



ევროკავშირი
საქართველოსთვის
The European Union for Georgia



ხანისხინა და
ადამიანის უფლებების
შეფასება და გაუმჯობესება
ფსიქიკური ჯანმრთელობის
დაწესებულებაში



შეფასების ანგარიში
ქვეყნის მასშტაბით

პუბლიკაცია მომზადებულია პროექტის „ფსიქიკური აშლილობების და ფსიქო-სოციალური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების მხარდაჭერა საქართველოში“ ფარგლებში, რომელსაც ახორციელებს ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ პარტნიორებთან ერთად, ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით.

პროექტის კომპონენტის, „ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ადამიანის უფლებების და ზრუნვის ხარისხის მექანიზმის პილოტირება“, თანადამფინანსებელია ღია საზოგადოების ფონდი.

პუბლიკაციის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელია ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ და არ ნიშნავს, რომ ის ასახავს ევროკავშირის და ღია საზოგადოების ფონდის შეხედულებებს.

This publication has been produced under the project “MH 2R - promoting rights of people with mental disorders and psychosocial disabilities (PwMD) in Georgia” implemented by Global initiative on psychiatry-Tbilisi with partners and supported by European Union.

The project component, “Piloting the WHO mechanism of human rights and quality of care” is co-funded by the Open Society Foundation.

Its contents are the sole responsibility of Global initiative on psychiatry -Tbilisi and do not necessarily reflect the views of the European Union and Open Society Foundation.

ხარისხისა და ადამიანის უფლებების შეფასება და
გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში

Assessing and Improving Quality and Human Rights
in Mental Health Facilities

შეფასების ანგარიში ქვეყნის
მასშტაბით

COUNTRY-WIDE ASSESSMENT REPORT

შინაარსი

1

რეზიუმე

3

2

RESUME

12

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარული
დანესებულებების შეფასება

3

მეთოდოლოგია

20

4

შედეგები და დისკუსია

25

5

დასკვნები და რეკომენდაციები

40

მიზანი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარული დაწესებულებების შეფასება განხორციელდა ფონდის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ მიერ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხელშეწყობით, პროექტების „ფსიქიკური აშლილობების და ფსიქო-სოციალური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების მხარდაჭერა საქართველოში“ (ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით) და „ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ადამიანის უფლებათა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმის პილოტირება“ (ფონდის „ღია საზოგადოება საქართველო“ ფინანსური მხარდაჭერით) ფარგლებში.

პროექტის მიზანს წარმოადგენდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური ზრუნვის დაწესებულებებში ადამიანის უფლებებისა და მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისთვის ჯანმოს ხარისხი და ადამიანის უფლებები ინსტრუმენტის დანერგვა, პილოტირება და შემდგომი ადაპტირება. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან კონსულტაციების შედეგად გადაწყდა ინსტრუმენტის პილოტირება საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა სტაციონარული დაწესებულების შეფასებისთვის.

შეფასების მიზანი იყო: ქვეყნის მასშტაბით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარულ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებების და მომსახურების ხარისხის არსებული მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის შეკრება; ჯანმოს ხარისხი და ადამიანის უფლებები ინსტრუმენტის, როგორც ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებების მონიტორინგის ძირითადი ინსტრუმენტის პილოტირება; შეფასების შედეგებზე დაყრდნობით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ხარისხისა და ადამიანის უფლებების გაუმჯობესების რეკომენდაციების შემუშავება და ცვლილებების ინიცირება.

მეთოდოლოგია

შეფასებისთვის შეირჩა ქვეყანაში მოქმედი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა სტაციონარული დაწესებულება, მათ შორის რვა ფსიქიატრიული საავადმყოფო და სამი ფსიქიატრიული განყოფილება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში. შეფასების გუნდის წევრები შეირჩნენ გამოცდილებისა და განსხვავებული კომპეტენციის მიხედვით. შეფასების გუნდში შედიოდნენ:

1. **თინათინ ორმოცაძე** - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
2. **ელენე ყორყოლაძე** - ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვის და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი
3. **ნინო აღდგომელაშვილი** - ადამიანის უფლებათა აქტივისტი გიფ-თბილისი

4. **არჩილ ხახუტაიშვილი** - იურისტი
დემოკრატიის ინსტიტუტი, ბათუმი
5. **ლელა ბედინიშვილი** - სოციალური მუშაკი
დემოკრატიის ინსტიტუტი, ბათუმი
6. **ოლგა კალინა** - ადამიანის უფლებათა აქტივისტი
კავშირი „თანამშრომლობა თანაბარი უფლებებისთვის“
7. **მარიამ ჯანიაშვილი** - იურისტი
ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი EMC
8. **ანი ასლანიშვილი** - სოციალური მუშაკი
საქართველოს სოც. მუშაკთა ასოციაცია
9. **ლალი წულეისკირი** - სოციალური მუშაკი
ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი
10. **გუგა გრიგოლია** - ფსიქოლოგი
კლუბი სინერგია
11. **მარიამ რაზმაძე** - ფსიქოლოგი
კლუბი სინერგია

შეფასების გუნდის ყველა წევრი მონაწილეობდა ჯანმოს ექსპერტების მიერ ჩატარებულ ტრენინგში „ხარისხის და ადამიანის უფლებების შეფასება და გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის დაწესებულებებში“ (ნოემბერი, 2018, გიფ-თბილისის ოფისი).

შეფასება ჩატარდა 2019 წლის მარტ-მაისში. ყველა ვიზიტი წინასწარ იყო დაგეგმილი. გამოყენებული იყო ჯანმო-ს ხარისხიან უფლებების ინსტრუმენტის ხუთივე თემა:

- თემა 1.** უფლება ცხოვრებისა და სოციალური დაცვის ადეკვატურ სტანდარტზე (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 28);
- თემა 2.** უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 25);
- თემა 3.** სამართლებრივი ქმედუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14);
- თემა 4.** წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისა და ექსპლუატაციისგან, ძალადობისა და შეურაცხყოფისგან თავისუფლება (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 15 და 16);
- თემა 5.** დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 19).

შეფასების გუნდი ვიზიტის დროს სისტემურად აფიქსირებდა, თუ როგორ არის რეალიზებული თითოეული თემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონკრეტულ დაწესებულებაში. შეფასების დროს გამოყენებული იყო ინტერვიუ, დაკვირვება და დოკუმენტაციის მიმოხილვა.

ქვემოთ ცხრილში მოცემულია ჩატარებული ვიზიტების და ინტერვიუების ჯამური რაოდენობა.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოს რაოდენობა	8
ფსიქიატრიული განყოფილება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში	3
დანესებულებების ჯამური რაოდენობა	11
გვეგმიური ვიზიტები	11
გამოკითხული პერსონალის რაოდენობა	96
გამოკითხულ პაციენტთა რაოდენობა	143
გამოკითხულ ოჯახის წევრთა (მეგობრების, მზრუნველების) რაოდენობა	12
დანესებულებაში ჩატარებული გამოკითხვის საერთო რაოდენობა	251

ვიზიტის შემდეგ გუნდის წევრები იკრიბებოდნენ ინტერვიუს, დოკუმენტაციის მიმოხილვის და დაკვირვების შედეგად მოპოვებული შედეგების განხილვის, გაერთიანების და შეჯერების მიზნით. გუნდი ინსტრუმენტის თითოეულ კრიტერიუმს, სტანდარტსა და თემას ანიჭებდა ქულას შემდეგნაირად: AF "სრულად მიღწეული", AP "ნაწილობრივ მიღწეული", AI "მიღწევა ინიცირებულია", NI "არ არის ინიცირებული" ან X "არ მისადაგება".

ქულების შეფასება ყველა დომენში ხდებოდა მსჯელობით და ურთიერთშეთანხმებით. ინტერესთა კონფლიქტს ადგილი არ ჰქონია.

შედეგები

თემა 1. ფიზიკური გარემოს შეფასებისას ჩანს, რომ დანესებულებების ნაწილში მძიმე მდგომარეობაა, ზოგადი პრობლემაა მობილობაშემლედული პაციენტების გადაადგილება და ტუალეტით სარგებლობა, გარემონტებულ დანესებულებებშიც კი. პრობლემები სრულად მიღწეულად ჩაითვა ახალ გარემონტებულ დანესებულებებში და მულტიპროფილურ კლინიკებში, სადაც გარემო თერაპიულია, პალატები არ არის გადატვირთული და ოთახებში არის პრივატული ტუმბო და შესანახი კარადები, რომლებიც იკვებება.

ინფრასტრუქტურის გაუმართაობას უკავშირდება მასტიმულირებელი გარემოს არ არსებობა, დღის აქტივობები მწირია, ძირითადად დროს ატარებენ ტელევიზორის ყურებაში, რომელიც დერეფანში კიდია. უკეთესი მდგომარეობაა გარემონტებულ დანესებულებებში, თუმცა აქაც ნაწილობრივ არის მიღწეული, რადგან დღე არ არის სტრუქტურირებული და არ უწყობს ხელს პაციენტის სტიმულირებას.

კვება და სასმელი წყლით მომარაგება დამაკმაყოფილებელია და უმეტეს დანესებულებაში სრულად მიღწეულად ჩაითვა. გაურემონტებულ დანესებულებებში პრობლემურია ასევე კვების სივრცე და გარემო. უმეტეს დანესებულებაში ჭურჭელი მეტალისაა, არ იყენებენ ჩანგლებს, მაგიდებზე არ არის ხელსახოცები.

კომუნიკაცია და პირადი ცხოვრების უფლება პრაქტიკულად ნაწილობრივ მიღწეულია, ეზოები არ არის კეთილმოწყობილი ფიზიკური და სპორტული აქტივობისთვის, პაციენტებს არ აქვთ საშუალება თავისუფლად და სხვების თანდასწრების გარეშე ისარგებლონ ტელეფონით. თუ განყოფილებები შერეული

არ არის, საპირისპირო სქესის პაციენტებს ნაკლებად აქვთ ურთიერთობის საშუალება.

სოციალური აქტივობა და ჩართულობა სერიოზულ გამოწვევად რჩება იმ დაწესებულებებში სადაც პაციენტები ხანგრძლივად იმყოფებიან. არაინიცირებულად ჩაითვალა დაწესებულებებში, სადაც პაციენტებს თითქმის არ აქვთ საშუალება ისარგებლონ პირადი ან სოციალური ცხოვრებით, ნაწილობრივ დაფინანსების და კადრების დეფიციტის გამო, ნაწილობრივ კი, დასახლებული ადგილიდან დაშორების გამო.

თემა 2. სტაციონარული დაწესებულებები ხელმისაწვდომია ფსიქიატრიული სტაციონარული მკურნალობის საჭიროების მქონე პაციენტებისთვის. რაც შეეხება პაციენტთა დაყოფნას, ხშირ შემთხვევაში ამის მიზეზია ახლობლების უარი და თემში შესაბამისი სერვისების დეფიციტი.

ქვეყნის მასშტაბით არ არის ინიცირებული პაციენტზე ორიენტირებული და ყოვლისმომცველი, ინდივიდუალური აღდგენის გეგმა. მკურნალობა ძირითადად ორიენტირებულია მედიკამენტების საშუალებით ფსიქოზური სიმპტომების შემცირება/მოხსნაზე და პაციენტის დროულ განწვავაზე ან „მშვიდად“ ყოფნაზე. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ზოგიერთ დაწესებულებაში ინიცირებულია, თუმცა უმეტესად არაინიცირებულია. ამის მიზეზად რესპონდენტები ასახელებდნენ პერსონალის ნაკლებობას, განსაკუთრებით რეგიონებში და შესაბამისი ტრენინგების დეფიციტს, შიდა და გარე რესურსების სიმწირეს.

ფსიქოტროპული მედიკამენტები ხელმისაწვდომია, საკმარისია და პასუხობს პაციენტთა საჭიროებებს. პაციენტების უმეტესობამ არ იცოდა რა უფლებები და ვალდებულებები ჰქონდათ სტაციონარში, თუმცა პერსონალი საუბრისას ამტკიცებდა, რომ აწვდის ამ ინფორმაციას. გასაჩივრების არსებული მექანიზმები (საჩივრის ყუთები) არააფექტურია, გასაჩივრების განსაკუთრებულ შემთხვევას ვერ იხსენებენ.

პრობლემაა ასევე სომატური ქრონიკული დაავადების მართვა და სომატური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება, რადგან ამ შემთხვევაში საჭირო ხდება პაციენტის ტრანსპორტირება და თანმხლები პირის გაყოლა.

მულტიპროფილურ კლინიკებში საჭიროების შემთხვევაში, თუკი ვერ ხერხდება სომატური ჩივილების მოგვარება ადგილზე, პაციენტი მარტივად რეფერირდება კლინიკის სხვა სექტორში, რაც წარმოადგენს ფსიქიატრიული განყოფილების ინტეგრირების პოზიტიურ შედეგს. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კონსულტაცია რუტინულ პროცედურას არ წარმოადგენს.

თემა 3. ზოგადად, გამოწვევას წარმოადგენს მომსახურების პროცესში პაციენტის უპირატესობების გათვალისწინება და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის ჩართულობის უზრუნველყოფა. აღნიშნული თემის შეფასებისას გამოიკვეთა განსხვავება გრძელვადიან და მოკლევადიან განყოფილებებს შორის. თემში არსებული სერვისების ალტერნატივების სიმწირის გათვალისწინებით, პაციენტებს ხშირ შემთხვევაში არ აქვთ არჩევანის გაკეთების საშუალება იმასთან დაკავშირებით, თუ სად სურთ სერვისის მიღება.

მომსახურების აღმოჩენისას პაციენტის უპირატესობების გათვალისწინება ნაწილობრივ მიღწეულია მოკლევადიან და მულტიპროფილურ კლინიკებში და ინიცირებულია გრძელვადიანი განყოფილების მქონე დაწესებულებებში. ამ დაწესებულებებში პაციენტები წლობით უწყვეტად ან ხანმოკლე შუალედებით მკურნალობენ, ვერც საზოგადოებაში ბრუნდებიან და ვერც სხვა სათემო სერვისში გადადიან.

ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების თანხმობა დევს სამედიცინო ფაილში. მხარდაჭერილისგან გადაწყვეტილების მიღება არის უპირატესი მიდგომა მკურნალობაში. ამასთან, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტებმა ფორმალურად ხელი მოაწერეს თანხმობას დაწესებულებაში განთავსებაზე, გამოწვევას წარმოადგენს მათი ინფორმირებულობა დაწესებულებაში დარჩენის შედეგებსა და მკურნალობის ალტერნატიულ საშუალებებზე.

თემა 4. ზოგადად, პაციენტები კმაყოფილები არიან მოპყრობით. არასათანადო მოპყრობის

შემთხვევაში ღირეფცია იღებს შესაბამის ზომებს. გამონწვევაა პაციენტებს შორის ძალადობის შემთხვევები და მათი უსაფრთხოების შესაბამისი ზომების მიღება. მიზეზად სახელდება კადრების ნაკლებობა და კვალიფიკაცია. ამავე დროს პაციენტთა აგრესიული ქცევა უკავშირდება არახელსაყრელ გარემო პირობებს და მომსახურების დაბალ ხარისხს, რაც ნათლად აისახა ერთსა და იმავე დანესებულების გარემონტებულ და გაუმონტებულ განყოფილებებში.

პოტენციური კრიზისის დე-ესკალაციის ალტერნატიული მეთოდები არ არის ფართოდ დანერგილი. უპირატესად გამოიყენება ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვა.

თემა 5. ეს სტანდარტი, შეფასების გუნდების გადამწყვეტილებით, ძირითადად ინიცირებულია ან არ არის ინიცირებული გარდა ერთი დანესებულებისა, რომელიც გამოიჩინა პაციენტების თემში ინტეგრაციით, გარე აქტივობებით და პაციენტების მონაწილეობა კულტურულ, სოციალურ და რელიგიურ აქტივობებში შეფასდა როგორც ნაწილობრივ მიღწეული.

პერსონალი ვერ ეხმარება პაციენტს თემში ცხოვრებისთვის საჭირო ფინანსური რესურსების მიღებაში, თუ არ ჩავთვლით პენსიის დანიშვნასა და თანხის მიღებაში ხელშეწყობას. “ქრონიკულ პაციენტებს”, რომლებიც ფსიქიატრიულ სტაციონარში ცხოვრობენ, ვერ უზრუნველყოფენ თავშესაფრით, გარდა ერთეული შემთხვევებისა.

ქვეყანაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა განათლების და დასაქმების პროგრამები არ არის სამარისად განვითარებული, არსებულ პროგრამებზე კი პერსონალი არ ფლობს ინფორმაციას. სამწუხაროდ, ბევრი ორგანიზაცია უარს ამბობს ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის მქონე ადამიანების დასაქმებაზე, პაციენტებს პრობლემები ექმნებათ თავშესაფარში დასახლების დროსაც.

რეკომენდაციები

თემა 1. უფლება ცხოვრებისა და სოციალური დაცვის ადეკვატურ სტანდარტზე

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2020-2025 წლების სტრატეგიული განვითარების გეგმაში დეინსტიტუციონალიზაციისკენ მიმართული დროში განერილი ღონისძიებების შემუშავება;
- ზოგადი პროფილის კლინიკებში ინტეგრირებული ან მცირე ზომის ფსიქიატრიულ სტაციონარული განყოფილებების/ცენტრების განვითარების ხელშეწყობა;
- სახელმწიფო ბიუჯეტში ფსიქიატრიული საავადმყოფოების რეაბილიტაციის პროექტების გათვალისწინება;
- სტაციონარული ფსიქიატრიული მომსახურების სტანდარტების დამტკიცება და შემდგომი დანერგვა;

◆ აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის (ბედიანი) საცხოვრებელი გარემო და მომსახურების პირობები ვერ აკმაყოფილებს ვერანაირ სტანდარტს. რეკომენდებულია, უმოკლეს ვადაში, შესაბამისი ღონისძიებების გატარება, რომ ამ დანესებულების პაციენტთა გარემო პირობები და მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდეს.

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- დანესებულების განვითარების 3 წლიანი სტრატეგიული გეგმის შემუშავება და ყოველწლიური

შიდა მონიტორინგის განხორციელება;

- დანესებულების შიდა რეგულაციების და სამედიცინო დოკუმენტაციის სტანდარტიზება, კერძოდ:
 - შინაგანანესი
 - მომსახურების შიდა პროტოკოლი
 - სახანძრო უსაფრთხოების უზრუნველყოფის რეგულაციები და პერსონალის მომზადება
 - პაციენტთა მიერ ტელეფონით და სხვა საკომუნიკაციო საშუალებებით სარგებლობის დარეგულირება საუკეთესო პრაქტიკის გათვალისწინებით
 - პაციენტთა გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის შიდა რეგულაცია
- სხვადასხვა ტიპის შეზღუდვის მქონე პირთათვის გარემოს ადაპტირება და პერსონალის მომზადება;
- მომსახურების მაღალი კულტურის დანერგვა და პერსონალის შესაბამისი ინფორმირება და გადამზადება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის, პირადი ცხოვრების დაცულობის, თავისუფალი ღრის ორგანიზების საკითხებში.

თემა 2. უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- ფსიქიატრიის და ნარკოლოგიის ინტეგრაციის და ურთიერთთანამშრომლობის საკითხებზე დიალოგის დანერგვა და შესაბამისი გეგმის შემუშავება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალურ სამსახურებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესება;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საოჯახო და რეზიდენტული ტიპის სახლების სტანდარტის დამტკიცება;
- რეზიდენტული და საოჯახო ტიპის სახლების განვითარება (მათ შორის მუნიციპალურ დონეზე);
- ფსიქიატრიული სტაციონარიდან გრძელვადიან მკურნალობაზე მყოფ პირთა, „ქრონიკული პაციენტების“ გამოყვანის გეგმის შემუშავება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სახელმწიფო სტრატეგიაში ინტეგრირება;
- საკანონმდებლო დონეზე ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების, უარის, განწერის და სხვა სერვისებში რეფერალის მკაფიო ინსტრუქციების ჩამოყალიბება;
- ფსიქიატრიული მკურნალობის პროტოკოლების შემუშავება/განახლება;
- პაციენტის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ინდივიდუალური/აღდგენის გეგმის შემუშავება და დანერგვა;
- ფსიქოტროპული მედიკამენტების ესენციური ეროვნული ნუსხის შექმნა;
- სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე მყოფ პირთათვის სომატური ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის პროტოკოლის შემუშავება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების უწყვეტი სამედიცინო გადამზადების უზრუნველყოფა;
- რეგიონებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მწვავე დეფიციტის აღმოფხვრისკენ მიმართული ღონისძიებების გატარება (ფინანსური წახალისება, რეზიდენტურის უფასო პროგრამა და სხვა);

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელების რეგულარული მონიტორინგის უზრუნველყოფა.

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- მკურნალობის და მართვის პროტოკოლების დანერგვა და შიდა სუპერვიზია;
- პაციენტთა ინფორმირების უზრუნველყოფა მათი უფლებების და დაცვის გარანტიების შესახებ;
- შიდა ტრენინგების კასკადი ახალი თანამშრომლებისთვის და ასევე დასაქმებულთა ინფორმირებასა და ცოდნის ამაღლებაზე ზრუნვა;
- ოჯახებთან მუშაობის გაძლიერება, შესაბამისი ღონისძიებების დანერგვა (განათლება, შეხვედრები, კლუბები და სხვა).

თემა 3. სამართლებრივი ქმედუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- სტაციონარულ და სათემო სერვისებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესება;
- სერვისებს შორის რეფერალის მკაფიო კრიტერიუმების შემუშავება;
- სათემო მომსახურების სერვისების განვითარების ხელშეწყობა;
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მუნიციპალური პროგრამების განვითარება;
- არანებაყოფლობითი მკურნალობის საკანონმდებლო რეგულაციის დახვეწა;

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- პაციენტის ინფორმირების და მკურნალობაზე თანხმობის მიღების შიდა ინსტრუქციის არსებობა;
- დანესებულების შიდა რეგულაციებით გასაჩივრების ქმედითი და მარტივი პროცედურების დანერგვა;
- პაციენტთა აზრის სისტემური კვლევის დანერგვა;
- პერსონალის რეგულარული ინფორმირება პაციენტის უფლებების შესახებ და შესაბამისი გადამზადების უზრუნველყოფა;
- არეალში უფასო იურიდიული მომსახურების შესახებ ინფორმაციის შეკრება და პაციენტისთვის მიწოდება;
- პაციენტის მხარდაჭერა საკუთარი უფლებების რეალიზებაში (შეხვედრები, საინფორმაციო მუშაობა, უნარების გაძლიერება და სხვა);
- მხარდამჭერ პირებთან და სხვა სოციალურ ქსელებთან პაციენტის კომუნიკაციის ხელშეწყობა

თემა 4. წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- კრიზისის მართვის პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა;
- შეზღუდვის მეთოდების საკანონმდებლო დახვეწა.

▲ დაწესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- გასაჩივრების უფრო მოქნილი და ქმედითი მექანიზმის შექმნა, პაციენტის ჩართვა;
- პაციენტისთვის საჭირო იურიდიული კონსულტირების ორგანიზება;
- გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის გაუმჯობესება (ტელეფონის ხელმისაწვდომობა, ინტერნეტი, მეილი);
- თანამშრომლების ტრენინგი დე-ესკალაციის ალტერნატიულ ტექნიკებში;
- კრიზისული სიტუაციების მართვის შიდა პროტოკოლების დანერგვა და თანამშრომლების მომზადება.

თემა 5. დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დასაქმებისა და პროფესიული გადამზადების პროექტების განვითარება ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართულობით;
- მომხმარებელთა ორგანიზაციების შექმნა/გაძლიერების მხარდაჭერა (პროექტები ადგილობრივი ხელისუფლების დონეზე-კლუბები, დღის ცენტრები და სხვა);
- საზოგადოების განათლება, მედია კამპანიების ორგანიზება.

▲ დაწესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- თემში მიმდინარე ღონისძიებებში პაციენტთა მონაწილეობის მხარდაჭერა;
- პაციენტების ინფორმირება თემში არსებული სოციალური, ფინანსური და დასაქმების რესურსების შესახებ;
- დაწესებულებაში რეგულარული (აზრიანი, გასართობი, საგანმანათლებლო) ღონისძიებების ორგანიზება;
- პაციენტთა დღის სტრუქტურირება;
- პაციენტთა დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარების გაძლიერება;
- პაციენტთა გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის მხარდაჭერა.

დანესეხულება	თემა 1							თემა 2							თემა 3							თემა 4							თემა 5				
	სტანდარტი							სტანდარტი							სტანდარტი							სტანდარტი							სტანდარტი				
	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	3,1	3,2	3,3	3,4	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	5,1	5,2	5,3	5,4								
№1 -1 ფს. ჯანმ. ნარკპრ.ცენტრი I (მამ)	AI	AP	AI	AF	AP	AI	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AF	AF	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AI								
№1 -2 ფს. ჯანმ. ნარკპრ.ცენტრი II (მერ)	AP	AP	AI	AF	AP	AP	AI	AF	AF	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AF	AF	AI	X	AF	AF	AI	AI	AI	AI								
№1 სამ.კოლბ.ევექსი	AF	AF	AP	AF	AP	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AP	AF	AP	AF	AF	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AI								
№2 № 5 კლ საავად.	AP	AF	AP	AF	AP	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AP	AP	AF	AP	AF	AF	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AI								
№2 ქ. თბილისის ფს. ჯანმრთ. ცენტრი	AI	AI	AP	AP	AI	AI	NI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AP	AI	AP	AP	AI	X	AF	AP	NI	AI	AI	AI								
№3 ქ. რუსთავის ფს. ჯანმრთ.ცენტრი	AF	AF	AP	AF	AF	AF	AP	AF	AF	AI	AF	AP	AP	AF	AP	AF	AF	AI	X	AF	AF	AI	AI	AI	AI								
№4 აღმ. საქ. ფს. ჯანმ. ცენტრი (სურამი)	AF	AP	AP	AF	AP	AI	AI	AF	AP	NI	AF	AI	AI	AP	AI	AP	AF	AI	X	AF	AP	NI	AI	AI	AI								
№5 აღმ. საქ. ფს. ჯანმ. ცენტრი (ბელიანი)	AI	AI	AI	AP	AP	AI	NI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AI	AI	AP	AP	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AI								
№6 ქუთაისის ფს. ჯანმრთ. ცენტრი	AP	AP	AP	AF	AP	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AI	AP	AI	AP	AP	AP	AI	X	AF	AI	AI	AI	AI	AI								
№7 სენაკის ფ/ნ დისპანსერი	AP	AP	AP	AF	AP	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AI	AP	AI	AI	AI	AP	AI	X	AF	AI	AI	AI	AI	AI								
№8 -1 ფს. ჯანმ. ეროვნ. ცენტრი (გასარემონტ.)	AI	AI	AI	AP	AI	AI	AI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AI								
№8-2 ფს. ჯანმ. ეროვნ. ცენტრი (გარემონტ.)	AF	AF	AF	AF	AP	AI	AI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AP	AP	AP	AP	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AI								
№3-1 ბათუმის სამ. ცენტრი (გასარემონტ.)	AP	AP	AP	AF	AP	AI	AI	AF	AF	NI	AF	AI	AP	AP	AP	AF	AF	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AP								
№3-2 ბათუმის სამ. ცენტრი (გარემონტ.)	AF	AF	AF	AF	AP	AF	AP	AF	AF	NI	AF	AI	AP	AP	AP	AF	AF	AI	X	AF	AP	AI	AI	AI	AP								

AF - სრულად მიღწეული

AP - ნაწილობრივ მიღწეული

AI - მიღწევა ინიცირებულია

NI - არ არის ინიცირებული

X - არ მიესადაგება

H - ფსიქიატრიული ჰოსპიტალი

N - ფსიქიატრიული განყოფილება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში

Purpose

Inpatient mental health facilities were assessed by the Foundation “Global Initiative on Psychiatry – Tbilisi” with the support of the Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Health, Labor and Social Affairs of Georgia, within the framework of the projects „Promoting rights of people with mental disorders and psychosocial disabilities in Georgia” (Funded by European Union) and „Piloting World Health Organization Quality Rights Mechanism“ (with the financial support of “Open Society Georgia Foundation”).

