më të rëndësishme të këtij sondazhi është se OJQ-të e grave, aq sa kanë mundur, kanë kompensuar kufizimet në ofrimin e shërbimeve të përgjithshme gjatë pandemisë.**

OJQ-të e grave si burimi kryesor i mbështetjes gjatë pandemisë: Shembuj nga Bosnja dhe Hercegovina, Serbia, dhe Turqia

Në dy muajt e parë të pandemisë (në mars dhe prill 2020) dhe kur ishin vendosur masa të rrepta të qeverisë (bllokime dhe kufizime të lëvizjes), **Fondacioni United Women Banja Luka** regjistroi një ulje të numrit të telefonatave në linjën SOS. Ata kanë regjistruar rënie edhe në kërkesat për ndihmë juridike dhe psikosociale falas. Por pas kësaj periudhe kërkesat u rritën: Linja SOS regjistroi një rritje të numrit të telefonatave, midis 20% dhe 30% në krahasim me periudhën para pandemisë. Kjo OJQ ka ofruar 285 shërbime të ndihmës juridike falas në vitin 2019 dhe 437 shërbime të tilla në vitin 2020; numri i grave të akomoduar në strehëz ishte 40 në vitin 2019 dhe 54 në vitin 2020. Kjo OJQ gjithashtu theksoi se gratë kishin vështirësi për të aksesuar shërbimet e përgjithshme të ofruara nga Qendrat për Punë Sociale, qendrat shëndetësore dhe gjykatat. Qendrat për Punë Sociale kufizuan punën e tyre në terren dhe kontaktin e drejtpërdrejtë me përfitueset, qendrat shëndetësore gjithashtu kishin kontakte të kufizuara me pacientet, ndërsa gjykatat procedonin vetëm çështjet që kishin të bënin me shkeljen e masave të vendosura nga qeveria gjatë pandemisë.

Një OJQ serbe që ofron shërbime të specializuara për gratë me aftësi të kufizuara, Iz kruga/Out of Circle Vojvodina, raportoi se kishte ofruar një numër më të madh shërbimesh gjatë pandemisë. Më tej ata raportuan se problemi i zbatimit të vendimeve gjyqësore lidhur me të drejtën e vizitës ishte më i theksuar, krahasuar me periudhën para pandemisë. Që nga fillimi i pandemisë në vitin 2020, krahasuar me vitin 2019, numri i shërbimeve të ofruara është rritur me 35%, dhe numri i

grave të ekspozuara ndaj dhunës të cilave u janë ofruar këto shërbime është rritur me 27%. Një problem i vazhdueshëm, veçanërisht gjatë gjendjes së emergjencës, ishte zbatimi i vendimeve gjyqësore që rregullonin të drejtat e baballarëve për vizitë. Kur fëmijët jetonin me nënat e tyre, pritej që prindërit të lidhnin vetë një marrëveshje për të drejtat e vizitës gjatë orëve kur lëvizja nuk ishte e kufizuar. Në rastet kur kishte një histori të dhunës në familje, ishte shumë më e vështirë arritja e një marrëveshjeje që të ishte në përputhje me dinamikën e vizitave të përcaktuara nga gjykata. Gjithashtu u vu re një problem tjetër: kur fëmijët jetonin me anëtarë të moshuar të familjes, kontakti i tyre me persona të tjerë jashtë familjes rriti mundësinë e transmetimit të virusit te anëtarët e moshuar të familjes dhe në këtë mënyrë përbënte një rrezik serioz për shëndetin. Për më tepër, me ndryshimin e regjimit të punës në Qendrat për Punë Sociale gjatë gjendjes së jashtëzakonshme, gratë viktime të dhunës e kanë pasur edhe më të vështirë marrjen e informacionit dhe të ndihmës.

OJQ-ja turke Mor Cati ka shënuar rritje të numrit të kërkesave për të mbështetur gratë viktime. Ata specifikuan se kanë shtuar numrin e pjesëtarëve të stafit në periudhën e pandemisë, për të përballuar kërkesën e shtuar. Ata theksuan se gratë më të reja dërguan më shumë aplikime se më parë (pasi qëndruan me prindërit gjatë pandemisë), dhe u rrit gjithashtu numri i aplikimeve të dërguara me email. Si vërejtje e përgjithshme, kjo organizatë vuri në dukje se meqenëse situata në mekanizmat e mbështetjes shtetërore u përkeqësuan gjatë pandemisë, gratë nuk arritën t'i shfrytëzonin ato dhe për rrjedhojë ato iu drejtuan OJQ-ve të grave më shpesh se më parë.

OJQ-të e grave paraqitën gjithashtu histori të shkurtra, të cilat ilustrojnë përvojat e viktimave gjatë pandemisë. Duhet të theksohet një histori e veçantë, pasi ajo tregon se çfarë ndodh kur viktime është një punonjës mjekësor, me përgjegjësi shtesë në lidhje me punën gjatë periudhave të bllokimit. Bazuar në faktet e përshkruara duket se spitali, në të cilin edhe viktime edhe dhunuesi kanë qenë të punësuar si punonjës mjekësorë, nuk ka ndërmarrë asnjë hap për të mbështetur dhe mbrojtur viktimën.

Problemet e identifikuar gjatë pandemisë: Çfarë ndodh kur si viktime ashtu edhe dhunuesi punojnë në të njëjtin spital?

“Një grua i mbijetoi dhunës psikologjike dhe fizike nga bashkëshorti dhe babai i tij. Ajo denoncoi dhunën në polici dhe bashkëshorti i saj u largua nga shtëpia për 48 orë, afat që më pas u zgjat në 30 ditë. Ajo dhe burri i saj janë punonjës mjekësorë dhe punojnë në të njëjtin spital. Për shkak të pandemisë COVID-19 dhe vëllimit të shtuar të punës, atyre u ishte ndaluar të merrnin pushime dhe nuk kishin mundësi të merrnin leje për arsye shendetësore. Ndaj ekzistonte rreziku që ata të takoheshin sepse punonin bashkë. Gjithashtu, nuk kishte kush të kujdesej për fëmijët ndërsa ajo ishte në punë. Edhe pse masa e mbrojtjes ishte vendosur në lidhje me gruan, por jo për fëmijët, dhe nuk kishte asnjë pengesë që babai t'i shikonte dhe të kujdesej për ta, problemi i evidentuar ishte se si do të organizohej “dorëzimi” i fëmijëve nga nëna te babai dhe për rrjedhojë të mos cenoheshin masat e mbrojtjes. Një mundësi do të ishte organizimi përmes një “personi neutral” të tretë, por gruaja nuk mund ta organizonte diçka të tillë dhe nuk kishte kush ta mbështeste. Ndonëse gruaja mbrohej nga masa, praktikisht ishte e pamundur që ajo të zbatohet dhe gruas i duhej të ishte në kontakt me burrin dhunues”.

Iz kruga / Out of Circle – Vojvodina, Organizatë për Mbështetjen e Grave me aftësi të kufizuara, <https://izkrugavojvodina.org/>

H. Trajnimet për profesionistët e kujdesit shëndetësor të organizuara nga OJQ-të e grave: Një bazë e qëndrueshme për forcimin bashkëpunimit në të ardhmen

Ky vlerësim hulumtues analizon nëse profesionistët e kujdesit shëndetësor janë trajnuar mjaftueshëm për t'iu përgjigjur rasteve të dhunës në familje dhe asaj seksuale, dhe nëse OJQ-të e grave kanë kontribuar në ofrimin e këtyre trajnimeve. Prandaj, informacioni mbi trajnimet e mëparshme të organizuara nga OJQ-të e grave mund të shihet si një tregues i kapacitetit të tyre. Për më tepër, ofrimi i trajnimeve mund të shihet gjithashtu si një shans për të përmirësuar komunikimin dhe bashkëpunimin ndërmjet ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe OJQ-ve të grave, dhe për këtë arsye mund të konsiderohet si një praktikë premtuese.

