

**საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი
პრევენციის ეროვნული მექანიზმი**



**ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობა
საქართველოს ფსიქიატრიულ
(სტასიონარულ) დაწესებულებებში 2010 წ.**

**ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობა
საქართველოს ფსიქიატრიულ
(სტაციონარულ) დაწესებულებებში 2010 წ.**

თბილისი 2010 წ

სარჩევი

წინამდებარე ანგარიში მომზადდა ევროკავშირის პროექტის „სახალხო დამცველის აპარატის ხელშეწყობა“ ფინანსური მხარდაჭერით.

ამ პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები არ უნდა იქნეს მიჩნეული ევროკავშირის პოზიციად.

ზოგადი ინფორმაცია მონიტორინგის შესახებ.....4 გვ.

მონიტორინგის შედეგები ზოგადი მიმოხილვა.....5 გვ.

შედეგები დაწესებულებების მიხედვით.....10 გვ.

ა. ასათიანის ს/კვლევითი ინსტიტუტი.....10 გვ.

თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი.....15 გვ.

ბაღიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო.....20 გვ.

სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო.....25 გვ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.....29 გვ.

რესპუბლიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო.....36 გვ.



www.ombudsman.ge

THE EU FUNDED PROJECT “SUPPORT TO THE PUBLIC DEFENDER'S OFFICE”
ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული პროექტი
“სახალხო დამცველის აპარატის ხელშეწყობა”

მონიტორინგის ვიზიტების აღბილი, დრო და მონიტორინგის ჯგუფის შემადგენლობა

ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობაზე მონიტორინგს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სახალხო დამცველის აპარატი 2006 წლიდან ახორციელებს. 2010 წელს, სახალხო დამცველის აპარატის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში მონიტორინგის ვიზიტები განხორციელდა საქართველოს 6 ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

მონიტორინგის ჯგუფის შემადგენლობაში შედიოდნენ შემდეგი პირები:

ნათია იმნაძე	იურისტი — პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის უფროსი / სახალხო დამცველის აპარატი
ოთარ კვაჭაძე	იურისტი — პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე
ამირან ნიკოლაიშვილი	იურისტი — პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის მთ. სპეციალისტი
მაია გიგინეიშვილი	იურისტი — პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის მთ. სპეციალისტი
არჩილ თალაკვაძე	ექიმი — სახალხო დამცველის თანაშემწე
ნინო მახაშვილი	ფსიქიატრი — პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი
ლელა ცისკარიშვილი	ფსიქოლოგი — პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი
ნანა ზავრადაშვილი	ფსიქიატრი — პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი
მაია კიკნაძე	ფსიქიატრი — პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი
ლალი წულეისკირი	სოციალური მუშაკი — პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი



- 2009 წლის 8—28 იანვარს მონიტორინგი განხორციელდა საქართველოს 6 ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში:
1. მ.ასათიანის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი — თბილისი;
 2. თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი — თბილისი;
 3. ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო — ბედიანი;
 4. ალ. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო — სურამი;
 5. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი — ქუთირი;
 6. ბათუმის რესპუბლიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო — ბათუმი;

მონიტორინგის შედეგები ზოგადი მიმოხილვა

მონიტორინგის მომენტისათვის მ.ასათიანის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში სტაციონირებული იყო - 223 პაციენტი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში - 49 პაციენტი, ალ. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში - 82 პაციენტი, ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში — 102 პაციენტი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში - 471 პაციენტი, ბათუმის რესპუბლიკურ ფსიქონევროლოგიურ საავადმყოფოში - 86 პაციენტი;

სისტემური საკითხები

2010 წლისთვის ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი გაიზარდა 10 257 900 ლარამდე. შედარებისთვის: სახალხო დამცველის მიერ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობის მონიტორინგის დაწყებისთვის (2006წ.) აღნიშნული მაჩვენებელი 4 950 000 ლარს შეადგენდა. დაფინანსების ზრდა მისასალმებელია, თუმცა მონიტორინგის შედეგებიდან ჩანს, რომ ასეთი ზრდა პროპორციულად არ აისახება მკურნალობის, მოვლის, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის და სტაციონარში პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობებზე, ასევე არაზუსტია და რეალურ საჭიროებებს ვერ პასუხობს სტაციონარულ დაწესებულებებზე დაფინანსების განაწილების მექანიზმი.

- 2009—2010 წლის მონაცემებით ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამას დაემატა შემდეგი კომპონენტები:
- ბავშვთა ასაკის პაციენტთა მომსახურება;
 - ურგენტული სტაციონარული მომსახურება;
 - ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება;
 - თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანდაცვის „მეთოდოლოგიური“ კომპონენტი.

აღნიშნული კომპონენტების პროგრამაში დამატება პოზიტიური ნაბიჯია. შემდგომში საჭიროა ძალისხმევა მათი განხორციელებისთვის და დაფინანსების მატების ტენდენციის შენარჩუნება.

ჩატარებული მონიტორინგის შედეგების მიხედვით, შეიცვალა და უფრო მოქნილი გახდა დაფინანსების მოდელი - სტაციონარების დაფინანსება გლობალური ბიუჯეტის სქემით ხდება 2008 წლის მაისიდან (დაფინანსების სტრუქტურას განსაზღვრავს თავად დაწესებულება). დაწესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტი/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა დაწესებულებაში პაციენტთა ხელოვნური დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის პროცესი გახადა უფრო მეტად ორიენტირებული პაციენტის განერაზე, თუმცა ჰოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უშლის პაციენტების რეინტეგრაციას საზოგადოებაში.

ჰოსპიტალგარე სერვისები ჯერ ისევ არასაკმარისად არის განვითარებული, რის გამოც პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო განერილი პაციენტების დიდი ნაწილი ასეთი სერვისების დეფიციტის გამო მალევე ბრუნდება სტაციონარში და საჭიროებს ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას. ეს ერთგვარი ჩაკეტილი წრეა ფსიქიატრიაში.

დაწესებულებებს არ ჰყავს საკმარისი კვალიფიციური პერსონალი. განსაკუთრებით ეს პრობლემა საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის შემთხვევაში აისახება.

საყოფაცხოვრებო პირობები

ზოგად პრობლემას დაწესებულებებში ფიზიკური ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა წარმოადგენს, კერძოდ, პაციენტთა პალატები, სადაც ისინი დროის ყველაზე დიდი ნაწილს ატარებენ, არასახარბიელო მდგო-

მარეობაშია. ვენტილაციის სისტემების არასებობის გამო განყოფილებებში არის მძიმე სუნი, განათება არა-რასაკმარისია, გათბობის პირობები ზოგადად არაადაქმაყოფილებელია (ნორმალურია მხოლოდ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრსა და სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში). ზოგადად მოუწესრიგებელია ტუალეტების და საბაზანოების მდგომარეობაც.

ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარში პაციენტისთვის პირადი სივრცის უქონლობა — პაციენტებს არ აქვთ საკმარისი ინვენტარი პირადი ნივთების შესანახად, არ აქვთ პირადი ტანსაცმელი, პირადი კუთხე და განმარტოების შესაძლებლობა. შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას საჭიროა გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო—სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მოუწესრიგებელია პირადი ჰიგიენის საკითხი. ჰიგიენური ნივთები და საშუალებები პაციენტთა უმრავლესობას არ აქვს. ზოგიერთ განყოფილებაში, ტუალეტის გამოყენების შემდეგ პაციენტს ხელის დაბანაც კი არ შეუძლია. რიგ დაწესებულებებში ქალებს ხელი არ მიუწვდებათ ჰიგიენურ საფენებზე და მის ნაცვლად დახეულ ჩვრებს იყენებენ. აბაზანებში საერთო ღრუბელი გამოიყენება.

რიგ დაწესებულებებში კვლავ პრობლემად რჩება კვების პირობები. ზოგადად, ვერცერთ დაწესებულებაში (ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გარდა) კვების პროცესის მენეჯმენტი სწორ, ჯანმრთელ, რაციონალურ, დაბალანსებულ კვებას ვერ უზრუნველყოფს. პაციენტის დიეტა, კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების გათვალისწინებით ინდივიდუალურად არსად არის შედგენილი.

სეირნობის საშუალება შეზღუდულია და ეზოში გატარებული დრო არ ეთმობა არანაირ დაგეგმილ ფიზიკურ აქტივობას. ბიბლიოთეკა ყველა დაწესებულებას არ აქვს. ყველა დაწესებულებაში პაციენტებისთვის არ არის ტელევიზორები.

მკურნალობა, მოვლა და რეაბილიტაცია

ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში შექმნილი გარემო არათერაპიული, მადეგრადირებული და შემაფერხებელია პაციენტების გამოჯანმრთელებისათვის. გამიჯნული არ არის საჭიროებები მათთვის, ვინც კლინიკურ ფსიქიატრიულ დახმარებას საჭიროებს და მათთვის ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და მხარდამჭერ სერვისებს.