The project goal was to implement, pilot and further adapt the WHO QualityRights tool ensuring human rights and service quality standards in mental health and social care facilities. As a result of consultations with the Ministry of IDPs from the Occupied Territories, Labor, Health and Social Affairs of Georgia, it was decided to pilot the QR toolkit for the assessment of all inpatient mental health institutions in Georgia.

The purpose of the evaluation was to: gather information on the current state of human rights and service quality in the inpatient mental health facilities throughout the country; pilot the WHO Quality Rights tool kit as a major instrument to monitor mental health institutions within the country; develop recommendations for QR improvement in psychiatric institutions and initiate changes based on the assessment results.

Methodology

All inpatient mental health facilities operating in the country, including 8 psychiatric hospitals and three mental units in the general hospitals were selected for the evaluation. The assessment team members were selected in accordance with their experience and different competences. The assessment team included:

12. **Tinatin Ormotsadze** – a Public Health specialist
The Ministry of IDPs from the Occupied Territories, Labor, Health and Social Affairs of Georgia
13. **Elene Zhorzholadze** – a physician, a Public Health specialist
Healthcare and Social Issues Committee of the Parliament of Georgia
14. **Nino Agdgomelashvili** – a Human Rights activist
GIP - Tbilisi
15. **Archil Khakhutaishvili** – a lawyer
Institute of Democracy, Batumi
16. **Lela Bedineishvili** – a social worker
Institute of Democracy, Batumi
17. **Olga Kalina** - a Human Rights activist
Association „Cooperation for Equal Rights“
18. **Mariam Janiashvili** – a lawyer

- Human Rights Education and Monitoring Center EMC
19. **Ani Aslanishvili** – a social worker
Georgian Association of Social Workers
 20. **Lali Tsuleiskiri** – a social worker
Center for Mental Health and Drug Addiction Prevention
 21. **Guga Grigolia** – a psychologist
Club Synergy
 22. **Mariam Razmadze** – a psychologist
Club Synergy

All members of the evaluation team participated in the training conducted by the WHO experts „Quality and Human Rights assessment and improvement in mental health and social care facilities“ (November, 2018, GIP-Tbilisi office).

The evaluation was conducted in March – May, 2019. All visits were planned in advance. All five themes of WHO QR tool were covered:

Theme 1. The right to adequate standard of living and social protection (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Article 28);

Theme 2. The right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Article 25);

Theme 3. The right to legal capacity realization and the right to liberty and security of a person (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Articles 12 and 14);

Theme 4. Freedom from torture, inhuman or degrading treatment or punishment and freedom from exploitation, violence and abuse (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Articles 15 and 16);

Theme 5. The right to live independently and be included in the community (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Article 19).

During the visit the evaluation team systematically registered realization of each theme in a particular mental health institution. Interviews, observation and documentation reviews were used during the assessment process.

The table below shows the total number of organized visits and conducted interviews.

Number of psychiatric hospitals	8
Psychiatric unit in general hospital	3
Total number of facilities	11
Planned visits	11
Number of the interviewed staff members	96
Number of the interviewed patients	143
Number of the interviewed family members (friends, caregivers)	12
Total number of conducted surveys in the facility	251

After the visits, the team members used to meet on regular basis to discuss, unify and coordinate the obtained findings based on the conducted interviews, documentation reviews and observations. The team assigned scores for each criterion, standard and theme of the tool as follows: AF "Achieved in full", AP "Achieved partially", AI "Achievement initiated", NI "Not initiated" or X "not applicable".

Score evaluation for all domains was achieved on the basis of discussion and mutual agreement. There was no conflict of interests.

Results

Theme 1. After assessing physical environment, poor conditions of some facilities are obvious, general problem is moving around of the patients with restricted mobility and their use of toilets, even in the renovated facilities. The conditions were assessed as fully achieved in the newly redecorated facilities and psychiatric wards of general hospitals where the environment is therapeutic, the wards are not overcrowded and there are personal bedside tables and lockers in the rooms.

Infrastructure malfunction is linked to the lack of encouraging environment, daily activities are scarce, most of the time the patients watch TV placed in the corridor. The situation is better in the renovated institutions, however, the aim is partially achieved as the day is not structured and this does not stimulate the patients.

Nutrition and drinking water supply is satisfactory and in most facilities it was considered as fully achieved. In the institutions that were not renewed, both - spaces to eat and the environment are problematic. In the majority of the facilities, metal utensils are used, forks are not used at all, and they do not have napkins at dining tables.

Communication and the right to privacy are in fact partially achieved, the yards are not well-equipped and comfortable for physical as well as sports activities, the patients are not free to use telephone without the presence of others. If the units are not mixed, the patients of opposite sex are less likely to have any relationships.

Social activity and involvement still remain a serious challenge in the facilities where the patients stay long-term. Both were regarded as not initiated in the institutions where the patients have hardly any possibility to enjoy private or social lives, partly due to funding and staff shortage, partly because of long distance from the settlements.

Theme 2. Inpatient facilities are available for the patients in need of inpatient psychiatric treatment and care, as for patients' delay in the facility, very often the reason is relatives' unwillingness or even refusal and lack of appropriate services within the community.

Comprehensive, patient-oriented individual recovery plan has not been initiated throughout the country. Treatment is focused mainly on medication treatment aimed at reducing / removing psychotic symptoms and timely discharging patients or "calming them down". In some facilities psycho-social rehabilitation is initiated, however, it is mostly not initiated at all. Respondents named the reasons, such as staff shortage, especially in the regions and lack of relevant trainings, deficit of internal as well as external resources.

Psychotropic medicines are available, sufficient and meets the patients' needs. Most patients were unaware of their rights and obligations in the inpatient facilities, however, during the interviews, the staff members claimed to be providing the appropriate information. The existing mechanisms of filing complaints (com-

plaint boxes) are ineffective; they failed to remember any particular cases of filing a complaint.

Managing somatic chronic diseases and provision with some somatic medications, emergency dental care are also problematic as in this case, transportation and accompanying of a patient become necessary.

In case of need, in multi-field clinics, if somatic complaints cannot be resolved on the spot, the patient is easily referred to another segment of the hospital that seems to be the positive outcome of integrating a psychiatric unit in the clinic. Consultations concerning reproductive health do not represent a routine procedure.

Theme 3. In general, taking into account a patient's advantages in the service process and ensuring his / her involvement in the decision-making process is a challenge. While evaluating the mentioned above theme, the difference between long-term and short-term units was revealed. Taking into consideration scarcity of community-based service alternatives, the patients frequently have no choice where to get the relevant service.

While providing service to patients, considering their advantages is partially achieved in short-term and multiprofile clinics and is initiated in the facilities having long-term units. Patients in these institutions have been treated continuously or after short intervals, and they cannot return to the community or even move into other community-based services.

The patient's consent to undergo voluntary treatment is kept in his / her medical records. Decision-making from the person supported, represents predominant approach in treatment. However, although the patients have formally signed the consent to be placed in the facility, their awareness about the consequences of staying in the hospital and ways of leaving the institution still remains the challenge.

Theme 4. In general, the patients are satisfied with how they are being treated. In case of mistreatment, the management takes appropriate measures. The challenge is the incidents of violence among the patients and ensuring relevant safety measures. Lack of personnel and their qualification are named among the reasons. At the same time the patients' aggressive behavior is associated with unfavourable environmental conditions and poor service quality that was clearly reflected in the renewed as well as unrepaired units of the same facility.

Alternative methods of potential crisis de-escalation are not widely introduced. Chemical and physical restriction is mainly used.

Theme 5. The given standard, as it was decided by the evaluation team, is mainly initiated or not initiated except one facility, which can be distinguished by community integration as well as external activities and the patients' participation in cultural, social and religious activities was assessed as partially achieved.

The personnel cannot help the patients in getting financial resources necessary to live in the community, except for granting a pension and support in receiving money. The facilities where the patients live, cannot provide housing, apart from individual cases when patients have been transferred to a shelter.

Educational and employment programs for persons with mental disorders are not developed in the country. Besides, the staff does not have any information about existing programs. Unfortunately, many organizations refuse to employ people with diagnosis of mental disorders, the patients have problems even with admission to shelters;

Recommendations

Theme 1. The right to adequate standard of living and social protection

▲ At the mental health policy level

- Elaborating deinstitutionalization-oriented time-framed activities in the 2020-2025 Mental Health Development Strategic Plan;
- Promoting development of integrated in general hospitals or small-scale psychiatric inpatient units / centers
- Taking into consideration the rehabilitation projects of mental hospitals in the state budgets;
- Adoption, approval and further implementation of inpatient psychiatric service standards;

◆ **Living environment and service conditions of East Georgia Mental Health Center (Bediani) do not meet any standards. It is highly recommended to take appropriate measures to improve the patients living conditions, environment and service quality as soon as possible.**

▲ At the institution management level

- Elaborating a three-year facility development strategic plan and implementing annual internal monitoring;
- Standardization of the institution internal regulations and medical documentation, in particular:
 - Internal regulations
 - Internal service protocol
 - Developing fire safety regulations and providing training for the personnel
 - Ensuring patients' use of telephone and other means of communication taking into account the best practices
 - Internal regulations of the patients' communication with the outer
- Adapting the environment for people with different types of disabilities and staff training;
- Introducing high culture of service and providing staff awareness and appropriate retraining in relation to respect patients' autonomy, ensure their personal privacy, help in organizing their leisure time.

Theme 2. The right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health

▲ At the mental health policy level

- Starting the dialogue on integration and mutual cooperation between psychiatry and narcology and elaborating a relevant plan;
- Improving coordination between mental health and social services;
- Approving standards for family and residential homes for persons with mental disorders;
- Developing residential and family homes (among them at municipal level);
- Elaborating a plan for discharge of the "chronic patients" (placed in mental inpatient facilities for

- long-term treatment purposes) and integration into mental health state strategy plan;
- Developing clear instructions / guidelines for admission to, refusal and discharge from inpatient mental facilities and referrals to other services at the legislative level;
- Elaborating and updating protocols for psychiatric treatment;
- Developing and implanting an individual / recovery plan for psychosocial rehabilitation;
- Creating an National Essential List of psychotropic medicines;
- Ensuring access to somatic health for persons being on inpatient psychiatric treatment;
- Developing a protocol to reproductive health access;
- Proving continuous medical retraining for mental health specialists;
- Taking measures in order to eliminate acute shortage of mental health professionals in the regions (financial incentives, free residency programs and etc);
- Ensuring regular monitoring of the state mental health program implementation.

▲ **At the institution management level**

- Introducing treatment and management protocols and internal supervision;
- Providing patients' awareness about their rights and guarantees for protection;
- Conducting internal cascade training for new staff members and also rising awareness and knowledge level of the employees;
- Strengthening working with families, introducing relevant measures (education, meetings, clubs and etc).

Theme 3. The right to legal capacity realization and the right to liberty and security of a person

▲ **At the mental health policy level**

- Improving coordination between inpatient and community-based services;
- Elaborating clear referral criteria between services;
- Promoting development of community-based services;
- Developing municipal programs for psycho-social rehabilitation;
- Improving legislation/ legal regulations of involuntary treatment;

▲ **At the institution management level**

- Internal instructions on informing a patient and receiving his / her informed consent on treatment;
- Introducing an efficient and easy complaint procedure based on internal regulations of the facility;
- Implanting systematic research of patients' opinion;
- Regular awareness of the personnel about the patients' rights and providing relevant retraining;
- Gathering information about free legal services within the areal and delivering it to patients;
- Supporting patients in realization of their rights (meetings, providing information, raising aware-

ness, capacity building and etc.);

- Promoting patients' communication with supporters and other social networks.

Theme 4. Freedom from torture, inhuman or degrading treatment or punishment and freedom from exploitation, violence and abuse

▲ At the mental health policy level

- Elaborating and implementing crisis management protocols;
- Legislative improvements of restraint mechanisms.

▲ At the institution management level

- Creating more flexible and efficient mechanism of filing complaints, ensure patients' involvement;
- Organizing legal consultations necessary for the patients;
- Improving communication with the outer world (access to telephone, internet, mails);
- Staff training in alternative techniques of de-escalation;
- Introducing internal protocols on crisis situation management, and the staff retraining.

Theme 5. The right to live independently and be included in the community

▲ At the mental health policy level

- Developing projects on employment of persons with mental disorders and their professional re-training with the involvement of local authorities;
- Supporting setting up / strengthening user organizations (projects at local government level –clubs, day centers and etc);
- Providing the community education, organizing media campaigns.

▲ At the institution management level

- Supporting patients' involvement in the community activities;
- Informing the patients about social, financial and employment resources within the community;
- Organizing regular activities in the facilities;
- Structuring patient's day (ensuring reasonable, entertaining, educational measures);
- Strengthening the patients' independent life skills;
- Promoting the patients' communication with the outer world.