Të gjitha OJQ-të e grave që morën pjesë në këtë projekt vlerësuan se profesionistët e kujdesit shëndetësor në vendet e tyre nuk janë trajnuar sa duhet për çështjet e dhunës ndaj grave, veçanërisht për një përgjigje të koordinuar mes disa agjencive ndaj dhunës në familje dhe asaj seksuale. Për ta ilustruar këtë, një përgjigje e OJQ-së serbe citohet më poshtë, *“Sipas mendimit tonë, punonjësit e kujdesit shëndetësor nuk janë mjaftueshëm të trajnuar për të punuar me gratë që kanë përjetuar dhunë në familje ose dhunë seksuale. Punonjësit e kujdesit shëndetësor nuk kanë ndjeshmëri gjinore, ata nuk kanë njohuri të mjaftueshme për llojet e ndryshme të dhunës dhe pasojat që çdo lloj dhune ka në shëndet. Ata janë gjithashtu të mbingarkuar me detyra administrative kur ofrojnë shërbime të kujdesit shëndetësor dhe kanë kohë të kufizuar për të ofruar shërbime, që do të thotë se nuk mund t'i kushtojnë vëmendje dhe kohë të mjaftueshme secilit pacient edhe nëse janë të trajnuar.”*

Në mënyrë të ngjashme, OJQ-ja e grave në Turqi pretendon se trajnimet duhet të përqendrohen në ndryshimin e qëndrimeve të profesionistëve mjekësorë, *“problemi konsiston në përfaqsimin e këtyre profesionistëve më shumë sesa në mungesën e njohurive. Ne hasim shembuj ku ata fajësojnë, dekurajojnë ose keqinformojnë gratë viktimë të dhunës”.*

Disa nga OJQ-të e Shqipërisë sqaruan se profesionistët shëndetësorë kanë nevojë për trajnime të vazhdueshme mbi rregulloret ligjore. Një partner shqiptar vuri në dukje se vetë profesionistët mjekësorë kanë kërkuar më shumë takime dhe trajnime në lidhje me raportimin e rasteve të dhunës, ndryshimet e fundit ligjore, si dhe mbi "Procedurat standarde të funksionimit për trajtimin e rasteve të dhunës në familje dhe me bazë gjinore nga punonjësit e shërbimeve shëndetësore". Një partner tjetër nga Shqipëria thekson se profesionistët e kujdesit shëndetësor kryesisht nuk janë trajnuar mjaftueshëm për të identifikuar rastet e dhunës në familje dhe asaj seksuale dhe për të ofruar shërbime ndaj viktimave, dhe shton se trajnimet e organizuara nga OJQ-të e grave shpesh janë ndjekur nga vetëm një ose dy përfaqësues të qendrave mjekësore, një numër shumë i ulët krahasuar me numrin e mjekëve që punojnë në komunitetet lokale. Një partner tjetër nga Shqipëria thotë se këta profesionistë më së shumti duhet të trajnohen që ta kuptojnë dhunën në aspektin gjinor dhe të zbatojnë një përfaqje me ndjeshmëri gjinore ndaj viktimave.

Më tej u hulumtua se çfarë lloj trajnimesh janë organizuar kohët e fundit për këta profesionistë nga autoritetet përgjegjëse apo OJQ-të, cila ishte përmbajtja e trajnimeve të tilla dhe nëse trajnimet ishin të detyrueshme apo fakultative. Duke marrë parasysh që një pasqyrë e plotë e trajnimeve për këta profesionistë është jashtë objektit të këtij studimi, OJQ-ve iu kërkua vetëm të japin **shembuj** të trajnimeve të fundit.

Në bazë të përgjigjeve të dhëna, **nuk ishte e mundur të arriheshin konkluzione përfundimtare për përmbajtjen e këtyre trajnimeve, cilat lloje të dhunës ishin mbuluar dhe nëse trajnimet ishin të detyrueshme apo fakultative.** Duhet theksuar se OJQ-të nuk kanë përmendur trajnime të detyrueshme, me vetëm një përjashtim. Një partner kombëtar nga Serbia, Shoqata Fenomena nga Kraljeva, raportoi (bazuar në informacionin e dhënë nga drejtori i qendrës shëndetësore në Kraljevo)

se të gjithë punonjësit e kujdesit shëndetësor në këtë qytet kanë ndjekur një trajnim të detyrueshëm për punën me viktimat e dhunës në familje dhe dhunës seksuale. Nga ana tjetër, një partner tjetër serb raportoi se trajnimet për ofruesit e kujdesit shëndetësor nuk janë të detyrueshme; ata nuk janë të detyruar t'i nënshtrohen asnjë trajnimi për dhunën në familje ose dhunën seksuale ndaj grave.

Dy OJQ nga Maqedonia e Veriut dhe Turqia deklaruan se Planet Kombëtare të Veprimit në vendet e tyre përkatëse i referohen trajnimeve të detyrueshme. Më konkretisht, OJQ-ja turke raportoi, “Planet Kombëtare të Veprimit gjithmonë theksojnë rëndësinë e trajnimeve gjatë shërbimit, ndonjëherë ato janë të detyrueshme, por asnjëherë nuk e shohim se cili është impakti i trajnimeve të tilla. Ajo që shohim është se trajnimet nuk i shërbejnë qëllimit të ndryshimit të përjasjes së punonjësve të kujdesit shëndetësor”. OJQ-ja nga Maqedonia e Veriut sqaroi se Plani Kombëtar i Veprimit (2018-2023), i cili synon zbatimin e Konventës së Stambollit, ka vënë si detyrë trajnime të detyrueshme të profesionistëve të shëndetësisë të përfshirë në mbrojtjen e viktimave të dhunës me bazë gjinore, por nuk kishte informacion nëse ky detyrim është zbatuar në praktikë.

Për më tepër, **ka disa indikacione se trajnimet e mëparshme të organizuara nga autoritetet përgjegjëse kanë qenë kryesisht të fokusuara në dhunën në familje, megjithëse titujt e trajnimeve mund t'i referohen dhunës me bazë gjinore.** Lidhur me këtë, Fondacioni United Women nga Banja Luka, BeH, theksoi këtë çështje të rëndësishme, “Fondacioni United Women beson se trajnimi i vazhdueshëm është i nevojshëm për të gjithë profesionistët në sistemin e kujdesit shëndetësor për të qenë në gjendje të ofrojnë mbështetje kompetente dhe të ndjeshme për viktimat e dhunës në familje dhe dhunës seksuale. Siç mund të shohim nga informacioni i disponueshëm i dhënë nga autoritetet për GREVIO-n në Raportin Shtetëror për zbatimin e Konventës së Stambollit, programet e trajnimit për profesionistët e kujdesit shëndetësor varen nga projektet e rastit, nuk janë të institucionalizuara mjaftueshëm dhe nuk është e qartë nëse janë të detyrueshme. Për më tepër, informacionet e disponueshme tregojnë se trajnimet e kryera deri më tani fokusohen kryesisht në çështjen e dhunës në familje, megjithëse materialet e trajnimeve të prodhuara nga entet përkatëse i referohen dhunës me bazë gjinore.”

Shembuj të trajnimeve të zhvilluara kohët e fundit për profesionistët shëndetësorë në BiH dhe Serbi

Një OJQ nga Bosnja dhe Hercegovina dha informacion interesant mbi trajnimet e organizuara për profesionistët e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë iniciativat e qeverive në nivel entiteti për të rritur kapacitetet e tyre.

Raporti i fundit shtetëror i BiH për GREVIO tregon se në Federatën e BiH, 11 punonjës të kujdesit shëndetësor përfunduan trajnimin e trajnerëve (ToT) në vitin 2016, i kryer në përputhje me burimet dhe paketën e trajnimit “Forcimi i përgjigjes së sistemit të kujdesit shëndetësor të Federatës BiH ndaj dhunës me bazë gjinore”. Në periudhën 2016–2018, në kuadër të këtij projekti kanë ndjekur trajnime 140 punonjës të shëndetësisë. Në vitin 2017 u zhvillua trajnimi i trajnerëve në përputhje me dokumentin e titulluar “Ofrimi i Shërbimeve Psikosociale për Viktimat e Dhunës me Bazë Gjinore”, ku morën pjesë 15 profesionistë të shëndetit mendor dhe ata që punojnë në Qendrat për Punë Sociale. Në periudhën 2017–2018 u realizua edukimi i profesionistëve të kujdesit shëndetësor sipas modulit “Ofrimi i Trajtimit Psikosocial për Viktime Dhunës Seksuale dhe Torturës në Kohë Konflikti” me pjesëmarrjen e 96 punonjësve të shëndetësisë. Raporti Shtetëror i BiH për GREVIO tregon gjithashtu se 28 sesione edukative në 28 institucione të kujdesit shëndetësor për 895 punonjës të shëndetësisë janë zhvilluar më parë në Federatën BiH në përputhje me një program tjetër trajnimi për punonjësit e kujdesit shëndetësor.