პაციენტთა ფსიქიატრიული დახმარება, უპირატესად, ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო სერვისების წილი მცირეა და რეალურად გაცილებით მეტ პაციენტს ესაჭიროება, ვიდრე დაწესებულებებში ამ ტიპის სერვისი მიეწოდებათ.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის ერთი მიზნის გარშემო კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში. ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია, თუმცა ახალი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ნაკლებად გამოიყენება.

მონიტორინგის ჯგუფის ექსპერტების დაკვირვებით ფარმაკოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დაწესებულებებს მიღებული აქვთ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი), რომელიც მკურნალობის პროცესს განსაზღვრავს. გამოკითხული პერსონალი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევების გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

ზოგადად, ძირითად პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული შეფარდება დაწესებულებებში მისაღებია, თუმცა იმ განყოფილებებში სადაც პაციენტები ხანგრძლივად არიან სტაციონირებული, საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის სიმცირე შესამჩნევია. ასევე არასაკმარისია კლინიკური ფსიქოლოგების, ფსიქოთერაპევტების და ოკუპაციური თერაპევტების და სოციალური მუშაკების რაოდენობა, რომლებიც პაციენტის მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილენი უნდა იყვნენ.

სტაციონირებული პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა შეზღუდულია. პაციენტები არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობებით.

წინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული (გადაუდებელი) სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებებს თერაპევტები და ქირურგები ჰყავთ კონსულტანტებად დაქირავებული, სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით. დიდ პრობლემად რჩება ასევე სტომატოლოგიური მომსახურებაც.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დაწესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევები. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

დამამცირებელი მოპყრობა

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ გამოკითხულ პაციენტთა დიდი ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია. პაციენტები უარყოფენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას და უხეშობას პერსონალის მხრიდან.

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ პაციენტებისგან საჩივრები არ მიუღია, თუმცა ქვემოთ მოტანილი გარემოებები საჭიროებს ყურადღების გამახვილებას.

ნიშანდობლივია, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დაწესებულება. კლინიკურ განყოფილებებში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს გარესამყაროსგან ჩაკეტილი კარი აშორებთ.

აღსანიშნავია, რომ ის პაციენტები, რომლებიც მხოლოდ მოვლას და ზრუნვას საჭიროებენ იმყოფებიან ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ყველაზე უფრო მძიმე პირობებში. ისინი ერთგვარად მიტოვებულები, ყოველგვარი სოციალური კავშირების გარეშე არიან, არც არანაირი რეაბილიტაციური მუშაობა მათთან არ ტარდება.

დაწესებულებებში უმეტეს შემთხვევაში პაციენტის ძლიერი აღგზნების მართვისთვის გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვა და ფარმაკოლოგიური ჩარევა. მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო რამდენიმე საჩივარი ფიზიკური შეზღუდვისას ძალის გადამეტებაზე.

სამედიცინო პერსონალს სპეციალური წვრთნა ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ გავლილი არ აქვს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული პერსონალის ნაწილი (საშუალო და დაბალი მედპერსონალი) წინა წლებთან შედარებით უკეთ არის ინფორმირებული ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ.

იმ პაციენტების გამოკითხვის შედეგების მიხედვით, რომელთა მიმართ ფიზიკური შეზღუდვა ან ფარმაკოლოგიური ინექციები გამოიყენეს ცხადია, რომ პაციენტები ხშირად ამ ღონისძიებებს აღიქვამენ როგორც სასჯელს. მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა, რაც დაწესებულებებში დანერგილი არ არის. ეს გააუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

პაციენტები გამოკითხვისას აღნიშნავდნენ, რომ ზოგჯერ სამედიცინო მანიპულაციები მათი თანხმობის გარეშე სხვა პაციენტების თანდასწრებით უტარდებათ. ეს პაციენტის უფლებების დარღვევაა.¹

დაწესებულებათა უმრავლესობაში გამოვლინდა პაციენტების შრომის გამოყენების ფაქტები, როდესაც ისინი პერსონალის მოვალეობაში შემავალ სამუშაოს ასრულებდნენ.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური პრობლემები

მონიტორინგის შემდეგ, ზოგადი შეფასების სახით, შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტის ღირსებისა და პიროვნების აღიარება და პატივისცემა არ არის რეზიდენციული ფსიქიატრიული დაწესებულებებისთვის დამახასიათებელი.

რიგ დაწესებულებებში სოციალური მომსახურება არ არის სათანადოდ ორგანიზებული, შესაბამისად, ვერ სრულდება ამ ინსტიტუტის წინაშე არსებული ამოცანები: პენსიებთან, პირადობის დამდასტურებელ დოკუმენტაციასთან, პირად ქონებასთან, ახლობელ—ნათესავებთან თავშესაფართან, მეურვეობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება. გამოკითხული პაციენტების ნაწილს აქვს სირთულეები და პრეტენზიები მეურვეებთან და მათი ინტერესების დაცვა სოციალური მუშაკის არარსებობის შემთხვევაში ვერ ხორციელდება. მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარში მოთავსებული არაიდენტიფიცირებული პირები, რომელთა ვინაობა გაურკვეველია და მათთვის ვერ ხერხდება პირადობის დამდასტურებელი დოკუმენტაციის აღდგენა.

¹ იხ. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 30: „სამედიცინო მომსახურების განევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას.“

პაციენტთა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ისინი არ არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ. ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფმა პაციენტებმა არ იციან საკუთარი უფლების შესახებ — რომ სურვილ-ისამებრ შეუძლიათ დატოვონ დაწესებულება.

სტაციონირებისას ინფორმირებული თანხმობის ჩამორთმევა, უმეტესად, ფორმალურ ხასიათს ატარებს. ერთი მხრივ, მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის ბარათები ხელმოწერილი დევს პაციენტთა სამედი-ცინო დოკუმენტაციაში, მეორე მხრივ კი პაციენტები შეზღუდული არიან თავისუფალ გადაადგილებაში საა-ვადმყოფოს ტერიტორიაზე. მათ ეზოში თითქმის არ უშვებენ, განერა მათი სურვილის მიხედვით არ ხდება.

მ. ასათიანის ს/კვლევითი ინსტიტუტში განხორციელებული მონიტორინგის დროს პერსონალთან გასაუ-ბრებისას მიღებულ პასუხებში ასეთი პოზიცია ფიგურირებდა: პაციენტი როგორც კი ითხოვს განერას, დაწესე-ბულება მაშინვე მიმართავს სასამართლოს არანებაყოფლობით მკურნალობაზე გადაყვანის მოთხოვნით.

ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტებს ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვთ უფლებადაცვით მექანიზმებზე დაწესებულების შიგნით თუ გარეთ. არ იციან ვის უნდა მიმართონ საჩივრით, რა პროცედურაა საჩივრის განხ-ილვისთვის და სხვა. მონიტორინგის მონაცემებით იმ პაციენტთა დიდ ნაწილს, რომელიც არანებაყოფლობით არის სტაციონირებული და არ ეთანხმება ამ გადაწყვეტილებას, ხელი არ მიუწვდება იურიდულ დახმარებაზე.

დაფიქსირდა ფაქტები, როცა პაციენტები აღნიშნავენ, რომ უნდათ დაწესებულების დატოვება, მაგრამ არ აძლევენ ამის უფლებას. ამავე პაციენტებს ხელი აქვთ მოწერილი მკურნალობის ინფორმირებულ თანხმობაზე.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია ობიექტური პრობლემა, რომელიც ხელს უშლის პაციენტთა განერას — სოციალ-ური სირთულეების გამო პაციენტთა ნაწილის განერა სტაციონარიდან ვერ ხერხდება. პაციენტები ითხოვენ განერას, თუმცა პრობლემა ის არის, რომ „გასანერ“ პაციენტებს ან თავშესაფარი არ აქვთ, ან ნათესავები უარს აცხადებენ მათ მიღებაზე და მათი შემოსავლებიც არ იძლევა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ასეთი პაციენტები იმყოფებიან უკიდურესად დამორგუწველ გარემოში.

ტელეფონი პაციენტებისთვის ყველა დაწესებულებაში არ არის ხელმისაწვდომი. ხშირად პერსონალის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული, რომ პაციენტებმა ტელეფონით ისარგებლონ.

ექიმები ჩივიან, რომ პოლიციას ხშირად არასწორად მოჰყავს მოქალაქეები — საყოფაცხოვრებო კონფლიქ-ტის იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც რეალურად ფსიქიკური დაავადების გამწვავება არ არის სახეზე. თუ კონ-ფლიქტის ერთერთ მონაწილეს ფსიქიატრიული დაავადების გამოცდილება აქვს, ეს საკმარისია, რომ პატრულმა და სასწრაფო დახმარების სამსახურმა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაიყვანოს.

პოზიტიური მაგალითია მ.ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტში არტთერაპიის განყო-ფილებაში არსებული პაციენტების მშობელთა გაერთიანება “აფრა”, რომლის წევრებიც მონაწილეობენ საგან-მანათლებლო აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებს ატარებენ ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები.