Facility	Theme 1										Theme 2					Theme 3					Theme 4					Theme 5				
	Standard										Standard					Standard					Standard					Standard				
	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	3,1	3,2	3,3	3,4	4,1	4,2	4,3	4,4	4,5	5,1	5,2	5,3	5,4					
H1 -1 Center for Mental Health and Prevention of Addiction I (M)	AI	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AF	AP	AF	AP	X	AF	AP	AI	AI	AI	NI					
H1 -2 Center for Mental Health and Prevention of Addiction II (mixed)	AP	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AF	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AF	AP	AF	AP	X	AF	AF	AI	AI	AI	NI					
N1 Evex Medical Corporation	AF	AF	AP	AF	AP	AI	AF	AP	AI	AF	AP	AP	AF	AP	AF	AP	AF	AP	X	AP	AI	AI	AI	NI	NI					
N2 N 5 Clinical Hospital	AP	AF	AP	AF	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AP	AP	AF	AP	AF	AP	AF	AP	X	AP	AI	AI	AI	NI	NI					
H2 Tbilisi Mental Health Center	AI	AI	AP	AP	AI	NI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AP	AI	AP	AF	AP	X	AF	AP	NI	NI	AI	AI	NI					
H3 Rustavi Mental Health Center	AF	AF	AP	AF	AF	AP	AF	AF	AI	AF	AP	AP	AF	AP	AF	AP	AF	AP	X	AF	AI	AI	AI	AI	NI					
H4 East Georgia Mental Health Center (Surami)	AF	AP	AP	AF	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AI	AI	AP	AI	AP	AF	AF	X	AP	AP	NI	NI	AI	AI	AI					
H5 East Georgia Mental Health Center (Bediani)	AI	AI	AI	AP	AP	AI	NI	AP	NI	AF	AI	AI	AI	AI	AI	AF	AP	X	AP	AP	AI	AI	NI	AI	AI					
H6 Kutaisi Mental Health Center	AP	AP	AP	AF	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AP	AP	AI	AI	AP	AF	AP	X	AP	AI	AI	AI	NI	AI	AI					
H7 Senaki Psycho-Neurological Dispensary	AP	AP	AP	AF	AP	AI	AF	AP	NI	AF	AI	AP	AI	AI	AI	AF	AP	X	AP	AI	AI	AI	NI	AI	AI					
H8 -1 National Center of Mental Health (to be redecorated)	AI	AI	AI	AP	AI	AI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AI	AI	AI	AF	AI	X	AP	AP	AI	AI	NI	AI	AI					
H8-2 National Center of Mental Health (redecorated)	AF	AF	AF	AF	AP	AI	AP	AP	NI	AF	AI	AI	AP	AP	AP	AF	AP	X	AP	AP	AI	AI	NI	AI	AI					
N3-1 Batumi Med. Center (to be redecorated)	AP	AP	AP	AF	AP	AI	AF	AF	NI	AF	AP	AP	AP	AP	AF	AP	AF	X	AP	AP	AI	AI	AI	AI	AP					
N3-2 Batumi Med. Center (redecorated)	AF	AF	AF	AF	AP	AP	AF	AF	NI	AF	AP	AP	AP	AP	AF	AP	AF	X	AP	AP	AI	AI	AI	AI	AP					

AF - Achieved fully

AP - Achieved partially

AI - Achievement initiated

NI - Not initiated

X - Inappropriate

H - Psychiatric hospital

N - Psychiatric Unit in general hospital

შეფასების ჩატარებისთვის შეიქმნა მმართველი გუნდი, რომელიც კოორდინაციას უწევდა დაწესებულებაში ვიზიტის ორგანიზებას, გუნდის შერჩევას, მომზადებას, დაწესებულებაში ვიზიტს, შედეგების მომზადებასა და შემდგომ მოქმედებებს. შეფასების ჩარჩო, განრიგი და მეთოდოლოგია შემუშავდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან შეთანხმებით.

შეფასებისთვის შეირჩა ქვეყანაში მოქმედი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა სტაციონარული დაწესებულება, მათ შორის 8 ფსიქიატრიული საავადმყოფო და სამი ფსიქიატრიული განყოფილება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში შეფასდა ყველა განყოფილება, როგორც მწვავე ასევე გრძელვადიანი. არ შეფასებულა ამბულატორიული და სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილებები. იქ სადაც დაწესებულების განყოფილებების გარემო და მომსახურება მკვეთრად განსხვავდებოდა, შეფასების გაშუალების არიდებისთვის, თითოეული განყოფილება ცალ-ცალკე შეფასდა და ქულებიც ანგარიშში ცალკე დაინერა.

შეფასების გუნდის წევრები შეირჩნენ გამოცდილებისა და განსხვავებული კომპეტენციის მიხედვით. გუნდის შერჩევის პროცესში იყო მულტიდისციპლინურობა, დამოუკიდებლობა, სერვისის ყოფილი მომხმარებლების და რეგიონალური წარმომადგენლების ჩართულობა. შეფასების გუნდში შედიოდნენ:

1. **თინათინ ორმოცაძე** - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
2. **ელენე ყორაყორაძე** - ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვის და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი
3. **ნინო აღდგომელაშვილი** - ადამიანის უფლებათა აქტივისტი გიფ-თბილისი
4. **არჩილ ხახუტაიშვილი** - იურისტი დემოკრატიის ინსტიტუტი, ბათუმი
5. **ლელა ბედინიშვილი** - სოციალური მუშაკი დემოკრატიის ინსტიტუტი, ბათუმი
6. **ოლგა კალინა** - ადამიანის უფლებათა აქტივისტი კავშირი „თანამშრომლობა თანაბარი უფლებებისთვის“
7. **მარიამ ჯანიაშვილი** - იურისტი ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი EMC
8. **ანი ასლანიშვილი** - სოციალური მუშაკი საქართველოს სოც. მუშაკთა ასოციაცია
9. **ლალი წულეისკირი** - სოციალური მუშაკი ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი
10. **გუგა გრიგოლია** - ფსიქოლოგი

კლუბი სინერგია

11. მარიამ რაზმაძე - ფსიქოლოგი

კლუბი სინერგია

შეფასების გუნდის ყველა წევრი მონაწილეობდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების მიერ ჩატარებულ ტრენინგში „ხარისხის და ადამიანის უფლებების შეფასება და გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის დანესებულებებში“ (ნოემბერი, 2018, გიფ-თბილისის ოფისი). გუნდის წევრებისგან შეირჩა 3-4 წევრიანი გუნდები დანესებულებების სიდიდის მიხედვით. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი მონაწილეობდა ყველა დანესებულების ვიზიტში.

შეფასების ვიზიტების განრიგი მოცემულია ცხრილში.

№	დანესებულება	ადგილი	ვიზიტის თარიღი
H1-1	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი	ქ. თბილისი	14.03-15.03
H1-2	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი	ქ. თბილისი	14.03-15.03
N1	სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი, ფსიქიატრიული განყოფილება	ქ. თბილისი	21.03
N2	შპს „№5 კლინიკური საავადმყოფო,“ ფსიქიატრიული განყოფილება	ქ. თბილისი	29.03
H2	შპს ქ. თბილისის ფს. ჯანმრთ. ცენტრი	ქ. თბილისი	04.04-05.04
H3	შპს რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი	ქ. რუსთავი	22.03
H4	შპს აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი (სურამი)	სურამი	12.04
H5	შპს აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი (ბედიანი)	ბედიანი	19.04
H6	შპს ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი	ქ. ქუთაისი	07.05
H7	შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“	ქ. სენაკი	08.05
H8-1	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (გასარემონტ.)	ხონი, ქუტური	16.05-17.05
H8-2	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (გარემონტ.)	ხონი, ქუტური	16.05-17.05
N3-1	შპს ბათუმის სამედიცინო ცენტრი (გასარემონტ.)	ქ. ბათუმი	23-05-24.05
N3-2	შპს ბათუმის სამედიცინო ცენტრი (გარემონტ.)	ქ. ბათუმი	23-05-24.05

ყველა ვიზიტი წინასწარ იყო დაგეგმილი. დანესებულებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ წერილობით აცნობა ყველა დანესებულების ადმინისტრაციას ვიზიტის თაობაზე,

თარღის მითითებით. ვიზიტის დროს გუნდის წევრებს ნორმალური მუშაობისთვის ჰქონდათ ადმინისტრაციის მხრიდან სრული ხელშეწყობა.

წინასწარ შემუშავდა თანხმობის ფორმა, სადაც ახსნილი იყო შეფასების მიზანი და კონფიდენციალობის დაცვის გარანტიები, რომელიც ინტერვიუს წინ ეცნობოდა რესპონდენტს.

სრულყოფილი და ყოვლისმომცველი შეფასების უზრუნველსაყოფად გამოყენებული იყო ჯანმო-ს ხარისხიან ფელეების ინსტრუმენტის ხუთივე თემა, რომლებიც წარმოადგენს გაერთიანებული ერების მზღლდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (CRPD) ხუთ თემას:

- თემა 1.** უფლება ცხოვრებისა და სოციალური დაცვის ადეკვატურ სტანდარტზე (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 28);
- თემა 2.** უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 25);
- თემა 3.** სამართლებრივი ქმედუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14);
- თემა 4.** წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 15 და 16);
- თემა 5.** დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 19).

შეფასების გუნდი ვიზიტის დროს სისტემურად აფიქსირებდა, თუ როგორ არის რეალიზებული თითოეული თემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონკრეტულ დაწესებულებაში. ზემოთ აღნიშნული თითოეული „თემა“ ან „უფლება“ დაყოფილია „სტანდარტებად“, რომლებიც თავის მხრივ, იშლება „კრიტერიუმებად“. კრიტერიუმები ხარისხისა და უფლებების შეფასების ბაზისს ქმნის. კრიტერიუმების საფუძველზე ხდებოდა ინტერვიუს, დაკვირვებისა და დოკუმენტაციის მიმოხილვის საშუალებით დაწესებულებაში სიტუაციის შეფასება.

შეფასების ჩატარებამდე 1 კვირით ადრე ეწყობოდა მმართველ გუნდთან მოსამზადებელი შეხვედრა, სადაც ხდებოდა დაგეგმილი ვიზიტის განხილვა, საორგანიზაციო საკითხების გადანყვეტა და გუნდის წევრების უნარის, ცოდნისა და გამოცდილების გათვალისწინებით კონკრეტული პასუხისმგებლობების განაწილება. კერძოდ:

- გუნდის კოორდინაცია
- დაწესებულებაში პირობების დაკვირვება
- დოკუმენტაციის მიმოხილვა
- გასაუბრების ჩატარება
- შეფასების ანგარიშის მომზადება

შეფასების გუნდის წევრები არ იყვნენ შემოფარგლური კონკრეტული როლებით, გუნდურად მონაწილეობდნენ როგორც შეფასების სხვადასხვა პროცესში ასევე ანგარიშის მომზადებაში.

მმართველმა გუნდმა განსაზღვრა თითოეულ დაწესებულებაში გასაუბრებისათვის საჭირო სერვისის მომხმარებელთა, ოჯახის წევრების¹ და პერსონალის რაოდენობა. ინტერვიუები ჩატარდა დაწესებულებასთან დაკავშირებული პირების ფართო შერჩევით. გამოიკითხნენ სხვადასხვა ასაკის, სქესის, დიაგნოზის და ეთნიკური წარმოშობის სერვისის მომხმარებლები, მათ შორის ნებაყოფლობით და

¹ ანგარიშში ტერმინი „ოჯახის წევრები“ გულისხმობს ასევე მეგობრებს და მზრუნველებს

არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები და შეძლებისდაგვარად ოჯახის წევრები. ასევე სხვადასხვა კატეგორიის თანამშრომლები მათ შორის, დაწესებულების ხელმძღვანელი, ფსიქიატრები, ექთნები, ექთნის თანამშენებელი/მზრუნველები სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგები, და სხვა. დაწესებულებებში ინტერვიუსთვის შექმნილი იყო სამუშაო გარემო პრივატულობის დაცვით. პაციენტები გამოკითხულნი იყვნენ შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით და პაციენტთა მხრიდან სურვილის შემთხვევაში. აღსანიშნავია, რომ პაციენტები, განსაკუთრებით გრძელვადიან მკურნალობაზე მყოფნი, იყვნენ პასიურები და ნაკლებმოტივირებულნი, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს პაციენტის გააქტიურებასა და ჩართულობაზე მიმართული მიდგომების ნაკლებობაზე.

დოკუმენტაციის მიმოხილვისთვის შესწავლილი იყო დაწესებულებების მარეგულირებელი დოკუმენტები: შინაგანაწესი, დასაქმებულთა შრომითი აღწერილობა, შიდა ბრძანებები, ადმინისტრაციული მონაცემები (პერსონალის რაოდენობა და შემადგენლობა, სერვისის მომხმარებლების რაოდენობა, სქესი, მოთავსების და განერის ჩანაწერები), ჩანაწერები კონკრეტული მოვლენების შესახებ, მაგალითად საჩივრები არანებაყოფლობითი მოთავსებისა და მკურნალობის შესახებ, შეზღუდვის ძალადობის ან სიკვდილის შემთხვევები, სამედიცინო ფაილები, დაწესებულებაში არსებული მედიკამენტების ნუსხა.

ვიზიტის დროს გუნდის წევრები ათვალთვლებდნენ დაწესებულების ყველა განყოფილებას, როგორც ქალთა ასევე მამაკაცთა პალატებს, იზოლაციის/სამეთვალყურეო ოთახებს, ოთახებს თერაპიებისთვის, სამზარეულოს, კვების სივრცეს, სააბაზანოს და ტუალეტებს.

იქ სადაც დოკუმენტაციის მიმოხილვამ, დაკვირვებამ და ინტერვიუებმა დაწესებულების შესახებ ნათელი სურათი შექმნა და ინტერვიუს პასუხები მეორდებოდა, შეფასების გუნდის წევრების გადანწყვეტილებით ინტერვიუები წყდებოდა. ვინაიდან ხუთივე თემა ფასდებოდა, გამოკითხვა საკმაოდ ხანგრძლივი და შრომატევადი იყო, პაციენტთა ნაწილი წყვეტდა ინტერვიუს, ნაწილი კი იღლებოდა და ფორმალურად პასუხობდა. ყველაზე რთული აღმოჩნდა ოჯახის წევრებთან გასაუბრება. ოჯახის წევრები იშვიათად აკითხავდნენ პაციენტებს, მათი უმრავლესობა უარს აცხადებდა ინტერვიუზე და ვინც თანხმდებოდა, ძირითადად დადებითად აფასებდა დაწესებულებას და კრიტიკული შენიშვნებისგან თავს იკავებდა. ქვემოთ ცხრილში მოცემულია ჩატარებული ვიზიტების და ინტერვიუების ჯამური რაოდენობა.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოს რაოდენობა	8
ფსიქიატრიული განყოფილება ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში	3
დაწესებულებების ჯამური რაოდენობა	11
გვეგვიური ვიზიტები	11
გამოკითხული პერსონალის რაოდენობა	96
გამოკითხულ პაციენტთა რაოდენობა	143
გამოკითხულ ოჯახის წევრთა (მეგობრების, მზრუნველების) რაოდენობა	12
დაწესებულებაში ჩატარებული გამოკითხვის საერთო რაოდენობა	251

ვიზიტის შემდეგ გუნდის წევრები იკრიბებოდნენ ინტერვიუს, დოკუმენტაციის მიმოხილვის და დაკვირვების შედეგად მოპოვებული შედეგების განხილვის, გაერთიანების და შეჯერების მიზნით. მას შემდეგ, რაც გუნდი შეთანხმდებოდა სტანდარტის თითოეული კრიტერიუმის ქულაზე, ხდებოდა კოლექტიურად

ქულების სუბიექტური „ანონვა“ და გასაშუალება, რომ შესაბამის სტანდარტს ქულა მინიჭებოდა.