Në Republikën Srpska, në vitin 2017, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale e RS hartoi

një numër botimesh dhe organizoi sesione edukimi për profesionistët e mbrojtjes sociale dhe shëndetësisë mbi dhunën në familje si një problem social, të cilat u fokusuan në “Forcimin e reagimit të ofruesve të kujdesit shëndetësor ndaj dhunës me bazë gjinore”. Janë hartuar (përshtatur) botimet e mëposhtme: manuali i trajnimit “Trajnimi i trajnerëve për trajtimin psikosocial të autorëve të DHBGJ” dhe moduli i trajnimit “Trajtimi psikosocial për autorët e DHBGJ”. Profesionistët në RS morën pjesë në një sesion edukimi të mbajtur në Banja Luka lidhur me trajtimin psikosocial të autorëve të dhunës me bazë gjinore. Gjithashtu u përgatit një paketë trajnimi nën titullin “Standardet minimale për parandalimin dhe reagimin ndaj DHBGJ”. Gjithashtu, Raporti Shtetëror për GREVIO tregon se Ministria e Shëndetësisë dhe Kujdesit Social e RS-sëka përgatitur një paketë burimesh për të përmirësuar përgjigjen e profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe ndihmës psikosociale në Republika Srpska ndaj DHBGJ-së, dhe se mbi bazën e kësaj pakete janë planifikuar trajnime. Nuk ka informacion në Raportin Shtetëror për GREVIO nëse këto trajnime janë të detyrueshme dhe pjesë e praktikës së rregullt dhe sistematike institucionale. Raporti i 6-të Periodiki BiH-së për CEDAE (që mbulon periudhën 2013-2016) nuk përmban referenca specifike për trajnimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në BiH mbi dhunën në familje apo dhunën seksuale ndaj grave.

Foundation United Women from Banja Luka, BiH, <http://www.unitedWomenbl.org>

OJQ-ja nga Serbia raportoi si më poshtë: *“Në mënyrë sporadike, trajnime për punonjësit e kujdesit shëndetësor janë organizuar nga autoritetet përgjegjëse, si Sekretariati Krahinor për Shëndetësinë, në zbatim të projektit “STOP-MBRO-NDIHMO një përgjigje më e fortë institucionale ndaj dhunës me bazë gjinore në Krahinën Autonome të Vojvodinës”, e cila organizoi në disa qendra shëndetësore në Vojvodinë një trajnim treditör të akredituar, “Përgjigje efektive e sistemit shëndetësor në mbrojtjen e grave viktime të dhunës në familje dhe dhunës me bazë gjinore” me qëllim përmirësimin e parandalimit dhe zbulimit të hershëm të dhunës”.*

Iz kruga – Vojvodina, Organizata për Mbështetjen e Grave me aftësi të kufizuara, <https://izkrugavojvodina.org/>

Pothuajse të gjitha OJQ-të kanë organizuar më parë trajnime në detyrë për punonjësit e kujdesit shëndetësor në komunitetet e tyre lokale, disa prej të cilave janë përshkruar më në detaje. Prandaj, mund të supozohet se OJQ-të e grave në rajonin e Ballkanit Perëndimor dhe Turqisë i kanë kapacitetet, ekspertizën dhe motivimin për të vazhduar të ofrojnë trajnime për profesionistët e kujdesit shëndetësor në të ardhmen. Kjo mund të shihet si një gjetje inkurajuese e këtij vlerësimi. Me kusht që qeveritë dhe/ose agjencitë e OKB-së të ofrojnë fonde për trajnime të tilla në të ardhmen, mund të pritët që bashkëpunimi ndërmjet OJQ-ve të grave dhe profesionistëve mjekësorë të përmirësohet, duke përfshirë referimin, në dobi të grave viktime.

Në këtë kontekst, duhet të kujtojmë se në segmente të tjera të këtij studimi u zbulua se profesionistët mjekësorë, për fat të keq, rrallë e shfrytëzojnë mundësinë për t'i referuar viktimat në shërbimet e specializuara të grave. Prandaj, ka shumë nevojë për përmirësim në këtë fushë dhe trajnimet mund të kontribuojnë në forcimin e një përgjigjeje të koordinuar shumë-sektoriale ndaj dhunës, duke përfshirë referimin.

Në planifikimin e trajnimeve të ardhshme (të mundshme) për profesionistët mjekësorë, është e rëndësishme të theksohet se disa OJQ të grave në rajon, veçanërisht ato që punojnë në Serbi, janë përballur me kërkesa të caktuara kur kërkojnë të organizojnë trajnime të tilla. Siç raporton partneri serb, *“Organizatat joqeveritare nuk mund të paraqesin kërkesë në mënyrë të pavarur në Këshillin Shëndetësor të Serbisë për kryerjen e trajnimeve për punonjësit mjekësorë, por duhet ta bëjnë këtë*

në bashkëpunim me institucionet mjekësore (Fakultetin e Mjekësisë, Shoqatën e Infermierëve dhe Teknikëve, Institutin e Shëndetit Publik etj.). Qendra për Mbështetjen e Grave nga Kikinda, në bashkëpunim me Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Novi Sadit dhe Qendrën për Edukim të Vazhdueshëm Mjekësor, e akredituan programin pranë Këshillit Shëndetësor të Serbisë (Vendimi nr. 153-02-01202/2020-01 datë 16.11.2020). Programi është i dedikuar për punonjësit e shëndetësisë - mjekë, infermierë, teknikë, si dhe bashkëpunëtorë në institucionet shëndetësore - psikologë, punonjës socialë, edukatorë specialë, por edhe për punonjës jomjekësorë në qendrat shëndetësore ku mund të paraqitet një viktimë e dhunës. Qëllimet e programit janë përmirësimi i: njohurive dhe aftësive të profesionistëve për ofrimin efikas të shërbimeve për gratë viktimë të dhunës me bazë gjinore dhe dhunës në familje; njohurive dhe aftësive për dokumentimin dhe regjistrimin e rasteve të dhunës ndaj grave, veçanërisht të rasteve të dhunës seksuale; bashkëpunimit dhe komunikimit të institucioneve shëndetësore me institucionet e tjera në punën shumë-sektoriale për rastet e dhunës ndaj grave në familje dhe dhunës me bazë gjinore; bashkëpunimit me qendrat për viktimat e dhunës seksuale (<https://edukacije.cpz.rs/o-programu/>)”.

I. Qasja e viktimave në kujdesin shëndetësor: çfarë mund të na thonë të dhënat dhe si mund të përdoren ato nga OJQ-të

Parandalimi dhe luftimi i dhunës ndaj grave, duke përfshirë dhunën në familje, kërkon një politikëbërje të bazuar në fakte. Mbledhja e të dhënave sistematike dhe të krahasueshme nga të gjitha burimet përkatëse administrative është thelbësore në këtë drejtim. Të dhënat për qasjen e viktimave në kujdesin shëndetësor janë të rëndësishme për të vlerësuar nëse profesionistët mjekësorë po përmbushin rolet që u takojnë (dhe që shpesh janë të përcaktuara me ligj).

Në këtë kontekst është e rëndësishme të theksohet: **nëse të dhënat mbi dhunën mbliidhen nga institucionet shëndetësore dhe vihen në dispozicion të publikut (siç kërkon Konventa e Stambollit), nëse OJQ-të e grave mund t'i përdorin këto të dhëna për qëllime monitorimi, raportimi “hije” dhe advokimi, dhe për të vlerësuar nëse profesionistët mjekësorë i përmbushin detyrimet e tyre si “reagues të parë”.** Kjo mund të përfshijë monitorimin nëse mjekët përmbushin detyrat e tyre në lidhje me referimin (përfshirë referimin në shërbimet e specializuara, nëse ligjet dhe/ose protokollet i detyrojnë ta bëjnë këtë). Raportet e GREVIO për Shqipërinë (2017), Malin e Zi (2018), Turqinë (2018) dhe Serbinë (2020) identifikuan mangësi në mbledhjen e të dhënave mbi dhunën nga institucionet publike të kujdesit shëndetësor.

Si shembull, në raportin e GREVIO për Shqipërinë (2017), thuhet se ligji për dhunën në familje në Shqipëri përcakton se viktimat kanë të drejtë të marrin mbështetje mjekësore dhe psikologjike dhe duhet t'u referohen shërbimeve të specializuara të mbështetjes; rastet e dhunës në familje duhet të regjistrohen dhe t'i komunikohen Ministrisë së Shëndetësisë duke përdorur shabllonet e duhura të miratuara nga ministria, dhe se viktimat kanë të drejtë të marrin dokumentacionin që ilustron çdo lëndim të pësuar si pasojë e dhunës. Megjithatë, zbatimi i këtyre dispozitave është i pamjaftueshëm dhe pengohet nga hezitimi i profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të raportuar rastet e dhunës në familje, pjesërisht nga frika se mos ekspozohen ata vetë ose viktimat ndaj hakmarrjes së dhunuesve. Kështu, aktorët në këtë fushë pranojnë se të dhënat e gjeneruara nga kujdesi shëndetësor përbëjnë një nënpërfaqësim të konsiderueshëm të shifrave reale. Nuk ka detyrime ekuivalente për mbledhjen e të dhënave në lidhje me forma të tjera të dhunës ndaj grave, si dhuna seksuale. Si rezultat, informacioni për numrin e viktimave të identifikuar nga profesionistët mjekësorë dhe për trajtimin që ato marrin është mjaft i pakët. Prandaj është e pamundur të vlerësohet impakti i këtyre shërbimeve atje ku ato ofrohen, dhe nëse e përmbushin rolin e synuar.