რეკომენდაციები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრს:

საჭიროა, გაიზარდოს ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის ბიუჯეტი, რათა გაიზარდოს სამედიცინო პერ-სონალის ანაზღაურება, გაჩნდეს მოთხოვნა (ფინანსური სტიმულები) კვალიფიციურ კადრებზე, გაუმჯობესდეს პაციენტთა საყოფაცხოვრებო და სამკურნალო პირობები, განვითარდეს ფსიქოსოციალური სერვისები, გან-ვითარდეს თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება, უზრუნველყოფილ იქნას ხელმისაწვდომობა ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე სომატური დაავადებების შემთხვევაში.

საჭიროა, შემუშავდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მომუშავე საშუალო და დაბალი მედპერსონალისთ-ვის აუცილებელი საკვალიფიკაციო მოთხოვნები და ტრენინგ — პროგრამები.

საჭიროა, უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, გარემონტ-დეს სანიტარული კვანძები, განიტვირთოს ის პალატები, სადაც პაციენტთა რაოდენობა ჭარბია. გარემონტეს პალატები და აღიჭურვოს საჭირო ინვენტარით. საჭიროა, უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის სათანა-დო გათბობის პირობები. საჭიროა, გაუმჯობესდეს კვების პირობები. უზრუნველყოფილ იქნას სასადილოებში უკეთესი პირობები, საკმარისი სივრცე და ინვენტარი. საჭიროა პაციენტების უკეთ უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და საშუალებებით.

საჭიროა, გაიმიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის, ვინც საჭიროებს კლინიკურ ფსიქი-ატრიულ დახმარებას და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და მხარდამჭერ სერვისებს. შეიქმნას ადაპ-ტირებული საცხოვრისები, სადაც პაციენტთა მოვლის და მხარდამჭერი მკურნალობის პროცესი მორგებული და მიმართული იქნება პაციენტზე ორიენტირებული გარემოს შექმნისკენ, რეაბილიტაციური სერვისების მი-წოდების და მისი რეინტეგრაციის შესაძლებლობებისკენ საზოგადოებაში.

საჭიროა მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილის გაზრდა, ფსიქოსოციალური რე-აბილიტაციური აქტივობების დანერგვა და მათი წილის გაზრდა, რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ — ჩვევები.

საჭიროა, სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო

დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

საჭიროა პაციენტზე ზრუნვის პროცესში ჩართული პერსონალის გადამზადება. აუცილებელია სტაციონარ-ში მოთავსებული პაციენტების პენსიების საკითხის დარეგულირება. კანონის „სახელმწიფო პენსიის შესახებ“ (2005წ. მუხლი 16, 17) თანახმად, სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე მყოფ პირებს უწყდებათ პენსია. გაურკვევე-ლია იმყოფებიან, თუ არა ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე პირები სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე.

ფსიქიატრიული დაწესებულებების დირექტორებს:

საჭიროა, პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე, საცხოვრებელი და სამკურნალო გარე-მო იყოს უფრო პერსონიფიცირებული. საჭიროა, შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას, გათვალ-ისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესა-ძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში იმყოფებოდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო — სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

საჭიროა, სამინისტრომ უზრუნველყოს ხელშეკრულების გაფორმება შესაბამის იურიდიულ პირთან, რათა დაწესებულებების ტერიტორიაზე ან მათთან ახლოს გაიხსნას სავაჭრო პუნქტი, რომელიც მოემსახურება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სტაციუნორებულ პაციენტებს და რომელშიც გაიყიდება პაციენტთათვის აუცილებელი პროდუქცია. ყიდვას პაციენტი დამოუკიდებლად (ან დახმარებით) უნდა ახერხებდეს საკუთარი პლასტიკური ბარათით, რომელზეც პირადი შემოსავალი დაერიცხება.

საჭიროა გამკაცრდეს კონტროლი, რათა აღკვეთილ იქნას პაციენტთა მიმართ რაიმე ფორმით დამამცირე-ბელი მოპყრობის და მათი ღირსების შელახვის ფაქტები.

საჭიროა ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდეგ პაციენტს განემართოს ამ ღონისძიების აუცილებლო-ბა და მიზანი, რათა ფიზიკური შეზღუდვა დასჯის სახით არ იყოს აღქმული პაციენტის მიერ.

საჭიროა მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპ-ლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

საჭიროა მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილის გაზრდა, ფსიქოსოციალური რე-აბილიტაციური აქტივობების დანერგვა და მათი წილის გაზრდა რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ — ჩვევები.

საჭიროა სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაცი-ული აქტივობების წილის გაზრდა, სეირნობის უფლების უკეთ რეალიზება, ალტერნატიული თერაპიების და ბიბლიოთეკების რესურსის მეტად გამოყენება.

საჭიროა პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა ბროშურა, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმე-ბის შესახებ.

საჭიროა დაწესებულებებში შიდა საჩივრების მექანიზმების სრულყოფა — დაწესებულებებმა ცხადად უნდა განსაზღვრონ ვის მიმართავს პაციენტი საჩივრით, როგორ განიხილება საჩივარი, როგორ იღებს პასუხს პაცი-ენტი გასაჩივრების შედეგებზე.

მონიტორინგის შედეგები დაწესებულებების მიხედვით მ.ასათიანის სახელობის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი

ზოგადი ინფორმაცია დაწესებულების შესახებ

შპს „მ.ასათიანის სახელობის ს/კ ინსტიტუტი“ მდებარეობს ქ. თბილისში, ასათიანის 10—ში.

მ.ასათიანის სახელობის ს/კ ინსტიტუტის ინფრასტრუქტურა აშენებულია 1964^წ და ამჟამად მოიცავს 8 კორპუსს, რომელშიც შედის ერთი ადმინისტრაციული და სამი კლინიკური კორპუსი, პოლიკლინიკა, ლაბორატორია და სხვა დამხმარე განყოფილებები.

ბოლო სარემონტო სამუშაოები დაწესებულების სხვადასხვა განყოფილებაში 2009^წ. ჩატარდა.

დაწესებულება გაშლილია 225 სანოლზე და მოიცავს მამაკაცთა 3, ქალთა 3, 1 შერეულ და მიმღებ განყოფილებებს. მოცემული მომენტისთვის სტაციონირებულია 222 პაციენტი. პაციენტის საშუალო დაყოვნება შეადგენს 90 სანოლ/დღეს. მონიტორინგის პროცესში მოპოვებული ინფორმაციის თანახმად 10—მდე პაციენტი წელიწადზე მეტია უწყვეტად იმყოფება დაწესებულებაში, ჰოსპიტალგარე სერვისების დეფიციტის გამო.

დაწესებულება ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ „ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში.

პერსონალის საერთო რაოდენობა შეადგენს 260 ერთეულს — აქედან 43 ფსიქიატრია, 4 ფსიქოლოგი, 55 ექთანი, 105 სანიტარი და 6 ოკუპაციური თერაპევტი, 1 თერაპევტი, 1 ქირურგი და დამხმარე პერსონალი.

ფსიქიატრიის საშუალო ხელფასი დაწესებულებაში 310 ლარს შეადგენს, დაბალი სამედიცინო პერსონალის — 350 ლარს, დაწესებულების დირექტორის კი — 500 ლარს.

დაწესებულების დაფინანსება აღნიშნული პროგრამიდან 2009 წლისათვის შეადგენდა 1,626,204 ლარს.

პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობები

მიმღები განყოფილება მოიცავს ოთხ ოთახს: 1 — პაციენტის პირველადი გასინჯვის და გასაუბრების; 2 — მორიგე ექთნის ოთახი, სადაც საჭიროებისას აგრეთვე შესაძლებელია პაციენტის მიღება; 3 — მამაკაცი სანიტრების დასასვენებელი ოთახი; 4 — მორიგე ექთნების და ექიმის მოსასვენებელი ოთახი.

მიმღებ განყოფილებაში არის ტუალეტი, სააბაზანო ოთახი (ონკანი, აბაზანა, წყლის გამაცხელებელი ელექტროავზი), სადაც მიღებისას ხდება პაციენტთა პირველადი დამუშავება. სააბაზანო—ტუალეტს არ გააჩნია გათბობის არანაირი საშუალება, არ აქვს ცენტრალური ვენტილაცია, აქვს ფანჯარა (თუმცა აკლია მინები). მიმღების დერეფანში არის 5 ც. სკამი. მიმღებშივეა რენტგენის კაბინეტი, სადაც, პერსონალის გადმოცემით, ხდება სტაციონარული პაციენტების მომსახურება. რენტგენის კაბინეტი მუშაობს ორ დღეში ერთხელ.

მიმღების ფიზიკური მდგომარეობა არის ცუდი. ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება. ელექტროსადენები არის გაშიშვლებული და წარმოადგენს საფრთხეს იქ მყოფი ყველა პირისთვის.