გუნდი ინსტრუმენტის თითოეულ კრიტერიუმს, სტანდარტსა და თემას ანიჭებდა ქულას შემდეგნაირად: AF "სრულად მიღწეული", AP "ნაწილობრივ მიღწეული", AI "მიღწევა ინიცირებულია", NI "არ არის ინიცირებული" ან X "არ მიესადაგება". მიღწევის დონის აღწერა მოცემულია ცხრილში:

მიღწევის დონე	აღწერა
სრულად მიღწეული (A/F)	არის მტკიცებულება, რომ კრიტერიუმები, სტანდარტი ან თემა სრულად რეალიზებულია.
ნაწილობრივ მიღწეული A/P)	არის მტკიცებულება, რომ კრიტერიუმები, სტანდარტი ან თემა რეალიზებულია, მაგრამ საჭიროა გაუმჯობესება.
მიღწევა ინიცირებულია (A/I)	არის მტკიცებულება, რომ ნაბიჯები გადაიდგა, რათა დაკმაყოფილდეს კრიტერიუმები, სტანდარტი ან თემა, მაგრამ მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება საჭიროა.
არ არის ინიცირებული (N/I)	არ არის მტკიცებულება, რომ არის მცდელობა ან ნაბიჯები კრიტერიუმების, სტანდარტის ან თემის დაკმაყოფილების მიმართულებით.
არ მიესადაგება (X)	კრიტერიუმები, სტანდარტი ან თემა არ ეხება დაწესებულებას (მაგალითად საძილე დანაყოფების შეფასება დღის ცენტრში ან ამბულატორიაში)

ქულების შეფასება ყველა დომენში ხდებოდა მსჯელობით და ურთიერთშეთანხმებით. განსხვავებული მოსაზრების შემთხვევაში წევრები ისმენდნენ ერთმანეთის არგუმენტებს და ამის შემდეგ თანხმდებოდნენ ქულაზე. თუ შეთანხმებას ვერ აღწევდნენ უპირატესობა ენიჭებოდა დაბალ ქულას. ინტერესთა კონფლიქტს ადგილი არ ჰქონია.

შეფასების დასრულების შემდეგ, შეფასების გუნდები რამდენჯერმე შეიკრიბნენ, რომ ქვეყნის დონეზე ანგარიშის მომზადებისას გუნდებს შორის კონსენსუსი შემდგარიყო საერთო თემის, სტანდარტის ან კრიტერიუმის რეიტინგში.

თითოეულ ანგარიშს ახლავს დაწესებულების შეფასების საფუძველზე მომზადებული რეკომენდაციები, რომლებიც მიმართულია დაწესებულებაში ადამიანის უფლებების დაცვის და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ. ქვეყნის ანგარიშში წარმოდგენილია რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის დონეზე, რომლებიც მიმართულია ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ.

შედეგები და დისკუსია

შეფასება ჩატარდა ქვეყანაში მოქმედი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა სტაციონარულ დაწესებულებაში, მათ შორის რვა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოსა და ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს სამ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში შეფასდა ყველა განყოფილება, როგორც მწვავე ასევე გრძელვადიანი განყოფილებები. არ შეფასებულა ამბულატორიული და სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილებები.

დაწესებულებები კოდირებულია შემდეგნაირად. H - ფსიქიატრიული დაწესებულება; N - ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში ფსიქიატრიული განყოფილება.

№	დაწესებულება
H1-1	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი
H1-2	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი
N1	სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი, ფსიქიატრიული განყოფილება
N2	შპს „№5 კლინიკური საავადმყოფო,“ ფსიქიატრიული განყოფილება
H2	შპს ქ. თბილისის ფს. ჯანმრთ. ცენტრი
H3	შპს რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი
H4	შპს აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი (სურამი)
H5	შპს აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი (ბედიანი)
H6	შპს ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი
H7	შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“
H8-1	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (გასარემონტ.)
H8-2	შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (გარემონტ.)
N3-1	შპს ბათუმის სამედიცინო ცენტრი (გასარემონტ.)
N3-2	შპს ბათუმის სამედიცინო ცენტრი (გარემონტ.)

ცხრილში მოცემულია დაწესებულებების მიხედვით დაგვეგმილი და ჩატარებული ინტერვიუების ჯამური რაოდენობა.

დაწესებულება	სამედიცინო პერსონალი	პაციენტთა რაოდენობა	ინტერვიუს რაოდენობა					
			პაციენტების ინტერვიუ		შტატის ინტერვიუ		ოჯახის წევრების ინტერვიუ	
			დაგვეგმილი	ჩატარებული	დაგვეგმილი	ჩატარებული	დაგვეგმილი	ჩატარებული
H1	73	82	27	15	21	14	13	4
N1	27	18	9	6	13	7	6	2
N2	31	30	10	5	7	7	5	0
H2	122	210	20	12	9	14	10	4
H3	30	22	10	5	10	5	5	0
H4	32	67	20	9	10	5	10	0
H5	28	155 (110 ადგილზე)	35	27	8	6	4	0
H6	39	29	10	8	5	5	5	1
H7	23	15	7	8	5	5	5	1
H8	91	173	51	21	20	14	10	0
N3	49	130	30	27	12	14	10	0
ჯამი	545	931	229	143	120	96	83	12

დანესებულებების შეფასების შედეგები თემების და სტანდარტების მიხედვით მოცემულია ცხრილებში შესაბამისად.

თემა 1. უფლება ცხოვრების ადეკვატურ სტანდარტზე
(შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 28);

სტანდარტი	დანესებულება													
	H1.1	H1.2	N1	N2	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8-1	H8-2	N3-1	N3-2
სტანდარტი 1.1 შენობა კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაშია	AI	AP	AF	AP	AI	AF	AF	AI	AP	AP	AI	AF	AP	AF
სტანდარტი 1.2 სერვისის მომხმარებელთა საძილე პირობები კომფორტულია და საკმარისად პრივატული	AP	AP	AF	AF	AI	AF	AP	AI	AP	AP	AI	AF	AP	AF
სტანდარტი 1.3 დანესებულება აკმაყოფილებს ჰიგიენურ და სანიტარულ ნორმებს.	AI	AI	AP	AP	AP	AP	AP	AI	AP	AP	AI	AF	AP	AF
სტანდარტი 1.4 სერვისის მომხმარებლებს მიენოდებათ საკვები, უსაფრთხო სასმელი წყალი და ტანსაცმელი, რომელიც შეესაბამება მათ საჭიროებებს და არჩევანს.	AF	AF	AF	AF	AP	AF	AF	AP	AF	AF	AP	AF	AF	AF
სტანდარტი 1.5 სერვისის მომხმარებლებს თავისუფლად შეუძლიათ კომუნიკაცია და პირადი ცხოვრება დაცულია.	AP	AP	AP	AP	AI	AF	AP	AP	AP	AP	AI	AP	AP	AP
სტანდარტი 1.6 დანესებულება უზრუნველყოფს კეთილგანწყობილ, კომფორტულ, მასტიმულირებელ გარემოს აქტიური მონაწილეობისა და ურთიერთობისთვის.	AI	AP	AP	AP	AI	AF	AI	AI	AP	AP	AI	AP	AI	AF
სტანდარტი 1.7 სერვისის მომხმარებლებს შეუძლიათ ისიამოვნონ სოციალური და პირადი ცხოვრებით და შეინარჩუნონ ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებასა და აქტივობებში.	AI	AI	AI	AI	NI	AP	AI	NI	AI	AI	AI	AI	AI	AP

დისკუსია

ფიზიკური გარემო, საძილე პირობები, ჰიგიენა, კვება

ფიზიკური გარემოს შეფასებისას ჩანს, რომ დანესებულებების ნაწილში მძიმე მდგომარეობაა (H1.1, H2, H5, H8.1), შეფასებულია როგორც ინიცირებული. ავეჯი მოძველებულია და არასაკმარისი, ოთახებში მხოლოდ ძველი საწოლებია და რამდენიმე პაციენტზე ერთი ტუმბო. N1 დანესებულების ერთი ფლიგელი დაკეტილია 2015 წლიდან რეაბილიტაციისთვის, რის გამოც დანესებულება სრულად ვერ ფუნქციონირებს. ზოგადი პრობლემაა მობილობაშემზღუდული პაციენტების გადაადგილება და ტუალეტით სარგებლობა გარემონტებულ დანესებულებებშიც კი. სუსტი, მობილობაშემზღუდული, ასაკოვანი პაციენტებისთვის პრობლემას ქმნის ტუალეტებით სარგებლობა, სადაც უნიტაზი არ არის.

მამაკაცები და ქალები ცალ-ცალკე საძილე დანაყოფებში არიან, თუმცა პრივატულობის საკითხი პრობლემურია როგორც პალატებში ასევე ტუალეტებში. გაურემონტებელ განყოფილებებში ოთახებს კარები არა აქვს. პრივატულობა, პალატებში საერთოდ არაა დაცული „... ან ერთმანეთს ვეფარებით, ან კიდევ ტუალეტში შევდივართ და იქ ვიცვლით.“ - ამბობს ქალი პაციენტი საძილე პირობები სრულად მიღწეულად ჩაითვალა ახალ გარემონტებულ დანესებულებებში და მულტიპროფილურ კლინიკებში, სადაც პალატები არ არის გადატვირთული და ოთახებში არის პრივატული ტუმბოები და შესანახი კარადები, რომლებიც იკეტება; ლეიბები და თეთრეული სუფთა და ახალია. ზოგიერთ გარემონტებულ დანესებულებაში კარებში ჩასმული მინები, პაციენტების აზრით, უხერხულობას ქმნის, განსაკუთრებით შერეულ განყოფილებებში.

სამხავე და ტუალეტი ხშირად არ იკეტება, მხოლოდ პერსონალს შეუძლია მათი ჩაკეტვა/გაღება. ზოგიერთმა პაციენტმა ინტერვიუში აღნიშნა, რომ სველი წერტილებით სარგებლობისას ბოლომდე მიუხურავი კარი უხერხულობას უქმნის. პაციენტების გამოკითხვით და დაკვირვებით ჩანს, რომ ჰიგიენური საშუალებები ხელმისაწვდომია, თუმცა ზოგან სარეცხ საპონს იყენებენ. პერსონალის განმარტებით, ანტიბაქტერიული თვისების გამო და ამას პაციენტთა ნაწილიც ეთანხმება. ზოგიერთ დანესებულებაში პრობლემაა ქალის ჰიგიენური საშუალებები და პამპერსები. პაციენტთა უმეტესობა არ იყენებს კბილის ჯაგრისს.

დანესებულებებში სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა, მძიმე ინფრასტრუქტურის გამო შეუძლებელია ჰიგიენის ადეკვატური დაცვა, განსაკუთრებით, სველი წერტილების მოვლა; არ არის მოწესრიგებული ვენტილაციის საკითხი, მძიმე სუნი დგას (H1.1, H5, H8.1).

ინფრასტრუქტურის გაუმართაობას უკავშირდება მასტიმულირებელი გარემოს არ არსებობა (H1.1, H2, H4, H5, H8.1, N3.2). დღის აქტივობები მწირია, ძირითადად დროს ატარებენ ტელევიზორის ყურებაში, რომელიც დერეფანში კიდეა. არ არის სივრცე დასვენებისთვის. პაციენტებმა გამოთქვეს სურვილი იყოს ოთახი სპორტული აქტივობებისთვის. უკეთესი მდგომარეობაა გარემონტებულ დანესებულებებში, თუმცა აქაც ნაწილობრივ არის მიღწეული, რადგან დღე არ არის სტრუქტურირებული და არ უწყობს ხელს პაციენტის სტიმულირებას. სრულად მიღწეულად ჩაითვალა H3 და N3.2 დანესებულებაში, სადაც დამატებითი ძალისხმევა იღება პაციენტთა დღის და გარე აქტიურობის კუთხით.

მართალია, შენობებში გამოკრულია საევაკუაციო გეგმა და შიდა ბრძანებით განსაზღვრულია სახანძრო უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირი, სახანძრო უსაფრთხოების საკითხებზე პერსონალი ნაკლებად არის ინფორმირებული, ხოლო პაციენტები პრაქტიკულად არ ფლობენ არანაირ ინფორმაციას უსაფრთხოების შესახებ. (პერსონალი განმარტავს რომ აწვდიან ამ ინფორმაციას, თუმცა პაციენტთა გამოკითხვისას ამ ინფორმაციის ქონა არ დადასტურდა). შენობების უმეტესობა არ არის აღჭურვილი ხანძარსაწინააღმდეგო სისტემით.

კვება და სასმელი წყლით მომარაგება დამაკმაყოფილებელია და უმეტეს დანესებულებაში სრულად

მიღწეულად ჩაითვალა. გაურემონტებელ დაწესებულებებში პრობლემურია ასევე კვების სივრცე და გარემო ინსტიტუციურია. უმეტეს დაწესებულებაში ჭურჭელი მეტალისაა, არ იყენებენ ჩანგლებს, მაგიდებზე არ არის ხელსახოცები.

დაწესებულებებში, სადაც გრძელვადიანი პაციენტები მკურნალობენ, პრობლემაა ტანსაცმლით მომარაგება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით არ არის გათვალისწინებული ტანსაცმლის შეძენა, პაციენტთა უმეტესობას არააინ აკითხავს, პაციენტებს არ აქვთ ადეკვატური ტანსაცმელი და ფეხსაცმელი, საშინაო ფეხსაცმელი, თეთრეული და ღამის ტანსაცმელი. ამ დაწესებულებებში ქულამ დაინია და ჩაითვალა ნაწილობრივ მიღწეულად (H2, H5, H81).