Në raportin për Turqinë (2018), GREVIO përgëzoi autoritetet për përpjekjet e tyre për mbledhjen e të dhënave në sektorin e shëndetësisë, por gjithashtu vuri në dukje një rënie të konsiderueshme të

numrit të rasteve të identifikuara të dhunës në familje. Konkretisht, profesionistët e kujdesit shëndetësor në Turqi marrin trajnime që i aftësojnë ata për të njohur dhe zbuluar shenjat e dhunës dhe që u kërkojnë atyre t'i regjistrojnë rastet e dhunës ndaj grave duke përdorur rishikimin e 10-të të Klasifikimit Statistikor Ndërkombëtar të Sëmundjeve dhe Problemeve Shëndetësore (Kodet ICD 10), të hartuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Ata janë të detyruar të raportojnë çdo rast të njohur ose të dyshuar të dhunës dhe përballen me përgjegjësi penale në rast të mos raportimit të tij. GREVIO mirëpret iniciativat e vazhdueshme të autoriteteve për të zhvilluar një infrastrukturë për mbledhjen sistematike të të dhënave në sektorin e shëndetësisë dhe për të përmirësuar kapacitetet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë mjekët e përgjithshëm dhe shërbimet e urgjencës, për të identifikuar dhe regjistruar rastet e dhunës. Gjithashtu thekson rëndësinë e përpjekjeve aktuale për të trajnuar të gjithë personelin në kujdesin shëndetësor parësor, duke pranuar se një përpjekje e tillë është sa e nevojshme aq edhe e kushtueshme, bazuar në madhësinë e vendit. Sipas statistikave të Ministrisë së Shëndetësisë, në vitin 2015 ka pasur 20.895 raste dhe në vitin 2016, 1.094 raste. Rënia e mprehtë e numrit të rasteve të regjistruara do të kërkonte identifikimin e shkaqeve të këtij fenomeni. Për më tepër, GREVIO vëren se këto të dhëna nuk duket se përfshijnë statistika mbi dhunën që prek vajzat, siç janë të dhënat e mbajtura nga Qendrat për Mbrojtjen e Fëmijëve në rastet e sulmeve seksuale ndaj të miturve apo numrat e sulmeve seksuale që përfshijnë të mitur të regjistruara në pavijonet e obstetrikës në rastet e lindjes së fëmijëve.

Për sa i përket Malit të Zi, raporti i GREVIO (2018) vuri në dukje se sektori i kujdesit shëndetësor publik nuk ka një sistem elektronik të mbledhjes së të dhënave. Sektori i shëndetësisë mbledh manualisht të dhëna mbi bazën e rishikimit të 10-të të Klasifikimit Statistikor Ndërkombëtar të Sëmundjeve dhe Problemeve Shëndetësore (Kodet ICD-10) të hartuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë. Stafi mjekësor është i trajnuar për të identifikuar viktimat e dhunës në familje, përfshirë viktimat e dhunës psikologjike, dhe ka për detyrë të raportojë çdo dyshim për krim tek agjencitë e zbatimit të ligjit.

Në raportin e GREVIO për Serbinë (2020), vlerësohet sepër profesionistët e kujdesit shëndetësor janë zhvilluar mjete për të identifikuar dhe mbështetur viktimat e dhunës në familje, dhe Instituti i Shëndetit Publik regjistron të dhëna për numrin e viktimave të identifikuara dhe rasteve të referuara (të raportuara) në polici dhe në qendrat e mirëqenies sociale. Të dhënat janë të ndara sipas vendndodhjes gjeografike, gjë që tregon dallime të theksuara në përjasje. Ndërkohë që në 10 nga 26 rrethet administrative të Republikës së Serbisë, të gjitha rastet e identifikuara të dhunës në familje raportohen tek një autoritet tjetër (polici, prokurori ose qendër e mirëqenies sociale), në rrethet tjera një numër i madh nuk raportohen (10-40%). Të dhënat e regjistruara identifikojnë gjithashtu përqindjen e grave me aftësi të kufizuara, grave shtatzëna dhe grave të moshuara – por jo marrëdhënien e tyre me dhunuesin.

Si rrjedhim, raportet e GREVIO tregojnë qartë se sistemet e kujdesit shëndetësor publik në këto katër vende mbledhin të dhëna për dhunën dhe se analizat e këtyre të dhënave zbulojnë mangësi serioze në reagimin e sektorit të kujdesit shëndetësor ndaj dhunës ndaj grave. Megjithatë, disa organizata të anketuara u përgjigjën se nuk janë në dijeni të të dhënave në nivel kombëtar për qasjen e viktimave të dhunës në familje dhe dhunës seksuale në shërbimet e kujdesit shëndetësor (për shembull, numri vjetor i viktimave që kërkuar ndihmë në institucionet shëndetësore), ose për shërbimet që u ofrohen viktimave nga profesionistët e kujdesit shëndetësor. Ky zbulim befasues me sa duket nënkupton që OJQ-të e grave në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi nuk e shfrytëzojnë mundësinë për t'i përdorur të dhënat mbi qasjen e viktimave në kujdesin shëndetësor për qëllime të monitorimit, raportimit "hije" dhe advokimit.

Vetëm dy partnerë kombëtarë raportuan mbi të dhënat për qasjen e viktimave në kujdesin shëndetësor, një nga Kosova dhe një nga BH. OJQ-ja e grave në Kosovë* raportoi se kur gratë viktimat të dhunës në familje ose dhunës seksuale i drejtohen një qendre të kujdesit shëndetësor parësor

dhe raportojnë dhunën, mjekët janë të detyruar të plotësojnë formularin e raportimit të rasteve të dhunës në familje. Formularët e plotësuar nga mjekët dërgohen në një zyrë të posaçme në Ministrinë e Shëndetësisë, e cila monitoron dhe mbledh të dhëna për rastet e dhunës në familje të raportuara në çdo ambulancë/qendër shëndetësore/spital në Kosovë. Megjithatë, siç raportohet nga partneri, këto të dhëna nuk janë të disponueshme për publikun. Një OJQ nga BH raportoi mbi ndryshimet e konsiderueshme të kohëve të fundit në mbledhjen e të dhënave për rastet e dhunës në familje nga institucionet e kujdesit shëndetësor (të cilat janë të përcaktuara me ligj dhe të specifikuar në aktet nënligjore përkatëse). **Këto ndryshime të shpjeguara më poshtë mund të jenë me shumë interes për OJQ-të e grave në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi dhe për përpjekjet e tyre advokuese në të ardhmen.**

Praktikë premtuese: Përmirësime në sistemin e mbledhjes së të dhënave për rastet e dhunës në familje në institucionet shëndetësore në Republikën Srpska, BH

OJQ-ja boshnjake raportoi për një përmirësim të konsiderueshëm në mbledhjen e të dhënave mbi dhunën në familje nga institucionet e kujdesit shëndetësor në njërin entitet të BH (Republika Srpska). Duhet theksuar se të dhënat janë të disponueshme publikisht.

“Bazuar në Ligjin për Mbrojtjen nga Dhuna në Familje të Republikës Srpska, Ministria e Familjes, Rinisë dhe Sportit po mbledh të dhëna statistikore për rastet e dhunës në familje të cilat janë identifikuar/përpunuar nga të gjitha institucionet që njihen si subjekt i mbrojtjes, përfshirë institucionet shëndetësore. Të dhënat mbledhen me një metodologji të paracaktuar, të përcaktuara nga aakti nënligjor për Përmirësimin e Provable dhe Raporteve për Dhunën në Familje, i miratuar më 12 maj 2021 (pas hyrjes në fuqi të ndryshimeve dhe amendamenteve të fundit të Ligjit për Mbrojtjen nga Dhuna në Familje në Republikën Srpska³⁵. Të dhënat mbledhen çdo gjashtë muaj dhe janë të disponueshme për publikun në ueb faqen e Ministrisë. Llojet e të dhënave të mbledhura nga institucionet shëndetësore përcaktohen në nenin 9 të aktit nënligjor, si më poshtë:

Regjistrat e mbajtur nga institucionet shëndetësore duhet të përmbajnë informacion mbi:

- 1) numrin e viktimave sipas gjinisë, moshës, aftësisë së kufizuar dhe marrëdhënies së viktimës me dhunuesin,*
 - 2) sëmundjet dhe lëndimet e shkaktuara nga dhuna në familje dhe referimin për trajtim,*
 - 3) mbrojtjen e shëndetit mendor të viktimave të dhunës në familje në institucionet shëndetësore,*
 - 4) numrin, gjininë dhe strukturën moshore të autorëve të dhunës në familje të referuar për trajtim të detyrueshëm psikosocial,*
 - 5) numrin, gjininë dhe strukturën moshore të autorëve të dhunës në familje të referuar për trajtim të detyrueshëm të varësisë.*
- (2) Të dhënat e përmendura në paragrafin 1 të këtij Neni duhet të regjistrohen nga të gjitha institucionet shëndetësore ku është kryer pranimi, procesimi dhe trajtimi i personave, viktimave të dhunës në familje dhe autorëve të dhunës në familje.”*