დაწესებულებაში 2 **სამრეცხაო**, რომლებიც მდებარეობს ეზოში განცალკევებულ ნაგებობაში, პირველ სართულზე. სამრეცხაო აღჭურვილია 1 სარეცხი მანქანით (60 კგ), 1 საშრობი მანქანით, 1 საწური მანქანით და მწყობრიდან გამოსული სადეზინფექციო კამერით. წყლის გაცხელება ხდება გაზის გამათბობლებით. ცენტრალური გათბობა და ვენტილაცია არ არის. სარეცხის გადატანა ხდება დიდი ზომის სპეციალური პლასტმასის ჭურჭლით. სამრეცხაოს საერთო მდგომარეობა არის ცუდი, ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება და ინვენტარის განახლება.

სამზარეულოში დასაქმებულია 8 ადამიანი. თითო ცვლაში 3, ასევე დამლაგებელი და დიეტ—ექთანი. სამზარეულოს გათბობის სისტემა არ არის ცენტრალიზებული. სავენტილაციო სისტემა არ ფუნქციონირებს. წყალმომარაგების კუთხით დაწესებულებას პრობლემა არ აქვს.

სამზარეულოს პერსონალის განმარტებით, ძირითადად მზადდება **N9** და **N15** მაგიდების შესაბამისი საკვები. სამზარეულოდან განყოფილებებში საკვების გადატანა ხდება რკინის ვედროებით. სამზარეულოში არის ჭურჭლის გასარეცხი განყოფილება, სამი დამხმარე ოთახი, ხორცის დასამუშავებელი ოთახი, კარტოფილის საფუცქენელი ოთახი ორი დანადგარით. დამხმარე ოთახებში ინახება ძველი ინვენტარი და ამ ოთახების სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი.

დაწესებულებას აქვს პროდუქტების შესანახი საწყობი სათავსოები. რომლებშიც ცალ—ცალკე ინახება ბოსტნეული, კარაქი, შაქარი, მარცვლეული, ბურღულეული, და სხვა. ყველა კლინიკურ განყოფილებას აქვს

თავისი სასადილო ოთახი, სადაც ხდება სამზარეულოში დამზადებული საკვების მიწოდება და განაწილება.

ცენტრალიზებული ბიბლიოთეკა დაწესებულებას არ გააჩნია. მამაკაცთა განყოფილებაში პაციენტებს ხელი მიუწვდებათ წიგნებზე — განყოფილების ხელმძღვანელის მიერ ორგანიზებულია მცირე ბიბლიოთეკა. ამავე განყოფილებაში არის შრომა—თერაპიის ოთახი, სადაც დგას პიანინო, მცირე ბიბლიოთეკა, 4 ც. კომპიუტერი, ტრენაჟორი და ჩოგბურთის მაგიდა.

კლინიკურ განყოფილებებში ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა განსხვავებულია — გვხვდება როგორც შედარებით უკეთესი პირობების მქონე, ასევე უარესი პირობების მქონე განყოფილებები. პალატების ნაწილი გადატვირთულია. სანოლების რაოდენობა პალატებში 2—8—მდე მერყეობს. ლოგინების და სხვა ინვენტარის (რომელიც ძალიან მწირია) მდგომარეობა არასახარბიელოა. თეთრეული მოძველებული და უსუფთაოა. განყოფილებებში სიცივეა, პაციენტები ქუდით და ქურთუკებით დადიან.

პაციენტები არასაკმარისად არიან უზრუნველყოფილი ტანსაცმლით.

დაწესებულებაში რამდენიმე განყოფილება ძალიან სარემონტოა, კედლები და ჭერი შესაღებია, იატაკი დაზიანებულია, განათება არასაკმარისია და ზოგან სიბნელეა.

პაციენტების უმრავლესობას არ აქვს არც ინვენტარი და არც საშუალება იქონიონ და შეინახონ პირადი ნივთები. ზოგად მათ საცხოვრებელ გარემოში პირადი სივრცე არ არის გამოყოფილი.

სასადილო ოთახებში სივინროვეა, ყველა პაციენტი ერთდროულად ნორმალურად ვერ თავსდება. პაციენტები უკმაყოფილებას გამოთქვამენ საკვების ხარისხის გამო — საჭმელი საკმარისია, მაგრამ უგემური.

სიგარეტის მოსაწევად იყენებენ დერეფნების ბოლო ნაწილს, სადაც დგას ურნა. ვენტილაციის არარსებობის გამო აღებენ ფანჯრებს და სიცივეა.

ჰიგიენური საშუალებები პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი არ არის. ისინი აღნიშნავენ, რომ დასაბანად სარეცხ საპონს აძლევენ. პაციენტთა ნაწილს ჰიგიენური საშუალებებით ნათესავეები ამარაგებენ. ქალი პაციენტები ჰიგიენური პაკეტების ნაცვლად დახეულ ჩვრებს იყენებენ.

სააბაზანოსა და ტუალეტში გათბობა და ვენტილაცია არ არის. მათი მდგომარეობა არადაამკმაყოფილებელია. ტუალეტებს ესაჭიროება გარემონტება და უნიტაზების დამონტაჟება. ზოგან წყლის სისტემა მწყობრიდან არის გამოსული, რის გამოც დგას აუტანელი სუნი.

განყოფილებებში დგას ტელევიზორები, რომელიც პაციენტების ძირითადი გასართობია.

სასეირნო ეზო კეთილმოუწყობელი და მოუწესრიგებელია. პაციენტთა გასეირნება ხდება დაწესებულების ტერიტორიაზე არსებულ ეზოში, სადაც დამონტაჟებულია რამდენიმე სკამი.

აღსანიშნავია, რომ განყოფილებებში მიმდინარეობს ზედაპირული სარემონტო სამუშაოები, რომლებიც პერსონალის თაოსნობით და სხვადასხვა კერძო (მათ შორის ფარმაცევტული) კომპანიების მხარდაჭერით ხორციელდება.

ფიზიკური შესაძლებლობების შეზღუდვის მქონე პაციენტებისთვის სათანადო პირობები არ არის უზრუნველყოფილი, თუ არ გავითვალისწინებთ საშხაპეს, სადაც დგას ხუთი ცალი სკამი. პერსონალის განმარტებით, შშმპ—ეებისთვის ბანაობისას სკამები იდგმება შხაპის ქვეშ.

დამამცირებელი მოპყრობა

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ საჩივრები არ მიუღია. ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ გამოკითხულ პაციენტთა დიდი ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია. პაციენტები უარყოფენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას და უხეშობას პერსონალის მხრიდან.

მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო რამდენიმე პაციენტის პრეტენზია, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ ახალი წლის დღეებში დაბალი სამედიცინო პერსონალი ღამის ცვლაში იყო ნასვამი და აგრესიულად იქცეოდა. განყოფილების გამგემ აღნიშნა, რომ პერიოდულად ამონმებს სანიტრებს და სიმთვრალის გამო იყო შემთხვევა, რომ გაათავისუფლა მთელი ცვლა.

მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო ინფორმაცია, რომ პაციენტს მისი წინააღმდეგობის მიუხედავად ძალით შეაჭრეს გრძელი თმა.

ყველა განყოფილებაში შემოღებულია ფიზიკური შეზღუდვის სარეგისტრაციო ჟურნალი, სადაც აღწერილია პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის დრო, მიზეზი და პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა. ფიზიკური შეზღუდვისათვის გამოიყენება ზენრისგან დამზადებული ღვედები. პაციენტებს სანოლზე ზემო ან ოთხივე კიდურით აფიქსირებენ.

პერსონალი ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ ინფორმირებულია. პერსონალის ნაწილს გავლილი აქვს აგრესიული ქცევის მართვის წვრთნა.

პერსონალის ნაწილს ასევე გავლილი აქვს წვრთნა პაციენტის უფლებების და აგრესიული ქცევის მართვის შესახებ.

ერთ—ერთ განყოფილებაში ერთი და იმავე პაციენტის დაფიქსირება მონიტორინგის მსვლელობისას მოხდა

ორჯერ, შესაბამისი ჩანაწერი გაკეთდა, დაფიქსირება გაგრძელდა 1 სთ—ს. ძალის გადამეტებას ფიზიკური შეზღუდვის დროს პერსონალი უარყოფს, მაგრამ პაციენტების გამოკითხვისას ცხადი გახდა, რომ ფიზიკურ შეზღუდვას ისინი როგორც სასჯელს, ისე აღიქვამენ. მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ მათ ახსნა—განმარტება არ ეძლევათ და არ განემარტებათ შეზღუდვის მიზეზები და საჭიროება.

პაციენტებთან საუბრისას გამოიკვეთა, რომ ისინი ვერ ბედავენ ხშირად პერსონალის შეწუხებას, უწევთ დახურულ კართან დგომა და ლოდინი, თხოვნაზე პერსონალი ხშირად პასუხობს, რომ არ სცალიათ, მოგვიანებით შემოვიდნენ და ა.შ.

ზოგიერთი პაციენტი აცხადებს, რომ "საჭიროების შემთხვევაში" ეხმარება პერსონალს სხვადასხვა სამუშაოს შესრულებაში.