კომუნიკაცია და ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში

კომუნიკაცია და პირადი ცხოვრების უფლება პრაქტიკულად ნაწილობრივ მიღწეულია, პაციენტებს აქვთ ტელეფონით კომუნიკაციის საშუალება, დაწესებულებებს აქვთ ეზო, პაციენტების მნახველებს თავისუფლად შეუძლიათ პაციენტების მონახულება. სრულად მიღწეულად ჩაითვალა H3 დაწესებულებაში, სადაც პაციენტებს აქვთ საშუალება ისარგებლონ საკუთარი მობილურით და ინტერნეტით, თავისუფლად გადაადგილდებიან დაწესებულების ტერიტორიაზე და შეუძლიათ ნებართვით გარეთ გასვლა; ეზო კეთილმოწყობილია დასვენებისა და სპორტული აქტივობისთვის. დიდ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, სადაც პაციენტები ფაქტიურად ცხოვრობენ პრობლემურია პაციენტთა თავისუფალი გადაადგილება („ეზოში გასვლაზე ნებართვას ვიღებთ და პერსონალი უნდა გამოგვყვეს“ - ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტი). ეზოები არ არის კეთილმოწყობილი ფიზიკური და სპორტული აქტივობისთვის, პაციენტებს არ აქვთ საშუალება თავისუფლად და სხვების თანდასწრების გარეშე ისარგებლონ ტელეფონით. თუ განყოფილებები შერეული არ არის, საპირისპირო სექსის პაციენტებს ნაკლებად აქვთ ურთიერთობის საშუალება. (H2, H5, H8.1).

N1 დაწესებულებაში პაციენტები მოსაწვევად გარეთ გადიან. პაციენტებმა გამოთქვეს უკმაყოფილება იმ ფაქტით, რომ სიგარეტის ღერს ურიგებენ 1 საათში ერთხელ. ასევე თქვეს, რომ სისტემატურად სიგარეტის და გარეთ გაშვების თხოვნა ერიდებათ (ამის გამო „ვარ უხერხულად, არადა რომ მინდა, რა ვქნა?“ - პაციენტი მამაკაცი). პერსონალმა და პაციენტებმა გამოთქვეს სურვილი, რომ იყოს მოსაწვევი ოთახი, რადგან ეს მოხსნიდა ზემოთქმულ პრობლემას და უამინდობისას გარეთ გასვლის საჭიროებას.

სოციალური აქტივობა და ჩართულობა სერიოზულ გამოწვევად რჩება იმ დაწესებულებებში სადაც პაციენტები ხანგრძლივად იმყოფებიან. არაინიცირებულად ჩაითვალა H2 და H5 დაწესებულებებში, სადაც პაციენტებს თითქმის არ აქვთ საშუალება ისარგებლონ პირადი ან სოციალური ცხოვრებით, ნაწილობრივ დაფინანსების და კადრების დეფიციტის გამო და ნაწილობრივ დასახლებული ადგილიდან დაშორების გამო. აღნიშნული უფლება ნაწილობრივ მიღწეულად ჩაითვალა H3 და N3.2 დაწესებულებებში, სადაც პაციენტები ყველაზე მეტად არიან ინტეგრირებულნი თემში და შენარჩუნებული აქვთ გარე სამყაროსთან კომუნიკაცია. დანარჩენ დაწესებულებებში ინიცირებულია ცალკეული აქტივობები, სოციალური მუშაკები ცდილობენ ამ მიმართულებით მუშაობას, თუმცა ნაკლები წარმატებით. ცალკე აღნიშვნის ღირსია ხანმოკლე დაყოვნების დაწესებულებები, სადაც პაციენტების საშუალო დაყოვნება 2 კვირაა. პერსონალის აზრით, ამ დროში რამე სოციალური აქტივობის შენარჩუნებაზე ლაპარაკი არ არის რელევანტური. გუნდმა ამ საკითხზე იმსჯელა და ჩაითვალა, რომ არსებობენ პაციენტები, რომლებიც წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად თავსდებიან მწვავე განყოფილებაში და მათთან ამ მიმართულებით მუშაობა სასარგებლო იქნებოდა.

თემა 2. უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით
(შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 25);

სტანდარტი	დანესებულება													
	H1.1	H1.2	N1	N2	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8-1	H8-2	N3-1	N3-2
სტანდარტი 2.1 დანესებულება ხელმისაწვდომია ყველასთვის, ვისაც სჭირდება მკურნალობა და დახმარება.	AF	AF	AF	AF	AP	AF	AF	AP	AF	AF	AP	AP	AF	AF
სტანდარტი 2.2 დანესებულებას ჰყავს კვალიფიკური პერსონალი და აწვდის კარგი ხარისხის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისს.	AP	AF	AP	AP	AP	AF	AP	AP	AP	AP	AP	AP	AF	AF
სტანდარტი 2.3² მკურნალობა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია და მხარდაჭერა ქსელებსა და სხვა სერვისებთან ურთიერთობა არის სერვისის მომხმარებელზე ორიენტირებული აღდგენის გეგმის შემადგენელი ნაწილები და ხელს უწყობს სერვისის მომხმარებელთა დამოუკიდებელ ცხოვრებას.	AI	AI	AI	AI	NI	AI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
სტანდარტი 2.4 ფსიქოტროპული მედიკამენტები ფიზიკურად და ფინანსურად ხელმისაწვდომია და სათანადოდ გამოიყენება.	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF	AF
სტანდარტი 2.5 ზოგადი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისთვის ადეკვატური მომსახურება ხელმისაწვდომია.	AP	AP	AP	AP	AI	AP	AI	AI	AP	AI	AI	AI	AP	AP

დისკუსია

სტაციონარული დანესებულებები ხელმისაწვდომია ფსიქიატრიული სტაციონარული მკურნალობის საჭიროების მქონე პაციენტებისთვის, თუმცა ცალკეული გამონათქვამებით, სომატურად სუსტი, ასაკოვანი და ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტების მიღება შედარებით გართულებულია და დანესებულებისთვის პრობლემას წარმოადგენს. რაც შეეხება პაციენტთა დაყოფნებს, ხშირ შემთხვევაში ამის მიზეზია ახლობლების უარი და თემში შესაბამისი სერვისების დეფიციტი. შესაბამისად, ეს სტანდარტი ნაწილო-

² იხ. ასევე სტანდარტი 3.1

ბრივ მიღწეულია იმ დაწესებულებებში, სადაც პაციენტები ფაქტიურად ცხოვრობენ (H2, H5, H8). ექიმმა აღნიშნა, რომ დიდი პრობლემაა გადაუდებელი სასწრაფო დახმარების სამსახურის თანამშრომლების კომპეტენცია: „ვერ აფასებენ პაციენტის მდგომარეობას და არასწორად მოჰყავთ. ზოგჯერ „ჩამოაგდებენ“ მიწებში და გარბიან. ხშირად ექიმები საკუთარი ჯიბიდან ვიხდით ტაქსის ფულს მოყვანილი პირის სახლში დასაბრუნებლად“.

ქვეყნის მასშტაბით არ არის ინიცირებული პაციენტზე ორიენტირებული და ყოვლისმომცველი, ინდივიდუალური აღდგენის გეგმა. მკურნალობა ძირითადად მედიკამენტურია და ორიენტირებულია ფსიქოზური სიმპტომატიკის შემცირება/მოხსნაზე და პაციენტის ღრეულ განერაზე ან „მშვიდად“ ყოფნაზე. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ზოგიერთ დაწესებულებაში ინიცირებულია (H1, N1, N2, H3), თუმცა, უმეტესად არაინიცირებულია. ამის მიზეზად რესპონდენტები ასახელებდნენ პერსონალის ნაკლებობას, განსაკუთრებით რეგიონებში და შესაბამისი ტრენინგების დეფიციტს, შიდა და გარე რესურსების სიმწირეს. ხშირად თანამშრომლებს შორის ამ საკითხის საჭიროების თაობაზე შეთანხმება ვერ მიიღწევა (სოციალური შეფასების კომპონენტის გათვალისწინება სამკურნალო გეგმაში); „მულტი გუნდის მუშაობის სტანდარტები არ გვაქვს და არ დგას მულტი გუნდის მუშაობის საკითხი, როგორც ვალდებულება. ამის გამო, სათანადოდ არ ფუნქციონირებს... კარგი იქნება ფსიქიატრების მხრიდან მეტი ჩართულობა მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობაში. აუცილებელია გვექონდეს მულტი გუნდის მუშაობის ფორმა და არსებობდეს კონტროლის ბერკეტი, რომ ამ ფორმამ ნამდვილად იმუშაოს“ - ამბობს სოციალური მუშაკი.

ექიმები, ფსიქოლოგები, ექთნები კვალიფიციურები არიან, სოციალურ მუშაკების უმრავლესობა არ არის განათლებით სოციალური მუშაკი, ექთნის თანამშემწეების კვალიფიკაცია დაბალია და ფინანსურად ნაკლებად მიმზიდველი. ქვეყანაში სხვადასხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის დეფიციტია. რეგიონებში მწვავე პრობლემაა კვალიფიციური კადრების მოზიდვა და შენარჩუნება.

ფსიქოტროპული მედიკამენტები ხელმისაწვდომია, საკმარისია და პასუხობს პაციენტთა საჭიროებებს. ზოგადად, პაციენტები პასიურობენ და მედიკამენტებით და მათი მოქმედებით არ ინტერესდებიან. ვისაც უჩნდება ინტერესი, უკმაყოფილებენ. ნაწილმა, ვინც წლებია მკურნალობს, მეტნაკლებად იციან მედიკამენტები. ერთმა პაციენტმა თქვა, რომ „მაინტერესებს რაზე მოქმედებენ წამლები, მაგრამ მერიდება ექიმის შეწუხება“.

პაციენტების უმეტესობამ არ იცოდა რა უფლებები და ვალდებულებები ჰქონდათ სტაციონარში, თუმცა პერსონალი საუბრისას ამტკიცებდა, რომ აწვდის მათ ამ ინფორმაციას. ზოგიერთ დაწესებულებაში არ იყო გამოკრული პაციენტთა უფლებები და ინფორმაცია, თუ ვის შეიძლება დაუკავშირდნენ უფლებების დარღვევის შემთხვევაში. პაციენტებისთვის ნაკლებად იყო ცნობილი გასაჩივრების მექანიზმის შესახებ, თუმცა იცოდნენ, რომ შეუძლიათ მომსახურებაზე საკუთარი აზრის გამოთქმა. ზოგიერთ დაწესებულებაში შექმნილია გასაჩივრების კომისიები, საჩივრის ყუთები ყველგან კილია (ხშირად ცარიელი), გასაჩივრების განსაკუთრებულ შემთხვევას ვერ იხსენებდნენ. რესპონდენტების გადმოცემით, პაციენტები ძირითადად ასაჩივრებენ სასამართლო გადანყვეტილებას არანებაყოფლობით მკურნალობასთან დაკავშირებით.

წინასწარი განკარგულებების პრაქტიკა საქართველოში არ არსებობს და არც არის რეგულირებადი.

მონოპროფილურ საავადმყოფოებში უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა პაციენტების მისაწვდომობა სომატური ჯანდაცვის სერვისებთან. რეფერალის მექანიზმი არსებობს, თუმცა პაციენტები უკიდურეს შემთხვევებში მისამართდებიან შესაბამის დაწესებულებებში. დაწესებულებაში შემოსვლისას პაციენტებს უტარდებათ ზოგადი ჯანმრთელობის სკრინინგი (კლინიკური ლაბორატორიული ანალიზები, C ჰეპატიტზე სკრინინგი). რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კონსულტაცია რუტინულ პროცედურას არ წარმოადგენს. ქალმა პაციენტებმა თქვეს, რომ სტაციონარში რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საჭიროებაზე არ გასაუბრებიათ. ასევე, არ მიენოდათ ინფორმაცია ფსიქიატრიული მედიკა-

მენტების ზემოქმედებაზე რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში, მაგ. მენსტრუალური ციკლის შესაძლო დარღვევაზე.

პრობლემაა ასევე სომატური ქრონიკული დაავადების მართვა და სომატური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება, რადგან ამ შემთხვევაში საჭირო ხდება პაციენტის ტრანსპორტირება და თანმხლები პირის გაყოფა.

მულტიპროფილურ კლინიკებში, საჭიროების შემთხვევაში, თუკი ვერ ხერხდება სომატური ჩივილების მოგვარება ადგილზე, პაციენტი მარტივად რეფერირდება კლინიკის სხვა სეგმენტში, რაც წარმოადგენს ფსიქიატრიული განყოფილების ინტეგრირების პოზიტიურ შედეგს.

ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია და ფსიქოქირურგია ქვეყანაში არ ტარდება.

სამეცნიერო კვლევები ფსიქიკურ აშლილობებზე ტარდება ორ დანესებულებაში და სტანდარტი დაცულია.

უმეტეს დანესებულებებში არ არის უზრუნველყოფილი თარჯიმნის მომსახურება არაქართულენოვანი პაციენტებისთვის. პერსონალმა იცის რუსული, აზერბაიჯანული, ინგლისური და იყენებენ, თუმცა ეს ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ კომუნიკაციას. ერთადერთი დანესებულება, რომელიც უზრუნველყოფს თარჯიმნით მომსახურებას H3-ია, რომელიც ძირითადად არაქართულენოვან მოსახლეობას ემსახურება. გამონაკვეთად სენსორული დარღვევების მქონე პირებთან ურთიერთობა.

თემა 3. სამართლებრივი ქმედუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება

(შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14)

სტანდარტი	დანესებულება													
	H1.1	H1.2	N1	N2	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8-1	H8-2	N3-1	N3-2
სტანდარტი 3.1 ³ სერვისის მომხმარებელთა უპირატესობები მკურნალობის ადგილისა და ფორმის შესახებ ყოველთვის პრიორიტეტულია.	AI	AI	AP	AP	AI	AP	AI	AI	AP	AP	AI	AI	AP	AP
სტანდარტი 3.2 არსებობს პროცედურები და გარანტიები თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის გარეშე მოთავსებისა და მკურნალობის თავიდან ასაცილებლად.	AF	AF	AF	AF	AP	AF	AP	AI	AI	AI	AI	AP	AP	AP
სტანდარტი 3.3 სერვისის მომხმარებლებს შეუძლიათ გამოიყენონ თავიანთი სამართლებრივი ქმედუნარიანობა და დახმარება, რომელიც მათ შეიძლება სჭირდებოდეთ სამართლებრივი ქმედუნარიანობის რეალიზებისთვის ხელმისაწვდომია.	AP	AP	AP	AP	AI	AP	AI	AI	AP	AI	AI	AP	AP	AP
სტანდარტი 3.4 სერვისის მომხმარებლებს აქვთ კონფიდენციალურობის დაცვის და პირადი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უფლება.	AF	AF	AF	AF	AP	AF	AP	AP	AP	AI	AI	AP	AF	AF

დისკუსია

ზოგადად გამოწვევას წარმოადგენს მომსახურების პროცესში მკურნალობის ადგილისა და ფორმის შესახებ პაციენტის უპირატესობების გათვალისწინება და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის ჩართულობის უზრუნველყოფა. აღნიშნული თემის შეფასებისას გამოიკვეთა განსხვავება გრძელვადიან და მოკლევადიან განყოფილებებს შორის. თემში არსებული სერვისების ალტერნატივების სიმწირის გათვალისწინებით, პაციენტებს ხშირ შემთხვევაში არ აქვთ არჩევანის გაკეთების საშუალება იმასთან დაკავშირებით, თუ სად სურთ სერვისის მიღება.