Foundacioni United Women from Banja Luka, BiH, <http://www.unitedWomenbl.org>

³⁵Fletorja zyrtare e Republikës Srpska, nr. 58/2021, e disponueshme (në gjuhën serbe), në faqen e internetit të Ministrisë së Familjes, Rinisë dhe Sportit: https://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/mpos/Documents/Правилник%20о%20садржају%20евиденције%20и%20извјештаја%20о%20насилљу%20у%20породици%20СГ%2058%2021_230602192.pdf

KOMENTET PËRMBYLLËSE

Ky hulumtim zbulon se OJQ-të e grave kanë vendosur bashkëpunim me ofruesit e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë edhe profesionistët që punojnë në fushën e shëndetit mendor, bashkëpunim i cili ka mbetur në të njëjtin nivel gjatë pandemisë. Duket se asnjë nga OJQ-të nuk vlerëson se ky bashkëpunim është përkeqësuar gjatë pandemisë, dhe një konstatim i tillë mund të shihet si inkurajues. OJQ-ve iu kërkua të vlerësonin cilësinë e bashkëpunimit me profesionistët mjekësorë brenda kontekstit më të gjerë të përgjigjes së koordinuar mes disa agjencive (që përfshin ofruesit e kujdesit shëndetësor, por edhe palë të tjera të interesit, si policia, prokurorët, gjyqtarët, punonjësit socialë, mësuesit, mediat, ndër të tjera). Rezulton se OJQ-të janë të kënaqura deri në njëfarë pike me cilësinë e bashkëpunimit, gjë që është në përputhje me gjetjet e disa studimeve të mëparshme shumëvendëshe të kryera në Ballkanin Perëndimor (Brankovic, 2019³⁶). Ky seksion nxjerr në pah aspektet e bashkëpunimit që mund të inkurajohen më shumë në të ardhmen, duke përfshirë "strategji" të OJQ-ve që mund të përbëjnë burim frymëzimi për OJQ-të e tjera të grave në rajon.

Mekanizmat e referimit përfaqësojnë një "pikë të dobët" në bashkëpunimin mes disa agjencive. Duke qenë se profesionistët mjekësorë janë shpesh profesionistët e parë me të cilët viktimat kontaktojnë, ata mund ta përdorin këtë mundësi për t'i referuar viktimat tek shërbimet e specializuara të grave (dhe në disa vende, si Shqipëria, madje janë të detyruar ta bëjnë këtë); megjithatë, kjo me sa duket është një "mundësi e humbur". Referimi tek OJQ-të e specializuara nga mjekët funksionon më mirë atje ku OJQ-të e grave kanë nënshkruar protokolle ose forma të tjera të strukturuar/zyrtarizuara bashkëpunimi me institucionet përkatëse të kujdesit shëndetësor në komunitetet e tyre lokale, ndërsa disa OJQ mbështeten në "lidhjet personale" me profesionistët mjekësorë, kur mekanizma të tjerë zyrtarë nuk mund të përdoren. Prandaj mund të konkludohet se inkurajimi për krijimin e protokolleve zyrtare ose mekanizmave të tjerë të strukturuar të bashkëpunimit në nivel lokal do të kontribuonte më tej në përmirësimin e rrugëve të referimit dhe/ose krijimin e rrugëve të tilla aty ku ato nuk ekzistojnë (edhe pse mund të ketë përjashtime për këtë vërejtje të përgjithshme).

Në krijimin e strategjive se si të përmirësohet bashkëpunimi me mjekët në të ardhmen, një nga fushat ku OJQ-të e grave mund të përqendrojnë përpjekjet e advokimit është përmbajtja dhe cilësia e raporteve mjekësore që dokumentojnë lëndimet në rastet e dhunës në familje (në rajon, këto shpesh quhen "certifikata mjekësore"). Lëshimi i një dokumenti të tillë mjekësor nuk është pa pagesë në të gjithë rajonin: në disa vende, viktimat duhet të paguajnë tarifa (madje edhe të konsiderueshme), ose mund t'i marrin këto dokumente falas vetëm në kushte të caktuara (nëse ato u referohen mjekëve nga policia ose prokurorët). Duke pasur parasysh se Konventa e Stambollit parashikon që shërbimet për viktimat, duke përfshirë, për shembull, ekzaminimin mjekoligjor, duhet të ofrohen pavarësisht nga gatishmëria e viktimës për të ngritur akuza apo për të dëshmuar kundër një dhunuesi (neni 18, paragrafi 4 i Konventës), këto gjetje shqetësuese theksojnë nevojën për të advokuar për ndryshime në ligje/rregullore. Madje, ka shembuj ku rregullore të tilla ekzistojnë, por nuk zbatohen në praktikë, ose ku mjekët nuk janë në dijeni se rregulloret (të ndryshuara së fundmi) përcaktojnë që viktimave nuk mund t'u kërkohet pagesë për "certifikata" të tilla. Në rastin e fundit, një OJQ nga BiH ka arritur të advokojë me sukses për certifikata pa pagesë, në emër të viktimave. Hulumtimi më tej tregon se mjekët shpesh nuk i përshkruajnë me detaje të mjaftueshme lëndimet në raportet e tyre, nuk dëgjojnë ankesat e viktimave, ose nuk përdorin formularët e përcaktuar (në protokollin/udhëzimet për profesionistët mjekësorë, ku ato ekzistojnë) për dokumentimin e

³⁶op. cit.

lëndimeve; si rrjedhojë këto dokumente nuk mund të përdoren me sukses në gjyq si prova, për të kontribuar në dhënien e dënimeve. Nëpërmjet vendosjes së lidhjeve të ngushta me mjekët në nivel vendor dhe përmirësimit të mënyrës se si ata e kuptojnë çështjen e dhunës ndaj grave përmes trajnimeve, OJQ-të e grave mund të kontribuojnë në përdorimin e suksesshëm të "certifikatave" në gjyq; një OJQ shqiptare e ka bërë këtë, gjë që ndoshta mund të frymëzojë OJQ të tjera në rajon.

Kur bëhet fjalë për vlerësimin e procedurave të zbatueshme që rregullojnë ofrimin e ekzaminimit mjekoligjor pas përdhunimit, gjetjet e këtij vlerësimi konfirmojnë përfundimet e studimit të fundit shumëvendësh të kryer në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi, dhe të dokumentit të politikave³⁷. Domethënë, dispozitat ligjore ose procedurat e përcaktuara (p.sh. aktet nënligjore) që rregullojnë punën e agjencive shtetërore nuk janë të harmonizuara me kërkesat e konventës për të ofruar, për shembull, ekzaminim mjekësor dhe mjekoligjor për të gjitha viktimat, pavarësisht nga vullneti i tyre për ta raportuar veprën penale (ibid.). Në fakt, ekzaminimet mjekoligjore i nënshtrohen një kërkesë të bërë nga agjencitë ligj-zbatuese ose prokurorët dhe si pasojë varen(kryesisht) nga raportimi paraprak i viktimës në polici ose prokurori (ibid.). Përkundrazi, një shembull i ofruar nga OJQ-ja serbe thekson se ekzaminimi i mjekëve në repartin e urgjencës dhe dokumentacioni përkatës rezultoi shumë i vlefshëm në gjyq, gjë që tregon se ia vlejnë përpjekjet për të forcuar bashkëpunimin me mjekët në nivel lokal. Mësimi i nxjerrë bazuar në përvojën e tyre mund të jetë: edhe pse mjekët në spitalet lokale mund të mos kenë specializim dhe ekspertizë për të kryer ekzaminime mjekoligjore cilësore në rastet e përdhunimeve, ata gjithsesi mund të kontribuojnë në ndjekjen penale të efektshme të rasteve të dhunës seksuale, nëse "nxiten" nga OJQ-të për të kryer një ekzaminim të mirë-dokumentuar dhe në kohë.