ინტერვიუს დროს ბევრმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ ეზოში სასეირნოდ არ უშვებენ.

მკურნალობისა და მოვლის პირობები

მ.ასათიანის სახელობის ს/კ ინსტიტუტში ფსიქიატრიული დახმარება პაციენტთა უმრავლესობისთვის მხოლოდ ფარმაცოთერაპიით შემოიფარგლება, შესაბამისად მკურნალობის პროცესში სათანადო ყურადღება არ ექცევა დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარ-ჩვევების განვითარებას. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროცესში ჩართულია 40—45 პაციენტი, თუმცა აღნიშნული სერვისი გაცილებით მეტ პაციენტს ესაჭიროება.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები გამოიყენება, თუმცა მულტიდისციპლინური მიდგომა არ არის განვითარებული — ფარმაცოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში.

ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია, მათ შორის ახალი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტებით.

ნიშანდობლივია, რომ პაციენტს ერთხელ (შემოსვლისას) აწერიან ბენ ხელს მკურნალობის თანხმობაზე და შემდეგ პაციენტის აზრი დაწესებულებიდან გაწერის და მკურნალობის მიმდინარეობასთან დაკავშირებით ნაკლებადაა გათვალისწინებული. იმ განყოფილებებში, სადაც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები არიან მოთავსებული, კარები ჩაკეტილია — პაციენტები ეზოშიც კი ვერ გადაიან საკუთარი სურვილისამებრ.

მონიტორინგის ჯგუფის ექიმი—ფსიქიატრების პაციენტებზე დაკვირვებით ფარმაცოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დაწესებულებას მიღებული აქვს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი). გამოკითხული პერსონალი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევების გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

დაწესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტ/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის პროცესი გახადა მეტად ორიენტირებული პაციენტის გაწერაზე. მეორეს მხრივ ჰოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უწყობს გაწერილი პაციენტების სწრაფ დაბრუნებას სტაციონარში.

პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული სტატისტიკური შეფარდება (1/1) დამაკმაყოფილებელია. ასევე საკმარისია ფსიქოლოგების და ოკუპაციური თერაპევტების რაოდენობა, რომლებიც პაციენტის მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილენი უნდა იყვნენ.

პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა უმრავლესობისთვის ერთი ჩვეულებრივი დღე სტაციონარში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა შეზღუდულია. პაციენტები არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობებით შენობის გარეთ.

ამ დაწესებულებაში, ისევე როგორც სხვაგან წინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებას თერაპევტები და ქირურგები ჰყავს (კონსულტანტები) დაქირავებული, სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების დეფიციტით. არ არის ხელმისაწვდომი არც სტომატოლოგიური მომსახურება.

პაციენტებს რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა უტარდებათ დაწესებულებაში მოთავსებისას. შემდგომში ასეთი კვლევის განმეორება ექიმების გადანაცვეტილებაზეა დამოკიდებული.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დაწესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევები (13 შემთხვევა 2009წ. განმავლობაში). გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ გარემო რიგ განყოფილებებში არათერაპიულია და პაციენტებისთვის მადეგრადირებელია — პაციენტები სტაციონარში ყოფნის დროს კარგავენ ელემენტარულ უნარ—ჩვევებსაც, რომელიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის არის აუცილებელი.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური საკითხები

პაციენტთა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ისინი არ არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ. ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფმა პაციენტებმა არ იციან საკუთარი უფლების შესახებ — რომ სურვილისამებრ შეუძლიათ დატოვონ დაწესებულება.

სტაციონირებისას ინფორმირებული თანხმობის ჩამორთმევა უმეტესად ფორმალურ ხასიათს ატარებს. ერთი მხრივ, მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის ბარათები ხელმოწერილი დევს პაციენტთა სამედიცინო დოკუმენტაციაში, მეორე მხრივ კი პაციენტები შეზღუდული არიან თავისუფალ გადაადგილებაში საავადმყოფოს ტერიტორიაზე. მათ ეზოში თითქმის არ უშვებენ, გაწერა მათი სურვილის მიხედვით არ ხდება. I კლინიკურ განყოფილებაში აღნიშნეს, რომ პაციენტი როგორც კი ითხოვს გაწერას, დაწესებულება მაშინვე მიმართავს სასამართლოს არანებაყოფლობით მკურნალობაზე გადაყვანის მოთხოვნით. მართლაც ამ განყოფილებაში დიდხანს პაციენტები არ ჩერდებიან. ასევე I კლინიკურ განყოფილებაში პაციენტებს ხელი აქვს მოწერილი მკურნალობის თანხმობაზე, მაგრამ გარეთ არ უშვებენ სასეირნოდ. ერთმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ უნდა გაწერა, მაგრამ არ აძლევენ ამის უფლებას. ამავე პაციენტს ხელი აქვს მოწერილი ნებაყოფლობითი მკურნალობის თანხმობაზე.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია ობიექტური პრობლემა, რომელიც ხელს უშლის პაციენტთა გაწერას — სოციალური სირთულეების გამო პაციენტთა ნაწილის გაწერა სტაციონარიდან ვერ ხერხდება. პაციენტები ითხოვენ გაწერას, თუმცა პრობლემა ის არის, რომ „გასაწერ“ პაციენტებს ან თავშესაფარი არ აქვთ, ან ნათესავები უარს აცხადებენ მათ მიღებაზე და მათი შემოსავლებიც არ იძლევა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ასეთი პაციენტები იმყოფებიან უკიდურესად დამორჩილებულ გარემოში. არსებული ყოველდღიური რეჟიმი, მედიკამენტები, სხვა პაციენტები, ერთფეროვანი გარემო, ფსიქოსოციალური სერვისების დეფიციტი, რეკრეაციული ღონისძიებების სიმწირე იწვევს მათ დეგრადაციას და მკურნალობის შედეგებს კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს. ასეთი პაციენტების ქუჩაში დატოვება შეუძლებელია, ამიტომ ისინი სტაციონარში აგრძელებენ ცხოვრებას.

ტელეფონი პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომია. ტელეფონი საპროცედურო ოთახში დგას და პაციენტებს სარგებლობა შეუძლიათ. პაციენტმა პერსონალს უნდა მიმართოს ტელეფონზე დარეკვის მოთხოვნით. თბილისის გარეთ მაცხოვრებელ პაციენტთათვის ტელეფონით სარგებლობა თითქმის შეუძლებელია, თუ არ გავითვალისწინებთ პერსონალის კეთილ ნებას, როცა პაციენტებს საკუთარი მობილური ტელეფონით სარგებლობის უფლებას აძლევენ.

დაწესებულებას ემსახურება არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანამშრომლობა თანაბარი უფლებებისთვის“, რომლის სოციალური მუშაკებიც აქტიურად მუშაობენ პაციენტთა სახლებში დასაბრუნებლად, უკავშირდებიან ოჯახის წევრებს ტელეფონით, ან მიდიან სახლებში. რიგ შემთხვევებში, სიტუაციაში გარკვევის შემდეგ, მიჰყავთ პაციენტი ბინაზე. ორგანიზაციას პაციენტებთან გაწერის მერეც აქვს კონტაქტი.

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტებს ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვთ უფლებადაცვით მექანიზმებზე დაწესებულების შიგნით თუ გარეთ. არ იციან ვის უნდა მიმართონ საჩივრით, რა პროცედურაა საჩივრის განხილვისთვის და სხვა. ყველა განყოფილებაში არის საჩივრის ყუთი, თუმცა როგორც პაციენტების ინტერვიუდან ირკვევა, მას არავინ იყენებს. მონიტორინგის მონაცემებით, იმ პაციენტთა დიდ ნაწილს, რომელიც არანებაყოფლობით არის სტაციონირებული და არ ეთანხმება ამ გადაწყვეტილებას, ხელი არ მიუწვდება იურიდულ დახმარებაზე.

ნიშანდობლივია, რომ მონიტორინგის დროს პაციენტები კითხულობდნენ, ვინ შეიძლება დაიცვას მათი უფლებები, ვის უნდა მიმართონ, სად დარეკონ. მათ ვისაც სჭირდებოდათ დახმარება მეურვეობის საკითხებზე, არ იცოდნენ როგორ დაკავშირებოდნენ მეურვეობის მაკონტროლებელ ორგანოს, მეურვეობის ქვეშ მყოფ პირებთან (ვინც თვეობით არის სტაციონირებული) არავინ მოდის სანახავად მეურვეობის ორგანოდან.

ექიმები ჩივიან, რომ პოლიციას ხშირად არასწორად მოჰყავს მოქალაქეები — საყოფაცხოვრებო კონფლიქტის იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც რეალურად ფსიქიკური დაავადების გამწვავება არ არის სახეზე. თუ კონფლიქტის ერთერთ მონაწილეს ფსიქიატრიული დაავადების გამოცდილება აქვს, ეს საკმარისია, რომ პატრულმა და სასწრაფო დახმარების სამსახურმა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაიყვანოს.