³ იხ. ასევე სტანდარტი 2.3

მომსახურების აღმოჩენისას პაციენტის უპირატესობების გათვალისწინება ნაწილობრივ მიღწეულია მოკლევადიან და მულტიპროფილურ კლინიკებში და ინიცირებულია გრძელვადიანი განყოფილების მქონე დაწესებულებებში (H1, H2, H4, H5, H8). ამ დაწესებულებებში პაციენტები წლობით უწყვეტად ან ხანმოკლე შუალედებით მკურნალობენ და ვერც საზოგადოებაში ბრუნდებიან და ვერც სხვა სათემო სერვისში გადადიან.

შეფასებისას გამოიკვეთა, რომ პერსონალი პაციენტებთან ურთიერთობს პატივისცემით, აღიარებს მათ მიერ ინფორმაციის გაცემის, გადაწყვეტილების მიღების და არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობებს, თუმცა პრაქტიკულად ამ უფლების სრულად რეალიზება არ ხდება. ზოგიერთ დაწესებულებაში დამოკიდებულება პატერნალისტურია.

ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების თანხმობა დევს სამედიცინო ფაილბებში. მხარდაჭერის მიმღები პირის შემთხვევაში, სამედიცინო ბარათში დევს მხარდამჭერის დამადასტურებელი დოკუმენტი და არის მხარდამჭერის ხელმოწერაც თანხმობის ფურცელზე. მხარდაჭერილისგან გადაწყვეტილების მიღება არის უპირატესი მიდგომა მკურნალობაში. ამასთან, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტებმა ფორმალურად ხელი მოაწერეს თანხმობას დაწესებულებაში განთავსებაზე, გამონვევას წარმოადგენს მათი ინფორმირებულობა დაწესებულებაში დარჩენის შედეგებსა და მკურნალობის ალტერნატიულ საშუალებებზე. (H2, H4, H8, 2.N3). „...ხელი კი მოვანერეთ და რა იყო მაგი არ ვიცით“- ძირითადი პასუხი პაციენტებისა არის ასეთი.

მიღწევა არანიცირებულად ჩაითვალა იმ დაწესებულებებში (H5, H6, H7, H8, 1) სადაც პაციენტები არ ფლობენ ინფორმაციას თავისი უფლებების შესახებ, არ მონაწილეობენ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და არანებაყოფლობითი მკურნალობის პრაქტიკა ან საერთოდ არ არის ან ძალიან იშვიათია.

არანებაყოფლობით მკურნალობის საჭიროებისას, იძახებენ მოსამართლეს. სასამართლო პროცესზე პაციენტის ინტერესებს იცავს სახაზინო ადვოკატი. სურვილისამებრ, პაციენტს გადაეცემა სასამართლო გადაწყვეტილება. პაციენტს შეუძლია დაუკავშირდეს პირად ადვოკატს და აქვს გასაჩივრების შესაძლებლობა (გამოიყენოს განყოფილების ტელეფონი, გაიაროს კონსულტაცია დაწესებულების იურისტთან). პერსონალის გადმოცემით, ადვოკატთან კონფიდენციალური შეხვედრის შესაძლებლობის უზრუნველსაყოფად, დაუთმობენ ოთახს.

ექიმებმა აღნიშნეს, რომ ხშირ შემთხვევაში სასამართლოდან მოსული გადაწყვეტილების პაციენტისთვის ხელზე მიცემა და შიგ არსებულ ინფორმაციის გაცნობა პაციენტს უარყოფითად განაწყოებს ოჯახის წევრის/ახლობლის მიმართ.

პაციენტისთვის მხარდამჭერის (იგულისხმება მხარდაჭერის მიმღების სტატუსის დადგენის საჭიროებისას) მოძიებაში დაწესებულებები ჩართული არ არის და ამისამართებენ სოციალური მომსახურების სააგენტოში. პაციენტს ეხმარებიან მხარდამჭერ ადამიანებთან დაკავშირებაში (ასეთის საკონტაქტო ინფორმაციის არსებობისას).

პაციენტების სამედიცინო დოკუმენტაცია დაცულია, ინახება საორდინატოროში. სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას პაციენტებს სურვილის შემთხვევაში მიანვდიან. მიწოდებული ინფორმაციის მოცულობას განსაზღვრავს მკურნალი ექიმი. პაციენტისთვის მისი სამედიცინო დოკუმენტაციის გაცნობის პრაქტიკა არ დაფიქსირებულია. პაციენტებმა არ იცოდნენ, რომ აქვთ უფლება დამატებითი ინფორმაცია ან შენიშვნა დაურთონ თავის სამედიცინო ბარათს.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ ეტაპზე გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერის მოდელი არის უპირატესად ჩათვლილი საქართველოს კანონმდებლობაში, გამონვევას წარმოადგენს მისი რეალური იმპლემენტაცია. პაციენტებთან ინტერვიუების პროცესმა გამოავლინა, რომ ისინი ინფორმირებულები არ არიან აღნიშნულ მოდელთან დაკავშირებით, რაც იძლევა მათი მხარდამჭერების მიერ ძალაუფლების ბოროტად გამოყენების შესაძლებლობას, განსაკუთრებით პენსიის აღებასა და განკარგვასთან დაკავშირებით.

დანესებულებებში გეგმიურ მონიტორინგზე შედის სახალხო დამცველი, საშუალოდ 1-2 წელიწადში ერთხელ, ზოგიერთ დანესებულებაში უფრო ხშირად. ქვეყანაში დახურული ინსტიტუციების მონიტორინგს პერიოდულად ატარებს წამების პრევენციის კომიტეტი, რომელიც შერჩევით ნახულობს დანესებულებებს. სხვა არასამთავრობო უფლებადამცველი ორგანიზაცია დანესებულებებში არ შესულა. ვიზიტების დროს აქცენტი კეთდება ადამიანის უფლებების დაცვაზე და მომსახურების ხარისხის შეფასება ნაკლებად ხდება.

თემა 4. წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისგან თავისუფლება

(შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 15 და 16)

სტანდარტი	დანესებულება													
	H1.1	H1.2	N1	N2	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8-1	H8-2	N3-1	N3-2
სტანდარტი 4.1 სერვისის მომხმარებლებს უფლება აქვთ დაცული იყვნენ სიტყვიერი, ფსიქიკური, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობისა და ფიზიკური და ემოციური გულგრილობისგან.	AF	AF	AF	AF	AP	AF	AF	AP	AP	AP	AI	AP	AF	AF
სტანდარტი 4.2 პოტენციური კრიზისის დე-ესკალაციისთვის გამოიყენება იზოლაციის ⁴ და შეზღუდვის ⁵ ალტერნატიული მეთოდები.	AI	AI	AI	AI	AI	AI	NI	AI	AI	NI	AI	AI	AP	AP
სტანდარტი 4.3 ელექტროკრუჩხვითი თერაპია, ფსიქოქირურგია და სხვა სამკურნალო პროცედურები, რომლებმაც დანესებულებაში თუ რეფერალურ დანესებულებაში ჩატარებისას, შეიძლება გამოიწვიოს მყარი ან შეუქცევადი შედეგი, არ უნდა იქნას ზედმეტად გამოყენებული და შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ სერვისის მომხმარებლის თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობით.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
სტანდარტი 4.4 არცერთი სერვისის მომხმარებელი არ ექვემდებარება სამედიცინო ან სამეცნიერო ექსპერიმენტს მისი ინფორმირებული თანხმობის გარეშე	AF	AF	NA	NA	AF	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
სტანდარტი 4.5 მიღებულია ზომები წამების ან სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და არასათანადო მოპყრობის სხვა ფორმებისგან დაცვის უზრუნველსაყოფად.	AP	AF	AP	AP	AP	AF	AP	AP	AI	AI	AP	AP	AP	AP

⁴ იზოლაცია ნიშნავს პირის ჩაკეტულ ოთხში ან დაცულ ადგილას მართო მოთავსებას, საიდანაც გამოსვლის საშუალება ფიზიკურად შეზღუდული აქვს

⁵ შეზღუდვა ნიშნავს მექანიკური საშუალებების ან მედიკამენტის გამოყენებას პირის მოძრაობების შეზღუდვისთვის.

ზოგადად, პაციენტები კმაყოფილები არიან მოპყრობით. არასათანადო მოპყრობის შემთხვევაში დირექცია იღებს შესაბამის ზომებს. გამონკვევა პაციენტებს შორის ძალადობის შემთხვევები და მათი უსაფრთხოების შესაბამისი ზომების მიღება. მიზეზად სახელდება კადრების ნაკლებობა და კვალიფიკაცია. ამავე დროს პაციენტთა აგრესიული ქცევა უკავშირდება არახელსაყრელ გარემო პირობებს და მომსახურების დაბალ ხარისხს, რაც ნათლად აისახა ერთსა და იმავე დანესებულების გარემონტებულ და გაურემონტებულ განყოფილებებში (H8.1 და H8.2).

პოტენციური კრიზისის დე-ესკალაციის ალტერნატიული მეთოდები არ არის ფართოდ დანერგილი. უფრო გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვა. პერსონალის გადმოცემით, ჯერ ცდილობენ პაციენტის დამშვიდებას, თუ შედეგი არ მიიღეს, მიმართავენ შებოჭვას და უკეთებენ ინექციას (ექიმის გადანიყვეტილებით). ფიქსაციის რეგისტრაცია ხდება კანონის შესაბამისად. ამის შესახებ არ ეცნობება არც ხელმძღვანელს, არც გარე ორგანოს, რადგან კანონმდებლობის მიხედვით არ არის ამის ვალდებულება. გამონაკლისია პატარა ზომის დანესებულებები, სადაც ასეთი შემთხვევები ცნობილი ხდება ხელმძღვანელობისთვის. გასაუბრებისას პერსონალი აღნიშნავს, რომ ფიქსაციის შემდეგ, ექიმი ესაუბრება პაციენტს გამოყენებული ზომის აუცილებლობაზე და გადაიხედავს პაციენტის ნებაყოფლობით მკურნალობის საკითხი. სამედიცინო ბარათში აღნიშნული არ ფიქსირდება და ძნელია მსჯელობა, რამდენად ხორციელდება. აღნიშნული სტანდარტი ძირითადად ინიცირებულია, რადგან პერსონალი არ იცნობს დე-ესკალაციის ალტერნატიულ მეთოდებს და არ აქვს საკმარისი კვალიფიკაცია ამ მიმართულებით. არ არის ინიცირებული H4 და H7 დანესებულებებში, რადგან არ არსებობს შეზღუდვის გამოყენების ჩანაწერები და პერსონალი არ იცნობს არც შეზღუდვის და არც ალტერნატიულ მეთოდებს. ნაწილობრივ მიღწეულად ჩაითვალა N3 დანესებულებაში, სადაც ინტერვიუს დროს პაციენტებმა განსაკუთრებით დააფიქსირეს პერსონალის გულისხმიერება, ყურადღება და შეზღუდვის იშვიათი გამოყენება.

ხაზგასასმელია დაფიქსირების განსხვავებული საშუალებები. ზოგან იყენებენ ზენრებს, ზოგან სპეციალურ თასმებს.

ქვეყნის მასშტაბით აბორტი და სტერილიზაცია არც ფსიქიატრიულ დანესებულებებში ტარდება და არც რეფერალი ყოფილა სხვა დანესებულებაში. ეს სტანდარტი სრულად მიღწეულია.

ზოგადად დანესებულებებში, სადაც არის თერაპიული და კეთილგანწყობილი გარემო, ყველა გამოკითხული პაციენტი კმაყოფილია მოპყრობით და იშვიათია აგრესიის ან ძალადობის გამოვლენა.

თემა 5. დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება

(შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 19)

სტანდარტი	დანესებულება													
	H1.1	H1.2	N1	N2	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8-1	H8-2	N3-1	N3-2
სტანდარტი 5.1 სერვისის მომხმარებლებს ეხმარებიან საცხოვრებელი ადგილის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაში და გააჩნიათ ფინანსური რესურსები თემში ცხოვრებისთვის.	AI	AI	AI	AI	NI	AI	NI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI
სტანდარტი 5.2 სერვისის მომხმარებლებს გააჩნიათ განათლებისა და დასაქმების შესაძლებლობა.	AI	AI	NI	NI	NI	AI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	AI	AI
სტანდარტი 5.3 სერვისის მომხმარებელთა პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის და გაერთიანების თავისუფლების უფლებები მხარდაჭერილია.	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	NI	NI	NI	NI	NI	AI	AI
სტანდარტი 5.4 სერვისის მომხმარებელთა მონაწილეობა სოციალურ, კულტურულ, რელიგიურ და დასვენების აქტივობებში მხარდაჭერილია.	NI	NI	NI	NI	NI	NI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AI	AP

დისკუსია

ეს სტანდარტი შეფასების გუნდების განწყვეტილებით ძირითადად ინიცირებულია ან არ არის ინიცირებული გარდა N3 დანესებულებისა, რომელიც, როგორც ზევით ავლნიშნეთ, გამოირჩევა თემში ინტეგრაციით, გარე აქტივობებით და პაციენტების მონაწილეობა კულტურულ სოციალურ და რელიგიურ აქტივობებში შეფასდა როგორც ნაწილობრივ მიღწეული.

პერსონალი ვერ ეხმარება პაციენტს თემში ცხოვრებისთვის საჭირო ფინანსური რესურსების მიღებაში, თუ არ ჩავთვლით პენსიის დანიშნასა და თანხის მიღებაში ხელშეწყობას. “ქრონიკულ პაციენტებს”, რომლებიც ფსიქიატრიულ სტაციონარში ცხოვრობენ, ვერ უზრუნველყოფენ თავშესაფრით, გარდა ერთეული შემთხვევებისა.

ქვეყანაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა განათლების და დასაქმების პროგრამები არ არის საკმარისად განვითარებული, ხოლო არსებულ პროგრამებზე პერსონალი არ ფლობს ინფორმაციას. სამუხსაროდ, ბევრი ორგანიზაცია უარს ამბობს ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზის მქონე ადამიანების დასაქმებაზე, პაციენტებს პრობლემები ექმნებათ თავშესაფარში დასახლების დროსაც; მწვავე განყოფილებებში პაციენტების ბრუნვიდან გამომდინარე, ნაკლებად აქტუალურია დასაქმებისა და განათლების ხელშეწყობის საკითხები, თუმცა გუნდის აზრით, მეტად მნიშვნელოვანია პაციენტის აღდგე-

ნის პროცესის ხელშეწყობისთვის.

პაციენტისთვის მხარდამჭერის (იგულისხმება მხარდაჭერის მიმღების სტატუსის დადგენის საჭიროებისას) მოძიებაში დაწესებულება ჩართული არ არის, ამისამართებენ სოციალური მომსახურების სააგენტოში. პაციენტს ეხმარებიან მხარდამჭერ ადამიანებთან დაკავშირებაში.

არჩევნების დროს ხმის მისაცემად პაციენტი მისი ფსიქიკური მდგომარეობისა და სურვილის შესაბამისად მიყავთ საარჩევნო უბანზე. მნახველები იშვიათად სტუმრობენ პაციენტებს.

დღესასწაულებს დაწესებულებებში აღნიშნავენ საკუთარი ძალებით და რესურსებით. ცდილობენ ყველა პაციენტს შეუქმნან სადღესასწაულო განწყობა.

პაციენტს აძლევენ შესაძლებლობას გადავიდეს დაწესებულებასთან ახლოს მდებარე ეკლესიაში, თუ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა იძლევა ამის შესაძლებლობას. როგორც წესი ექთნის თანაშემწის ან ახლობლის თანხლებით..

პაციენტებს ინფორმაცია თემში არსებულ სერვისებზე და ამ სერვისებში ჩართვის გზებზე არ მიეწოდებათ იშვიათი გამონაკლისის გარდა, როდესაც მკურნალი ექიმი ან სოციალური მუშაკი აწვდის პაციენტს მისთვის ცნობილ ინფორმაციას ან აკავშირებს შესაბამის სამსახურებთან. უნდა აღინიშნოს, რომ პრობლემურია ფსიქიატრიული დიაგნოზის მქონე უსახლკარო ადამიანთა საცხოვრისით უზრუნველყოფა, სათანადო სერვისების არასაკმარისი ხელმისაწვდომობის ან/და არარსებობის გამო. პერსონალი აწვდის პაციენტს მის ხელთ არსებულ ინფორმაციას. ის ვერ ეხმარება პაციენტს თემში ცხოვრებისთვის საჭირო ფინანსური რესურსების მიღებაში. ამიტომ ზემოაღნიშნულის საჭიროებისას, ამისამართებენ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალურ მუშაკთან, ან თემში ფსიქიატრიული სერვისების სოციალურ მუშაკებთან (მობილური გუნდი, ამბულატორია).

დანესებულებების ნაწილის საცხოვრებელი გარემო უმძიმეს მდგომარეობაშია, მაღალია პაციენტების ინსტიტუციონალიზმის სინდრომი, მათი მოტივაცია და აქტიურობა დაბალია, დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარ-ჩვევებსა და სოციალიზაციაზე მუშაობა სუსტია, პაციენტის თავისუფალი არჩევანი და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართულობა პრაქტიკულად არ არის დანერგილი, მკურნალობა მედიკამენტურია, არ არის დანერგილი ინდივიდუალური/აღდგენის გეგმა, მულტიგუნდური მუშაობა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია არ არის მკურნალობის ინტეგრირებული ნაწილი, საცხოვრისის არარსებობის გამო პაციენტები ფაქტიურად „ცხოვრობენ“ ფსიქიატრიულ დანესებულებაში, პაციენტებს ნაკლებად აქვთ გაცნობიერებული საკუთარი უფლებები და მათი დაცვა. სამედიცინო პერსონალი გადატვირთულია და დემოტივირებული. უკეთესი მდგომარეობაა გარემონტებულ განყოფილებებში და მულტიპროფილური საავდმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებებში, სადაც უკეთესი თერაპიული გარემოა და მეტი თერაპიული აქტივობა, რაც დადებითად აისახება როგორც პაციენტ-პერსონალის დამოკიდებულებაზე ასევე თერაპიულ პროცესზე. გარდა ამისა ფსიქიატრიის ინტეგრირება მულტიპროფილურ კლინიკებში აუმჯობესებს ფიზიკური ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობას და ამცირებს სტიგმას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ინსტრუმენტის სპეციფიკიდან გამომდინარე, საბოლოო შეფასების დაფიქსირებისას ხშირად იკარგება მნიშვნელოვანი საკითხები – მაგალითისთვის, თემა 4, წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 15 და 16), ჩვენს ანგარიშში შეფასებულია, როგორც სრულად მიღწეული, ვინაიდან თემის შიგნით ხუთი კრიტერიუმიდან სამი უმაღლესი მაჩვენებლითაა შეფასებული, რის შედეგადაც სტანდარტი 4.2, პოტენციური კრიზისის დე-ესკალაციისთვის იზოლაციისა და შებოჭვის ალტერნატიული მეთოდების გამოყენების შეფასება – მიღწევა ინიცირებულია (A/I) – დაკარგულია (სტაციონარში შებოჭვის მეთოდი ფაქტობრივად ყოველ დღე გამოიყენება და კრიზისული სიტუაციის მართვის ჩვეული საშუალებაა).

ასევე, ხშირად სტანდარტი ორ სხვადასხვა კრიტერიუმს მოიცავს ხოლმე და მათი ერთიანი შეფასების ნახვისას, თვისებრივი მონაცემებისა და კრიტერიუმების კომენტარების გაცნობის გარეშე, ინფორმაცია ბოლომდე თვალსაჩინო არ არის. მაგალითად, თემა 5, სტანდარტი 5.1, სერვისის მომხმარებლებს ეხმარებიან საცხოვრებელი ადგილის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაში და გააჩნიათ ფინანსური რესურსები თემში ცხოვრებისთვის – სერვისის მოსარგებლის თუნდაც თავშესაფარში მოთავსება არ მოიცავს სტანდარტის მეორე ნაწილს, მის ფინანსურად უზრუნველყოფას.

რეკომენდაციები

თემა 1. უფლება ცხოვრებისა და სოციალური დაცვის ადეკვატურ სტანდარტზე

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2020-2025 წლების სტრატეგიული განვითარების გეგმაში დენსტი-ტუციონალიზაციისკენ მიმართული დროში განწერილი ღონისძიებების შემუშავება;
- ზოგადი პროფილის კლინიკებში ინტეგრირებული ან მცირე ზომის ფსიქიატრიულ სტა-ციონარული განყოფილებების/ცენტრების განვითარების ხელშეწყობა;
- სახელმწიფო ბიუჯეტში ფსიქიატრიული საავადმყოფოების რეაბილიტაციის პროექტების გათ-ვალისწინება;
- სტაციონარული ფსიქიატრიული მომსახურების სტანდარტების დამტკიცება და შემდგომი დან-ერგვა;

◆ აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის (ბედიანი) საცხოვრებელი გარემო და მომსახურების პირობები ვერ აკმაყოფილებს ვერანაირ სტანდარტს. რეკომენდებულია, უმოკლეს ვადაში, შესაბამისი ღონისძიებების გატარება, რომ ამ დაწესებულების პაციენტთა გარემო პირობები და მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდეს.

▲ დაწესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- დაწესებულების განვითარების 3 წლიანი სტრატეგიული გეგმის შემუშავება და ყოველწლიური შიდა მონიტორინგის განხორციელება;
- დაწესებულების შიდა რეგულაციების და სამედიცინო დოკუმენტაციის სტანდარტიზება, კერძოდ:
 - შინაგანაწესი
 - მომსახურების შიდა პროტოკოლი
 - სახანძრო უსაფრთხოების უზრუნველყოფის რეგულაციები და პერსონალის მომზადება
 - პაციენტთა მიერ ტელეფონით და სხვა საკომუნიკაციო საშუალებებით სარგებლობის დარეგ-ულირება საუკეთესო პრაქტიკის გათვალისწინებით
 - პაციენტთა გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის შიდა რეგულაცია
- სხვადასხვა ტიპის შეზღუდვის მქონე პირთათვის გარემოს ადაპტირება და პერსონალის მომზადება;
- მომსახურების მაღალი კულტურის დანერგვა და პერსონალის შესაბამისი ინფორმირება და გადამზადება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის, პირადი ცხოვრების დაცულობის, თავისუ-ფალი დროის ორგანიზების საკითხებში.

თემა 2. უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- ფსიქიატრიის და ნარკოლოგიის ინტეგრაციის და ურთიერთთანამშრომლობის საკითხებზე დი-ალოგის დაწყება და შესაბამისი გეგმის შემუშავება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალურ სამსახურებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესება;

- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საოჯახო და რეზიდენტული ტიპის სახლების სტანდარტის დამტკიცება;
- რეზიდენტული და საოჯახო ტიპის სახლების განვითარება (მათ შორის მუნიციპალურ დონეზე);
- ფსიქიატრიული სტაციონარიდან გრძელვადიან მკურნალობაზე მყოფ პირთა, „ქრონიკული პაციენტების“ გამოყვანის გეგმის შემუშავება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სახელმწიფო სტრატეგიაში ინტეგრირება;
- საკანონმდებლო დონეზე ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების, უარის, განწერის და სხვა სერვისებში რეფერალის მკაფიო ინსტრუქციების ჩამოყალიბება;
- ფსიქიატრიული მკურნალობის პროტოკოლების შემუშავება/განახლება;
- პაციენტის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ინდივიდუალური/აღდგენის გეგმის შემუშავება და დანერგვა;
- ფსიქოტროპული მედიკამენტების ესენციური ეროვნული ნუსხის შექმნა;
- სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე მყოფ პირთათვის სომატური ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის პროტოკოლის შემუშავება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების უწყვეტი სამედიცინო გადამზადების უზრუნველყოფა;
- რეგიონებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მწვავე დეფიციტის აღმოფხვრისკენ მიმართული ღონისძიებების გატარება (ფინანსური წახალისება, რეზიდენტურის უფასო პროგრამა და სხვა);
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის განხორციელების რეგულარული მონიტორინგის უზრუნველყოფა.

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- მკურნალობის და მართვის პროტოკოლების დანერგვა და შიდა სუპერვიზია;
- პაციენტთა ინფორმირების უზრუნველყოფა მათი უფლებების და დაცვის გარანტიების შესახებ;
- შიდა ტრენინგების კასკადი ახალი თანამშრომლებისთვის და ასევე დასაქმებულთა ინფორმირებასა და ცოდნის ამაღლებაზე ზრუნვა;
- ოჯახებთან მუშაობის გაძლიერება, შესაბამისი ღონისძიებების დანერგვა (განათლება, შეხვედრები, კლუბები და სხვა).

თემა 3. სამართლებრივი ქმედუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- სტაციონარულ და სათემო სერვისებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესება;
- სერვისებს შორის რეფერალის მკაფიო კრიტერიუმების შემუშავება;
- სათემო მომსახურების სერვისების განვითარების ხელშეწყობა;
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მუნიციპალური პროგრამების განვითარება;
- არანებაცოფლობითი მკურნალობის საკანონმდებლო რეგულაციის დახვეწა;

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- პაციენტის ინფორმირების და მკურნალობაზე თანხმობის მიღების შიდა ინსტრუქციის არსებობა;
- დანესებულების შიდა რეგულაციებით გასაჩივრების ქმედითი და მარტივი პროცედურების დანერგვა;
- პაციენტთა აზრის სისტემური კვლევის დანერგვა;
- პერსონალის რეგულარული ინფორმირება პაციენტის უფლებების შესახებ და შესაბამისი გადამზადების უზრუნველყოფა;
- არეალში უფასო იურიდიული მომსახურების შესახებ ინფორმაციის შეკრება და პაციენტისთვის მიწოდება;
- პაციენტის მხარდაჭერა საკუთარი უფლებების რეალიზებაში (შეხვედრები, საინფორმაციო მუშაობა, უნარების გაძლიერება და სხვა);
- მხარდამჭერ პირებთან და სხვა სოციალურ ქსელებთან პაციენტის კომუნიკაციის ხელშეწყობა

თემა 4. წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- კრიზისის მართვის პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა;
- შეზღუდვის მეთოდების საკანონმდებლო დახვეწა.

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- გასაჩივრების უფრო მოქნილი და ქმედითი მექანიზმის შექმნა, პაციენტის ჩართვა;
- პაციენტისთვის საჭირო იურიდიული კონსულტირების ორგანიზება;
- გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის გაუმჯობესება (ტელეფონის ხელმისაწვდომობა, ინტერნეტი, მეილი);
- თანამშრომლების ტრენინგი დე-ესკალაციის ალტერნატიულ ტექნიკებში;
- კრიზისული სიტუაციების მართვის შიდა პროტოკოლების დანერგვა და თანამშრომლების მომზადება.

თემა 5. დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება

▲ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დონეზე

- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დასაქმებისა და პროფესიული გადამზადების პროექტების განვითარება ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართულობით;
- მომხმარებელთა ორგანიზაციების შექმნა/გაძლიერების მხარდაჭერა (პროექტები ადგილობრივი ხელისუფლების დონეზე-კლუბები, დღის ცენტრები და სხვა);
- საზოგადოების განათლება, მედია კამპანიების ორგანიზება.

▲ დანესებულების მენეჯმენტის დონეზე

- თემში მიმდინარე ღონისძიებებში პაციენტთა მონაწილეობის მხარდაჭერა;
- პაციენტების ინფორმირება თემში არსებული სოციალური, ფინანსური და დასაქმების რესურსე-

ბის შესახებ;

- დაწესებულებაში რეგულარული (აზრიანი, გასართობი, საგანმანათლებლო) ღონისძიებების ორგანიზება;
- პაციენტთა დღის სტრუქტურირება;
- პაციენტთა დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარების გაძლიერება;
- პაციენტთა გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის მხარდაჭერა.