Përgjigjet e OJQ-ve të grave në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi lënë të kuptohet më tej se sistemet publike të shëndetit mendor ofrojnë mundësi të kufizuara që viktimat e dhunës të marrin këshillim psikologjikafatgjatë. Për më tepër, profesionistët përkatës shpesh nuk e kuptojnë në aspektin gjinor fenomenin e dhunës ndaj grave dhe/ose janë të prirur (ose nën presion, për shkak të numrit të madh të klientëve) të japin vetëm një "recetë ilaçesh", në vend që të japin këshillim (afatgjatë) psikologjik. Këto mangësi u bënë edhe më të theksuara gjatë pandemisë. Megjithatë, rezulton se OJQ-të kanë krijuar strategji inovatore për t'i adresuar këto mangësi. Këto strategji, të cilat mund të replikohen në të gjithë rajonin, janë:

- a) Forcimi i bashkëpunimit me qendrat publike të shëndetit mendor (duke përdorur mekanizmat zyrtarë të bashkëpunimit në nivel vendor ose "duke krijuar" rrugë referimi duke u mbështetur në "lidhjet personale" me profesionistë të tillë);
- b) Punësimi i profesionistëve të shëndetit mendor (me përvojë dhe ndjeshmëri për të plotësuar nevojat e grave viktimave të dhunës) si konsulentë individuale, për të ofruar këshillim psikologjik në ambientet e OJQ-së bazuar në nevojat e vërteta;
- c) Angazhimi i këtyre profesionistëve (sërish, me kushtin që t'u qasen viktimave në një mënyrë të ndjeshme nga ana gjinore) si vullnetarë;
- d) Ndërveprimi, duke përfshirë intensifikimin e bashkëpunimit me shoqatat ekzistuese të psikologëve, dhe me specialistë të tjerë që ofrojnë këshillim psikologjik falas.

Edhe pse këto përpjekje strategjike të OJQ-ve mund të shihen si frymëzuese, duhet theksuar gjithashtu se fatkeqësisht janë të bazuara në projekte. Në kontekstin e pandemisë, këto "modele" kanë rezultuar praktike dhe të dobishme, pasi u kanë mundësuar OJQ-ve të grave të kompensojnë mungesën e shërbimeve në sistemin e kujdesit shëndetësor publik. OJQ-të e grave kanë demonstruar aftësi dhe kreativitet në zhvillimin e strategjive për tejkalimin e mangësive në sistemin

³⁷op. cit.

e kujdesit shëndetësor publik, të cilat u bënë më të theksuara gjatë pandemisë. Për shkak të disponueshmërisë së reduktuar të shërbimeve të përgjithshme, të mbijetuarat e dhunës në familje iu drejtuan OJQ-ve të grave në numër më të madh se më parë.³⁸ Si rezultat, numri i shërbimeve të ofruara nga këto OJQ është rritur ndjeshëm. Prandaj është interesante që OJQ-të e grave, të cilat shpesh kanë mungesë personeli dhe financimi, kanë arritur të kompensojnë, aq sa ishte e mundur, kufizimet në ofrimin e shërbimeve të përgjithshme gjatë pandemisë. Shembujt e ofruar nga OJQ-të nga BiH, Serbia dhe Turqia tregojnë se, për disa viktime, OJQ-të u bënë burimi kryesor (ose ndonjëherë i vetëm) i mbështetjes. Duke punësuar bashkëpunëtorë të jashtëm, duke angazhuar vullnetarë dhe/ose duke zhvilluar dhe promovuar shërbime online, OJQ-të mundën ta përballonin rritjen e kërkesës. A është dashur të ndodhë një nga sfidat më të mëdha që ka përjetuar njerëzimi në këtë shekull, në mënyrë që agjencitë shtetërore ta kuptojnë se sa të rëndësishme janë OJQ-të e grave?

Së fundi, ky hulumtim lë të kuptohet se ka disa fusha shtesë në të cilat OJQ-të e grave mund të përqendrojnë përpjekjet e tyre:

- Organizimi i trajnimeve për profesionistët e kujdesit shëndetësor me qëllim përmirësimin e ndjeshmërisë së tyre dhe të kuptuarit gjinor të dhunës ndaj grave, dhe për të vendosur një bashkëpunim më të ngushtë me ta në nivel vendor;
- Advokimi për miratimin (ose ndryshimin) e protokolleve që rregullojnë detyrat e profesionistëve mjekësorë, të cilat duhet të harmonizohen plotësisht me standardet e Konventës së Stambollit, si dhe për zbatimin (më) efikas të këtyre protokolleve në praktikë (pasi vlerësimi tregon mangësi në zbatim dhe një nevojë për të kryer një vlerësim shtesë, të thelluar) dhe;
- Përdorimi i të dhënave në nivel kombëtar mbiqasjen e viktimave në kujdesin shëndetësor (disa prej të cilave janë analizuar në raportet e fundit të GREVIO) për qëllime monitorimi, raportimi “hije” dhe advokimi.

Për të arritur qëllimet e përmendura më lart, OJQ-të e grave në rajon do të kenë nevojë për mbështetjen e agjencive të OKB-së dhe/ose qeverive kombëtare. Një mbështetje e tillë është e rëndësishme pasi arritjet e OJQ-ve gjatë pandemisë kanë konfirmuar një të vërtetë të thjeshtë – OJQ-të e grave, për shkak të fleksibilitetit në përshtatjen e modeleve të tyre të punës me rrethanat e reja dhe përkushtimit ndaj parimeve të punës me viktimat (që janë zhvilluar nga lëvizja e grave dhe të mbrojtura në konventë), janë një burim i paçmuar mbështetjeje, gjatë situatave të krizës dhe më gjerë. Së fundi, OJQ-të e grave janë ofruesit kryesorë të shërbimeve të specializuara, por duke qenë se shumica e tyre nuk janë të specializuara në monitorim, ekziston nevoja për të zhvilluar më tej kapacitetet e tyre për monitorimin dhe vlerësimin e politikave të qeverisë, si dhe për raportimin “hije”.

³⁸Siç shpjegohet më hollësisht në anketë, numri i rasteve të dhunës seksuale, të cilat janë raportuar në OJQ-të e grave gjatë pandemisë, veçanërisht në fazën e parë të saj, nuk janë rritur; megjithatë, ky konstatim nuk është përfundimtar dhe i besueshëm, duke pasur parasysh se OJQ-të e përfshira në anketë kryesisht “punojnë me viktime të dhunës në familje, dhe vetëm herë pas here me të mbijetuarat e dhunës seksuale.

SHTOJCË

I. Protokollet e disponueshme në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi³⁹:

Shqipëri:

Protokolli i Menaxhimit të Rasteve të Dhunës në Familje në Nivel Vendor, përmes Mekanizmit të Koordinuar të Referimit (MKR)⁴⁰;

Protokolli i menaxhimit të rasteve të dhunës në familje në nivel vendor, përmes Mekanizmit të Koordinuar të Referimit gjatë situatës së COVID-19;

Procedurat Standarde të Veprimit për Trajtimin e Dhunës në Familje dhe Dhunës me Bazë Gjinore nga punonjësit e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor në Kornizën e Bashkëpunimit si Anëtarë të Mekanizmit të Koordinuar të Referimit;

Protokolli i Menaxhimit të Rasteve të Dhunës Seksuale në Nivel Vendor, përmes Qasjes Shumë-Sektoriale të Koordinuar, imiruar në mars 2021;

Procedurat Standarde të Veprimit për Punonjësit e Shërbimeve Shëndetësore për tëZvogëluar Rrezikun e Përjetimit të Dhunës në Familje dhe Dhunës me Bazë Gjinore në Situatat e Emergjencave Civile

Bosnje dhe Hercegovinë:

Protokolli i Përgjithshëm për Procedurën në Rastet e Dhunës në Familje në Republikën Srpska (në nivel entiteti)⁴¹, i miratuar më 25 nëntor 2013, hyrë në fuqi më 1 prill 2014. Ka status të aktit nënligjor dhe është ligjërish i detyrueshëm. Shënim: Duke qenë se dhuna seksuale njihet si një formë e dhunës në familje nga Ligji për Mbrojtjen nga Dhuna në Familje në Republikën Srpska, të gjitha procedurat e rregulluara nga Protokollin i Përgjithshëm zbatohen edhe në këto raste. Duhet shtuar gjithashtu se, siç është konstatuar në studimin më të fundit shumëvendësh në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi, në këtë entitet të BH janë hartuar materiale⁴² të cilat përfshijnë udhëzime për profesionistët që ofrojnë u ofrojnë mbrojtje dhe mbështetje viktimave të formave të ndryshme të dhunës, duke përfshirë dhunën seksuale (policia, prokurorët, gjykatësit, profesionistët e shëndetësisë).

³⁹Disclaimer: Sipas përgjigjeve të dhëna në pyetësor, në Ballkanin Perëndimor dhe Turqi ekzistojnë protokollet në vijim. Këto përgjigje nuk duhet të merren krejtësisht të mirëqena, pasi ato përfaqësojnë informacionin që disponojnë OJQ-të e grave që kanë plotësuar pyetësorin. Si rrjedhim, disa protokolle mund të mungojnë nga listat në vijim.