ყველა განყოფილებაში რამდენიმე პაციენტი, რომელსაც პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია არ მოეპოვება.

2-3 პაციენტი განყოფილებიდან თვითონ იღებს ბანკიდან პენსიას, რისთვისაც ახლობლებს ან პერსონალს გაყავს თვეში ერთხელ. სხვების პენსიის ბედი უცნობია. სოციალური მუშაკი დაწესებულებას არ ჰყავს, რის გამოც პაციენტთა დიდი ნაწილისთვის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის და სოციალური დაცვის საკითხები მოუგვარებელია.

პაციენტები შვებულებას იყენებენ. ყველა განყოფილებიდან 1-2 პაციენტი წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც ხანმოკლე შვებულებაში იმყოფებოდა.

მნიშვნელოვანია, რომ არტერიაპიის განყოფილებაში ფუნქციონირებს მშობელთა ორგანიზაცია “აფრა”, რომლის წევრებიც მონაწილეობენ საგანმანათლებლო აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებს ატარებენ ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები. „აფრა“—ში 20—მდე მშობელია გაერთიანებული. არტერიაპიული განყოფილება წელიწადში რამდენჯერმე აწყობს პაციენტთა ნამუშევრების გამოფენას.

რეკომენდაციები შპს „მ.ასათიანის სახელობის ს/კ ინსტიტუტის“ დირექტორს:

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, გარემონტდეს სანიტარული კვანძები, განიტვირთოს ის პალატები სადაც პაციენტთა რაოდენობა ჭარბია. გარემონტდეს პალატები და აღიჭურვოს საჭირო ინვენტარით.

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის სათანადო გათბობის პირობები.

გაუმჯობესდეს კვების პირობები. უზრუნველყოფილ იქნას სასადილოებში უკეთესი პირობები, საკმარისი სივრცე და ინვენტარი.

პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე.

მოხდეს პაციენტების უკეთ უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და საშუალებებით.

ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდეგ პაციენტს განემართოს ამ ღონისძიების საჭიროება და მიზანი, რათა ფიზიკური შეზღუდვა დასჯად არ იყოს აღქმული პაციენტის მიერ.

გამიიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის ვინც საჭიროებს კლინიკურ მომსახურებას და მათთვის ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და დამხმარე სერვისებს. საჭიროა შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო—სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილის გაზრდა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური აქტივობების დანერგვა და მათი წილის გაზრდა რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ—ჩვევები.

სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

მოხდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაციული აქტივობების წილის გაზრდა, სეირნობის უფლების უკეთ რეალიზება, ალტერნატიული თერაპიების და ბიბლიოთეკის რესურსის მეტად გამოყენება.

მოხდეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა კონვერტი, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ.

მოხდეს შიდა საჩივრების მექანიზმის სრულყოფა — დაწესებულებამ ცხადად უნდა განსაზღვროს ვის მიმართავს პაციენტი საჩივრით, როგორ განიხილება საჩივარი, როგორ იღებს პასუხს პაციენტი გასაჩივრების შედეგებზე.

უპრიანი იქნებოდა დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან ჩამოთვლილი რეკომენდაციების განხილვა დაწესებულების თანამშრომლებთან.

თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სენარი

ზოგადი ინფორმაცია დაწესებულების შესახებ

შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“ მდებარეობს ქ. თბილისში, გლდანი—ნაძალადევის რაიონში, მისამართზე: იპოლიტოვ—ივანოვის ქ. 43;

დაწესებულების გახსნის თარიღად სახელდება 2006წ. როდესაც არსებული კორპუსები კაპიტალურად გარემონტდა და ამოქმედდა, როგორც ფსიქიატრიული სტაციონარი. დაწესებულება ამჟამად მოიცავს 3 კორპუსს, აქედან ერთ—ერთში რომელიც მოცემული დროისათვის ფუნქციურია, განთავსებულია კლინიკური განყოფილებები, პანსიონატური განყოფილება და ადმინისტრაცია. დანარჩენ 2 კორპუსში შესახლებული არიან დევნილები.

დაწესებულება განსაზღვრულია 280 საწოლის დასატვირთად, თუმცა მოცემული მომენტისთვის ფუნქციონირებს 60 საწოლზე გაშლილი ფსიქიატრიული (კლინიკური) განყოფილება და 100 საწოლზე გაშლილი განყოფილება რომელიც სოციალური პროფილისაა. მონიტორინგი განხორციელდა 60 საწოლზე გათვლილ ფსიქიატრიულ სტაციონარში.

ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების 60 საწოლზე გაშლილი მამაკაცთა გან-ბა გულისხმობს ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობების მქონე პაციენტთა მკურნალობასა და მოვლას.

80—მდე პაციენტი წელიწადზე მეტია უწყვეტად იმყოფება დაწესებულებაში, რადგან ფსიქიატრიული მომსახურების გარდა სოციალური სერვისითაც (პანსიონატური განყოფილება) სარგებლობს.

დაწესებულება ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ „ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში.

პერსონალის საერთო რაოდენობა შეადგენს 105 ერთეულს — აქედან 4 ფსიქიატრია, 1 ფსიქოლოგი, 10 ექთანი, 32 სანიტარი, 6 ოკუპაციური თერაპევტი, 1 თერაპევტი, 4 უსაფრთხოების დაცვის თანამშრომელი და დამხმარე პერსონალი.

ფსიქიატრის საშუალო ხელფასი დაწესებულებაში 800 ლარს შეადგენს, დაბალი სამედიცინო პერსონალის — 400 ლარს, დაწესებულების დირექტორის კი — 2100 ლარს.

დაწესებულების დაფინანსება ზემოთაღნიშნული პროგრამიდან 2009 წლისათვის შეადგენდა 433,656 ლარს.

პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობები

დაწესებულებაში გამოყოფილია 3 **ოთახი შეხვედრებისთვის**, რომელიც აღჭურვილია სველი წერტილით და ძირითადი ავეჯით. შეხვედრის ოთახების სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა ნორმალურია.

დაწესებულებაში 1 **სამრეცხაო** ოთახია, რომელიც მდებარეობს პირველ სართულზე. სამრეცხაოში დასაქმებულია 2 პირი. სამრეცხაო აღჭურვილია 3 სარეცხი მანქანით (ერთი დიდი, ორი პატარა), საშრობით, 2 საუთოო დანადგარით. ზამთრის პერიოდისთვის მოწყობილია ერთი დიდი ზომის საშრობი ოთახი. პერსონალის გადმოცემით, ყოველდღიურად ხდება დაახლოებით 150—200 კგ. ტანსაცმლისა და თეთრეულის რეცხვა.

სამზარეულოში 6 ადამიანია დასაქმებული 3 თითო ცვლაში. ინფრასტრუქტურა ნორმალურ მდგომარეობაშია. განათება საკმარისია. სავენტილაცია სისტემა მუშაობს. პერსონალის განმარტებით, ჩვეულებრივ მზადდება N15 დიეტური მაგიდით გათვალისწინებული საკვები, მაგრამ მოთხოვნის შემთხვევაში შესაძლებელია სხვა დიეტური მაგიდით გათვალისწინებული საკვების მომზადებაც. მონიტორინგის დროისთვის არცერთ პაციენტს არ ჰქონდა დანიშნული დიეტა. აქედან გამომდინარე, რთულია იმაზე მსჯელობა, საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია თუ არა პაციენტებისთვის დიეტური საკვების მიწოდება. მაგალითისთვის, სოციალური განყოფილების მონიტორინგისას ერთ—ერთმა პაციენტმა განაცხადა, რომ დაავადებული იყო დიაბეტით და დაწესებულება მას ვერ უზრუნველყოფდა სპეციალური საკვებით.

მონიტორინგის მსვლელობისას შემონმდა დაწესებულებაში პროდუქტების შესანახი **სათავსოები**. ერთ სათავსოში ინახება თეთრეული, ბალიშები, საბნები, პირსახოცები და გადასაფარებლები. აღნიშნულ სათავსოში რამდენიმე ბალიში იყო დაზიანებული მღრღნელების მიერ. მეორე სათავსოში მოთავსებულია სურსათი, კერძოდ, ბურღულეული, ბოსტნეული, ხილი (ვაშლი), ზეთი და კვერცხი. მესამე სათავსოში ინახება სხვადასხვა ჰიგიენური საშუალებები (ტუალეტის ქაღალდი, სარეცხი ფხვნილი, ხელსაწმენდები, ჭურჭლის სარეცხი საშუალებები და ღრუბელი). ხორცის და თევზისთვის გამოყოფილია 3 ჭრ ფირმის მაცივარი, სადაც აგრეთვე ინახება კარაქიც.

სასადილო ოთახი 102 პაციენტზეა გათვლილი. მისი გათბობა ცენტრალიზებულია. ინვენტარი საკმარისია.

სააბაზანო შედგება 2 საერთო საშხაპისგან. ერთი საშხაპე, რომელშიც დამონტაჟებულია 5 შხაპი, ჯერ—ჯერობით არ ფუნქციონირებს რემონტის მიმდინარეობის გამო. გათბობა ცენტრალიზებულია. საშხაპე ოთახე-ბის ზოგადი სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. პაციენტებს შესაძლებლობა აქვთ, თვითონ დაარეგულირონ წყლის ტემპერატურა. შშმ პირებისთვის საშხაპეში დგას 5 ცალი სკამი. პერსონალის განმარტებით, შშმპ—ებისთვის აბაზანის მიღებისას სკამები იდგმება შხაპის ქვეშ.

დანესებულებას აქვს დიდი სასეირნო ეზო. პერსონალის განმარტებით, ზაფხულის პერიოდში ეზოში ჩააქვთ სკამები. ზოგადად, ეზო ფსიქიაკური აშლილობის მქონე პირთა სეირნობისთვის არ არის შესაფერისი — ღარიბ-ია გამწვანების მხრივ, არ არის ფიზიკური აქტივობისთვის მოწყობილი და არ არის დასვენებისთვის შექმნილი პირობები.

ბიბლიოთეკა დანესებულებას არ გააჩნია. მონიტორინგის დროს ნანახი იქნა მხოლოდ ჟურნალები, რომ-ლებიც იყო განმარტოების ოთახში.

დანესებულებას აქვს არტთერაპიის 2 ოთახი, სადაც მიმდინარეობს რეაბილიტაციის პროგრამები.

მოსანევი ოთახი დანესებულებას არ გააჩნია, მიუხედავად ადმინისტრაციის განმარტებისა, რომ პაციენ-ტები სიგარეტის მოწვევას აკრძალვის მიუხედავად მაინც აგრძელებენ განყოფილებაში და რთულია პაციენტე-ბისთვის აღნიშნულის შეზღუდვა მათი ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე.

განყოფილებაში არის **განმარტოების ოთახები**. სპეციალურად გამოყოფილი განმარტოების ერთ—ერთი ოთახი მდებარეობს ადმინისტრაციის სართულზე და ემსახურება კოგნიტიურ თერაპიას. აღნიშნულ ოთახში დგას დივანი, 2 ჟურნალის მაგიდა სამ—სამი სკამით, კარადები. გამოკითხვისას პაციენტები განმარტოების შესაძლებლობას უარყოფენ.

ტელევიზორის საყურებლად რაიმე ცალკე ოთახი განყოფილებას არ გააჩნია. ტელევიზორი დამონტაჟებუ-ლია განყოფილების დერეფანში გამოყოფილ სპეციალურ შემალლებულ ადგილას. პაციენტები ტელევიზორის საყურებლად თავს იყრიან დერეფანში, სადაც აგრეთვე დგას მაგიდები და სკამები. დერეფანში ხმაურია და ტელევიზორის ყურება მოუხერხებელია.

დანესებულებაში არის საპარკმახერო ოთახი, რომელიც აღჭურვილია შესაბამისი ინვენტარით. ოთახშივეა სველი წერტილი. პერსონალის განმარტებით, პაციენტებს შეუძლიათ, პარკმახერის მომსახურებით ისარგე-ბლონ კვირაში ერთხელ.

დანესებულებაში, ადმინისტრაციის სართულზე, არის სამლოცველო ოთახი.

დანესებულების მე—3 სართულზე მდებარეობს **სპორტული დარბაზი**, რომლითაც ამჟამად პაციენტები ვერ სარგებლობენ. სპორტდარბაზი არ არის აღჭურვილი შესაბამისი სპორტული ინვენტარით და გათბობის სისტემით. ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება.

კლინიკურ განყოფილებაში არის 14 პალატა. აქედან, 3 პალატა არის სამსანოლიანი, 6 პალატა — ოთხ-სანოლიანი და 5 პალატა — ექვსსანოლიანი. პალატებში დამონტაჟებულია ცენტრალური გათბობის სისტემა. პალატებში არის დიდი ზომის ფანჯრები. რკინის ლოგინები, ტუმბოები, თუმცა არცერთ ტუმბოს არ აქვს საკე-ტი. პალატებს არ გააჩნია ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა და პალატების ვენტილაცია ხდება ბუნებრივი გზით. ექვსადგილიანი პალატების ფართია 34,2 კვ.მ (ოთხი პალატა) და 41,4 კვ.მ (ერთი პალატა). დანარჩენი პალატების ფართობები შეადგენს 18 კვ.მ (რვა პალატა) და 26,4 კვ.მ.

საპირფარეშო არის დერეფნის ბოლოში. აქვეა სანაგვე ურნა, სადაც პაციენტები ყრიან ნაგავს. ერთადერთ ონკანში მოდის ცივი წყალი. საპონი და ტუალეტის ქაღალდი არ დევს. საპირფარეშოში ერთი ფანჯარა ჩამტ-ვრეულია და სიცივეა. საპირფარეშოში 3 თურქული ტიპის უნიტაზია, რომლის კედლებზე არ არის ხელმოსაჭი-დი წამოდგომისათვის. თითოეულ განყოფილებას აქვს 1,5 მ სიმაღლის ხის კარი, რომელიც შიგნიდან იკეტება. პაციენტები ძირითადად საპირფარეშოში ეწევიან სიგარეტს (თუმცა პალატებშიც ეწევიან, თუ ვერ ხედავს პერ-სონალი).

პაციენტები უჩივიან სარკის უქონლობას (1 პატარა სარკე არის საპროცედუროში). პირსახოცები, კბილის ჯაგრისები და კბილის პასტები ყველა პაციენტს არ აქვს. პირსახოცებს ურიგებენ მაშინ, როცა მიდიან აბაზა-ნის მისაღებად, კვირაში ერთხელ. ამ დღეს უცვლიან თეთრეულს. სააბაზანო ქვედა სართულზეა. ტანის და-საბანი ღრუბელი ყველასთვის საერთოა. აბაზანის მიღებისას ემსახურებათ ქალბატონი, რომელიც საჭიროე-ბის შემთხვევაში თვითონ აბანავებს პაციენტებს, რაც ზოგიერთ მათგანს დისკომფორტს უქმნის. პაციენტებს ემსახურებათ მდებარეობით სქესის დალაქი და მათი გადმოცემით წვერის გაპარსვა „ლამის ტანჯვად ექცათ“, რადგან საპარსი ბლავგია „ნაჯახივით არის“.

განყოფილება ინვენტარით ღარიბია. თითქმის ყველა (სულ 20 პლასტმასის სკამი) დგას ჰოლში, სადაც არის მაგიდები და კედელზე დაფიქსირებული ტელევიზორი ქართული არხებით. ტელევიზორის პულტი აქვს სანი-ტარს, რომელიც პაციენტების უმრავლესობის გადანყევტილებით აყურებიან მათ ამა თუ იმ არხს. შუქის ას-

ანთები მოწყობილობა განთავსებულია პალატებში (ინდივიდუალურად), ხოლო დერეფნის განათების კი — საპ-როცედუროში. ტელევიზორს და შუქს პალატებში აქრობენ დაახლოებით 22:00 საათზე.

კედლის საათი მხოლოდ საპროცედუროშია.

დამამცირებელი მოპყრობა

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შეს-ახებ საჩივრები არ მიუღია. გამოკითხულ პაციენტთა დიდი ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია.

დანესებულებაში პაციენტის ძლიერი აღგზნების შემთხვევაში გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვა და ფარ-მაკოლოგიური ჩარევა. ფიზიკური შეზღუდვისას ძალის გადამეტებას პაციენტები არ უჩივიან.

საშუალო და დაბალი მედპერსონალის ნაწილს სპეციალური სწავლება ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურის შესახებ გავლილი აქვს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული პერსონალის ნაწილი (საშუალო და დაბალი მედპერსონალი) წინა წლებთან შედარებით უკეთ არის ინფორმირებული ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ.

პაციენტები ხშირად ფიზიკურ შეზღუდვას ან/და ფარმაკოლოგიურ ჩარევას ძლიერი აგზნების შემთხვევაში აღიქვამენ როგორც სასჯელს. ასეთ შემთხვევაში მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა. ეს გააუმჯობესებ-და პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

პაციენტები გამოკითხვისას აღნიშნავდნენ, რომ ზოგჯერ სამედიცინო მანიპულაციები სხვა პაციენტების თანდასწრებით უტარდებოდა.

პაციენტების გამოკითხვისას ჩანს, რომ ჰიგიენური საშუალებების თუ სხვა ყოფითი საკითხებისთვის პა-ციენტებს პერსონალის „შენუხება“ ერიდებათ. ზოგიერთი პაციენტი აღნიშნავს, რომ საპნის და ტუალეტის ქაღალდის მოთხოვნა მისთვის დამამცირებელია. ამავე დროს განყოფილებაში არსებული პრაქტიკის გამო, ყვე-ლაფერი ინახება პერსონალთან, პაციენტს უხდება მთხოვნელის როლში ყოფნა მთელი დღე და კარებთან ლო-დინი, როდის მოიცლის პერსონალი, ამას ყველა პაციენტი ვერ ეგუება და ურჩევნიათ, საერთოდ არ სთხოვონ.