⁴⁰E disponueshme në shqip:

https://www.al.undp.org/content/dam/albania/NeëPublications/Protokoll_Menaxhimit_Rasteve_MKR.pdf

⁴¹Protokolli është i publikuar në Fletoren Zyrtare të Republikës Srpska nr. 104/13, i disponueshëm në gjuhët boshnjake-kroate-serbe: https://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/mpos/Documents/Opшти%20протокол%20о%20поступању%20у%20случајевима%20насиља%20у%20породици%20Републике%20Српске_241528621_188093949.pdf

⁴²Ministria e Punës dhe Mbrojtjes Sociale e Republikës Srpska dhe UNFPA (2015). *Paketë Materialesh për Përgjigjen e Ofruesve të Kujdesit Shëndetësor në Republikën Srpska ndaj Dhunës me Bazë Gjinore (Resource Package for Response of Health-Care Providers in Republika Srpska to Gender Based Violence)*. Banja Luka: UNFPA, <https://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/UNFPA%20Resursni%20Paket%20Light%20FINAL2.pdf> (në gjuhët boshnjake-kroate-serbe), dhe Këshilli i Lartë Gjyqësor dhe i Prokurorëve i Bosnjës dhe Hercegovinës (2018). *Manual për Veprim në Rastet e Dhunës me Bazë Gjinore dhe Dhunës Seksuale ndaj Grave dhe Fëmijëve për Policinë, Prokurorët dhe Gjyqtarët (Handbook for Action in Cases of Gender Based and Sexual Violence against Women and Children for the Police, Prosecutors and Judges)*, https://vstv.pravosudje.ba/vstv/faces/docservlet?p_id_doc=48586 (në gjuhët boshnjake-kroate-serbe)

Kosovë:

Procedurat Standarde të Veprimit për Mbrojtjen nga Dhuna në Familje në Kosovë, (bazuar në Programin e Kosovës kundër Dhunës në Familje dhe në Planin Kombëtar të Veprimit 2011-2014), të miratuar në vitin 2013⁴³

Mali i Zi:

Protokolli për Veprimin, Parandalimin dhe Mbrojtjen nga Dhuna kundër Grave dhe Dhuna në Familje, i miratuar më 1 janar 2019

Serbi:

Protokolli i Përgjithshëm për Veprim dhe Bashkëpunim të Institucioneve, Organeve dhe Organizatave në Situatat e Dhunës ndaj Grave brenda Familjes dhe në Marrëdhëniet Intime⁴⁴, i miratuar në nëntor 2011⁴⁵;

Republika e Serbisë, Ministria e Shëndetësisë–Protokolli i Posaçëm për Mbrojtjen dhe Trajtimin e Grave Viktima të Dhunës⁴⁶, i miratuar në qershor 2010

II. Pyetësi i përgatitur nga Biljana Brankovic për të mbledhur të dhëna për këtë vlerësim kërkimor:

- Emri i OJQ-së së grave që ka plotësuar pyetësin:
- Ueb faqja e OJQ-së:
- Emri/emrate personit/personave që ka/kanë plotësuar pyetësin:
- E-mail i personit/personave që kanë plotësuar pyetësin:

Bashkëpunimi mes institucioneve shëndetësore dhe OJQ-ve të grave (duke përfshirë organizatën tuaj)

1) Si do ta vlerësonit cilësinë e bashkëpunimit mes **OJQ-së TUAJ**, si dhe **të gjitha OJQ-ve të tjera të grave në vendin tuaj** me institucionet e mëposhtme, në një shkallë nga 1 në 5 (1 do të thotë “shumë i dobët”, 5 do të thotë “i shkëlqyer” – nënvizoni një nga përgjigjet për secilin institucion/organizatë)

	<u>OJQ-ja JUAJ</u>					<u>OJQ-të e GRAVENë vendin tuaj</u>				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Policia	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Punonjësit socialë	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Punonjësit e shëndetit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Institucionet arsimore	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Prokurorët	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Gjykatësit	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Qeveritë Vendore	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mediat lokale	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Agjencitë e OKB1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

⁴³I disponueshëm në shqip, serbisht dhe anglisht: <https://abgj.rks.gov.net/assets/cms/uploads/files/Publikimet%20ABGJ/Procedurat%20Standarte%20t%C3%AB%20Veprimit%20p%C3%ABr%20Mbrojtje%20nga%20Dhuna%20n%C3%AB%20Familje.pdf>

⁴⁴I disponueshëm në anglisht, https://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/English/UNDP_SRB_LjubicastiTekst.pdf dhe serbisht:

https://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/UNDP_SRB_LjubicastiTekst.pdf

⁴⁵Teksti i Protokollit të Përgjithshëm është i publikuar në Fletoren Zyrtare të Serbisë, 027/2011 (në serbisht)

⁴⁶Protokolli i Posaçëm është i disponueshëm në anglisht në:

https://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/English/UNDP_SRB_TirkizniTekst.pdf dhe në serbisht:

https://www.rs.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/Serbian/UNDP_SRB_TirkizniTekst.pdf

- 13) A mund të jepni informacion mbi trajnimet për DHF dhe DHS për profesionistët e shëndetësisë në vendin tuaj, duke përfshirë nëse trajnimet janë të detyrueshme apo fakultative, çfarë përmbajtjeje kanë (përdorni, për shembull, raportin e fundit për CEDAW)?
- 14) Sipas jush, a janë profesionistët mjekësorë në vendin tuaj të trajnuar mjaftueshëm për t'u ofruar një mbështetje kompetente dhe me ndjeshmëri gjinore viktimave të DHF dhe DHS? *Ju lutem përshkruani*

Përvojat e viktimave të DHF/DHS në institucionet shëndetësore–shembuj pozitivë dhe negativë

- 1) A duhet të paguajnë viktimat e DHF-së tarifë për ndonjë shërbim shëndetësor?, kur e deklarojnë hapur se janë ekspozuar ndaj DHF? (*përgjigjet varen nga sistemi i sigurimit shëndetësor të vendit, kështu që bëni një dallim mes situatave kur a) viktima ka sigurim shëndetësor dhe b) kur ajo nuk është e siguruar – a ka rregullore të veçanta që ofrojnë shërbim mjekësor falas për viktimat e DHF, edhe kur ato nuk janë të siguruara? A zbatohen rregulloret e veçanta në situatat e emergjencës – kur viktima ka lëndime të dukshme dhe ka nevojë për ndihmë urgjente mjekësore?*)

- 2) A mund të marrin viktimat e DHF/DHS këshillim falas nga psikiatrit, psikologët, psikoterapistët në sistemin e kujdesit shëndetësor publik? Po Jo

A mund të jetë afatgjatë ky këshillim, apo ofrohen vetëm pak seanca? Ju lutem jepni detaje.

- 3) A përjetojnë viktimat që u përkasin grupeve të marginalizuara (minoritetet, sidomos romet, migrantet, gratë me aftësi të kufizuara, lezbiket, azil-kërkueset, etj.) probleme specifike kur i qasen kujdesit shëndetësor në vendin tuaj?

Ju lutem përshkruani problemet e viktimave (nga cilido prej grupeve të përmendura) – jepni shembuj nga përvojat e OJQ-së tuaj

- 4) Ju lutem shkruani një HISTORI TË SHKURTËR (pak paragrafë) rreth një rasti të **dhunës në familje apo dhunës seksuale** nga përvoja e OJQ-së tuaj (ose e OJQ-ve të tjera) gjatë pandemisë që ilustron një **SHEMBULL POZITIV** të ndërhyrjeve/mbështetjes që i është ofruar viktimës.

- 5) Jepni një **SHEMBULL NEGATIV** të ndërhyrjeve/mbështetjes që i është ofruar viktimës gjatë pandemisë nga kujdesi shëndetësor.

(Ju lutem përfshini në TË DYJA historitë informacion bazë rreth rastit: kur e ka raportuar viktima DHF apo DHS në OJQ-në tuaj, sa kohë ka zgjatur dhuna para se ta raportonte, a ka kërkuar ndihmë në institucione/organizata të tjera dhe nëse po, cilat; si e ka përshkruar ajo përvojën me mjekët/profesionistët e tjerë mjekësorë, a është përfshirë ndonjë proces gjyqësor, dhe nëse po, a është përfshirë raporti i mjekut si provë, dhe cili ka qenë rezultati. Kini kujdes të mos zbuloni detaje personale të viktimës).

Ligji specifik për dhunën në familje dhe dispozitat ligjore për detyrat e profesionistëve mjekësorë

- 1) A ekziston një ligj specifik për DHF në vendin tuaj? (nënvizo): Po Jo

Nëse “po” vendos linkun e dokumentit, nëse ekziston në anglisht:

- 2) Vendos linkun e dokumentit, në gjuhën vendase:

- 3) Kur është miratuar (*shkruani datën*):

- 4) *Shkruani informacion rreth Fletores Zyrtare ku është botuar:*

- 5) A përfshin një përkufizim të DHNG? Përkufizim të DHF? (Ju lutem CITONI përkufizimet dhe specifikoni – nëse ato u referohen dokumentave ndërkombëtare apo janë ta bazuara vetëm në ligjet e brendshme):
- 6) Nëse ky ligj ka gjithashtu dispozita të lidhura me dhunën seksuale në familje, ose me dhunën seksuale në përgjithësi, ju lutem përshkruajini dhe CITOJINI këto dispozita këtu:
- 7) A i referohet të kuptuarit të aspektit gjinor të DHNG/DHF? (specifikoni nëse po; nëse jo, sqaroni se është neutral në aspektin gjinor dhe specifikoni dispozitat që pasqyrojnë neutralitetin gjinor):
- 8) **Përshkruani dhe CITONI dispozitën kryesore të këtij ligji**, duke përfshirë dispozita (të mundshme) të fokusuara specifikisht në detyrat e mjekëve/ profesionistëve mjekësorë (ju lutem përfshini informacion mbi sa më poshtë):

A përfshin dispozita specifike lidhur me profesionistët mjekësorë? <i>Nëse po, përshkruajini</i>	Po	Jo
A përfshin dispozita specifike mbi bashkëpunimin ndërinstitucional? <i>Nëse po, përshkruajini</i>	Po	Jo
A përfshin ndonjë referencë ndaj organizatave të specializuara të grave? <i>Nëse po, përshkruajini</i>	Po	Jo
A ka dispozita mbi bashkëpunimin ndërinstitucional? <i>Nëse po, përshkruani, në veçanti, a është bashkëpunimi i detyrueshëm dhe si specifikohet</i>	Po	Jo
A përshkruan parime të mbrojtjes së viktimave, mekanizma të referimit? <i>Nëse po, përshkruajini</i>	Po	Jo

Si implementohet në praktikë ky ligj: a ka sjellë ai ndonjë ndryshim pozitiv, dhe çfarë problemesh kryesore ekzistojnë, sipas jush (përshkruani dhe sqaroni):

Protokollet e Përgjithshme dhe/ose të Veçanta që rregullojnë detyrat e profesionistëve të kujdesit shëndetësor në rastet e dhunës në familje (DHF) dhe dhunës seksuale (DHS)

- 1) A ka vendi juaj një **protokoll/udhëzim TË PËRGJITHSHËM** që rregullon detyrat e të gjithë profesionistëve përkatës (policia, profesionistët shëndetësorë, të gjyqësorit, punonjësit socialë, etj.) që merren me rastet e DHNG/DHF dhe/ose një **protokoll specifik që përshkruan përgjegjësitë dhe detyrat e profesionistëve shëndetësorë** në rastet e DHNG/DHF? (nënvizo):

Protokoll i PËRGJITHSHËM për të gjitha format e DHNG: hartimi/miratimi	Po	Jo	Është në proces	
Protokoll i PËRGJITHSHËM vetëm për DHF: proces hartimi/miratimi		Po	Jo	Është në
Protokoll SPECIFIK për kujdesin shëndetësor: proces hartimi/miratimi		Po	Jo	Është në

Nëse ka një protokoll specifik për kujdesin shëndetësor: specifikoni cilat forma të DHNG mbulon:

Protokoll i PËRGJITHSHËM (nëse vendi juaj e ka, përshkruani sa më poshtë vijon):

- 1) Ju lutem shkruani **titullin e plotë** të dokumentit (*shkruajeni*):
- 2) Vendosni linkun e dokumentit, nëse ekziston në anglisht:
- 3) Vendosni linkun e dokumentit, në gjuhën vendase:
- 4) **Kur është miratuar** (*shkruani datën*):
- 5) **Cilat profesione përfshihen** (*specifikoni, për shembull, policia, punonjësit e shëndetësisë, mësuesit, etj.*):
- 6) Cili është **statusi ligjor** i dokumentit: **a është ky dokument i detyrueshëm me ligj apo është thjesht një udhëzim/ jo i detyrueshëm?** (*përshkruani statusin ligjor, për shembull, a) dokumenti është një akkt nënligjor, dhe është i detyrueshëm; ose: b) është i përfshirë në ligj- tregoni TITULLIN e ligjit dhe nenet që mbulojnë detyrat e profesionistëve, përfshirë ata mjekësorë, pra, është i detyrueshëm, c) statusi ligjor i tij është i paqartë, dhe nuk është i detyrueshëm me ligj*):
- 7) A specifikohen penalitete në dokument nëse profesionistët (të listuar në dokument) nuk e respektojnë atë?

Po Jo (*nëse po: përshkruani cilat penalitete*):

- 8) **Përshkruani dhe CITONI** dispozitat kryesore të këtij dokumenti, duke u fokusuar te procedurat që zbatohen në rastet e

- DHF
- DHS

- 9) A ka dispozita specifike të lidhura me profesionistët e kujdesit shëndetësor? Po Jo

Nëse “po”, *përshkruani se si janë përcaktuar detyrimet e tyre:*

- **Çfarë procedurash zbatojnë në rastet e DHF?**
- **Çfarë procedurash zbatojnë në rastet e DHS?**

(për shembull, a është specifikuar procedura për lëshimin e një certifikate mjekësore për lëndimet; a janë mjekët/profesionistët mjekësorë të detyruar të lëshojnë një certifikatë mjekësore për lëndimet; a janë mjekët/profesionistët mjekësorë të udhëzuar të pyesin në mënyrë proaktive për DHF kur dyshojnë për të (për për shembull, të bëjnë pyetje specifike për DhF, edhe pse viktimat pretendon se ka rënë nga shkallët); a përfshin dokumenti procedura për bashkëpunimin ndërmjet mjekëve dhe profesionistëve të tjerë, si policia, dhe nëse po, cilat profesione; a janë procedurat e bashkëpunimit të specifikuar qartë, a janë të detyrueshme; a ka dispozita që kanë të bëjnë me konfidencialitetin dhe privatësinë e të dhënave të viktimës; a është e përkufizuar DHNG/DHS/DHF dhe nëse po, a janë këto përkufizime nga ligjet e brendshme apo dokumentat ndërkombëtarë – cito; a i referohet Konventës së Stambollit apo dokumenteve të tjera ndërkombëtare, dhe nëse po, cilat; a ka ndonjë procedurë për referimin e viktimave në OJQ - a udhëzohen mjekët t'i referojnë viktimat tek OJQ-të e grave; a janë mjekët të detyruar të raportojnë DHF-në ose përdhunimin/sulmin seksual në polici; a përshkruhet ekzaminimi mjekoligjor në rastet e DHS).

- 10) A njihni ndonjë rast në praktikë ku profesionisti shëndetësor është penalizuar për mosrespektimin e Protokollit? Po Jo

Nëse “po”, *përshkruani*

- 11) Si implementohet në praktikë Protokollin? *Specifikoni anët pozitive, dhe problemet/mangësitë.*

Protokoll i veçantë për DHF – nëse vendi juaj e ka një protokoll të tillë, kopjoni listën e 11 pyetjeve të përmendura më sipër (në lidhje me protokollin e Përgjithshëm), dhe përgjigjuni atyre

Protokoll i veçantë për DHS - nëse vendi juaj e ka një protokoll të tillë, kopjoni listën e 11 pyetjeve të përmendura më sipër (në lidhje me protokollin e Përgjithshëm), dhe përgjigjuni atyre

Të dhëna për qasjen në kujdesin shëndetësor të viktimave të DHF dhe DHS në vendin tuaj

- 1) A ka vendi juaj të dhëna (të mbledhura në nivel kombëtar) mbi numrin e viktimave të DHF/DHS që kanë kërkuar ndihmë në institucionet shëndetësore dhe/ose mbi numrin dhe llojin e shërbimeve shëndetësore që u janë ofruar viktimave të DHF/DHS (të dhëna të tilla duhet të ekzistojnë, sipas Konventës së Stambollit, Neni 11)? Po Jo
- 2) Nëse **ekziston ndonjë e dhënë**, ju lutem *përshkruani – çfarë lloji*
- 3) Nëse **ekziston ndonjë e dhënë**, a janë ato të disponueshme publikisht? (*për shembull, në uebfaqet zyrtare*)? Po Jo
- 4) Nëse “po”, ju lutem jepni të dhënat për DHF për vitet 2019 dhe 2020
- 5) Nëse “po”, ju lutem jepni të dhënat për DHS për vitet 2019 dhe 2020
- 6) Nëse “po”, a janë këto të dhëna të ndara sipas (*nënvizoni të gjitha ato që aplikohen*):
 - a) seksit të viktimës b) seksit të dhunuesit c) moshës së viktimës d) moshës së dhunuesit
 - e) marrëdhënies mes viktimës dhe dhunuesit f) asnjëra nga të mësipërmet
- 7) Nëse të dhënat nuk janë të disponueshme publikisht, a mund të citoni **ndonjë të dhënë lidhur me qasjen në kujdesin shëndetësor të viktimave të DHF/DHS** nga burime të tjera: raporte shtetërore për CEDAË dhe organe të tjera ndërkombëtare, raporte të organizatave ndërkombëtare, etj.?