მონიტორინგის დროს არ გამოვლენილა დანესებულების სასარგებლოდ პაციენტების შრომის გამოყენების ფაქტები.

მკურნალობისა და მოვლის პირობები

ფსიქიატრიული დახმარების პროცესში ფარმაკოთერაპია დომინირებს. რეაბილიტაციის პროგრამებში პა-ციენტთა მცირე რაოდენობაა ჩართული.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში.

ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია. ჭარბობს პირველი თაობის ფსიქოტროპიკული და ანტიდეპრესიული მედიკამენტები. ექიმები აღნიშნავენ, რომ ჰქონდათ ატიპური ანტიფსიქოტიკური საშუ-ალებებიც და წარმატებით იყენებდნენ. დანესებულების აფთიაქში არის (დანიშნულებებშიც ჩანს) სხვადასხვა თერაპიული საშუალებები (მაგ; წნევის და სიცხის დამწევი) და ვიტამინები.

პაციენტებზე მონიტორინგის ჯგუფის ექიმი—ფსიქიატრების დაკვირვებით, ფარმაკოთერაპიული ზედოზ-ირების ტენდენცია არ შეინიშნება, თუმცა ექიმის გადმოცემით ამჟამად განყ-ში ჰყავთ 1 პაციენტი მყარი დის-კინეზიით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დანესებულებას მიღებუ-ლი აქვს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი). გამოკითხული პერსონალი მიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევების გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

დანესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტი/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალ-ური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის პროცესი გახადა მეტად ორიენტირებული პაციენტის განერაზე. მეორეს მხრივ ჰოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უწყობს განერილი პაციენტების სწრაფ დაბრუნებას სტაციონარში.

მონიტორინგის დროს გამოკვეთა შემდგომი პრაქტიკა: დანესებულება უარს ეუბნება მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფ პირებს სტაციონირებაზე და მხოლოდ გახანგრძლივებული ფსიქოზური სიმპტომატი-კის მქონე პირებს აღმოუჩენს ფსიქიატრიულ დახმარებას.

პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული სტატისტიკური შეფარდება (1/2) ამ ეტაპზე მისაღებია. პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის

ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა შეზღუდულია. პაციენტები არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობით შენობის გარეთ.

ნინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებას თერაპევტები და ქირურგები ჰყავს (კონსულტანტები) დაქირავებული, სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადექვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით.

ადეკვატური სტომატოლოგიური მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი და ძირითადად კბილის ექსტრაქციით შემოიფარგლება.

პაციენტებს რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა უტარდებათ დაწესებულებაში მოთავსებისას. შემდგომში ასეთი კვლევის განმეორება ექიმების გადაწყვეტილებაზეა დამოკიდებული.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დაწესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევაში წარმოებული დოკუმენტაცია. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასაადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

ნიშანდობლივია, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დაწესებულება. კლინიკურ განყოფილებებში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს გარესამყაროსგან ჩაკეტილი კარი აშორებთ.

პაციენტებს ინფორმაცია საკუთარი დიაგნოზის და მკურნალობის შესახებ არ მიეწოდებათ - ფსიქიატრები აცხადებენ, რომ უჭირთ დიაგნოზებზე საუბარი პაციენტებთან, განსაკუთრებით, როცა ისინი უკრიტიკონი არიან საკუთარი მდგომარეობის მიმართ.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაწესებულებაში საყოფაცხოვრებო პირობები სხვა დაწესებულებებთან შედარებით უკეთესია, ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ გარემო არათერაპიულია და პაციენტებისთვის მადეგრადირებულია — ისინი კარგავენ ელემენტარულ უნარ—ჩვევებსაც, რომლებიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის არის აუცილებელი.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური სირთულეები

პაციენტებს ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვთ უფლებადაცვით მექანიზმებზე დაწესებულების შიგნით თუ გარეთ. არ იციან ვის უნდა მიმართონ საჩივრით, რა პროცედურაა საჩივრის განხილვისთვის და სხვა. მონიტორინგის მონაცემებით იმ პაციენტთა დიდ ნაწილს, რომელიც არანებაყოფლობით არის სტაციონირებული და არ ეთანხმება ამ გადაწყვეტილებას, ხელი არ მიუწვდება იურიდიულ დახმარებაზე.

განყოფილებაში არის საჩივრის ყუთი, რომელსაც არ ადევს ბოქლომი და პაციენტები ძირითადად არ იყენებენ. თუ პაციენტს აქვს პრეტენზია რაიმე საკითხთან დაკავშირებით, იგი მიმართავს ექიმს ან დირექტორს, რომელიც კვირაში ერთხელ მაინც შედის განყოფილებაში.

დაწესებულებას არ ჰყავს სოციალური მუშაკი.

პაციენტთა ნათესავების ვიზიტები შესაძლებელია კვირის ნებისმიერ დღეს საღამოს 8 საათამდე და საშუალოდ გრძელდება 40 წუთი. შეხვედრებისთვის არსებობს სპეციალური ოთახი, რომელიც იმავე სართულზე მდებარეობს და იზოლირებულია განყოფილებისგან.

პაციენტებს აქვთ საპროცედუროში არსებული ტელეფონით (ლოკალური ზარები) სარგებლობის საშუალება. ზარების განხორციელებას უზღუდავენ იმ პაციენტებს, ვისი ახლობლებიც ამას მოითხოვენ (ზედმეტად აწუხებს პაციენტი).

პაციენტებისთვის გამოგზავნილ ამანათებს სამედიცინო პერსონალი ხსნის („ხომ უნდა ვიცოდეთ რას უგზავნიან“).

პაციენტთა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ისინი არ არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ. ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფები პაციენტები არ არიან ინფორმირებული ელემენტარული უფლების შესახებ — რომ სურვილისამებრ შეუძლიათ დატოვონ დაწესებულება.

პაციენტებს ხელზე ფული არა აქვთ. ზოგი პაციენტის გადმოცემით ისინი კუთვნილ პენსიას, აძლევენ ახლობლებს, რომლებსაც მოაქვთ პროდუქტი, სიგარეტი და ა.შ. ხოლო ნაწილი ამბობს, რომ ახლობელი მხოლოდ იმისთვის აკითხავს, რომ წაიყვანოს პენსიის ასაღებად.

პაციენტებისთვის ახალი ჟურნალ-გაზეთები ხელმისაწვდომი არ არის.

რეკომენდაციები შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“ დირექტორს:

გაუმჯობესდეს კვების პირობები.

პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე.

მოხდეს პაციენტების უკეთ უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და საშუალებებით.

ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდეგ პაციენტს განემარტოს ამ ღონისძიების საჭიროება და მიზანი, რათა ფიზიკური შეზღუდვა დასჯად არ იყოს აღქმული პაციენტის მიერ.

გაიმიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის, ვინც საჭიროებს კლინიკურ მომსახურებას და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და დამხმარე სერვისებს. საჭიროა შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო—სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მკურნალობის პროცესში დაინერგოს ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

მკურნალობის პროცესში მოხდეს არამედიკამენტური მეთოდების წილის გაზრდა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური აქტივობების დანერგვა და მათი წილის გაზრდა რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ—ჩვევები.

სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

მოხდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაციული აქტივობების წილის გაზრდა, სეირნობის უფლების უკეთ რეალიზება, ალტერნატიული თერაპიების და ბიბლიოთეკის რესურსის მეტად გამოყენება.

მოხდეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა კონვერტი, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ.

მოხდეს შიდა საჩივრების მექანიზმის სრულყოფა — დაწესებულებამ ცხადად უნდა განსაზღვროს ვის მიმართავს პაციენტი საჩივრით, როგორ განიხილება საჩივარი, როგორ იღებს პასუხს პაციენტი გასაჩივრების შედეგებზე.

დაწესებულების ადმინისტრაციამ გადახედოს საკუთარ პოლიტიკას პაციენტთა მიღების წესთან დაკავშირებით (კერძოდ, მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პირებისთვის ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურებაზე უარის თქმა და მხოლოდ გახანგრძლივებული ფსიქოზური სიმპტომატიკის მქონე პირთა მომსახურება).

უპრიანი იქნებოდა ადმინისტრაციის მხრიდან ჩამოთვლილი რეკომენდაციების განხილვა დაწესებულების თანამშრომლებთან.

ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო

ზოგადი ინფორმაცია დაწესებულების შესახებ

შპს „ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“ მდებარეობს წალკის რაიონის დაბა ბედიანში. დაწესებულების ტერიტორია მოიცავს 5 ჰექტარს. დაწესებულება აშენებულია XX საუკუნის 60—იან წლებში. დაწესებულება ამჟამად მოიცავს 12 შენობას, რომელთაგან ექსპლუატაციაში მხოლოდ 6 შენობაა. მათგან 2—ში განთავსებულია კლინიკური განყოფილებები, ხოლო დანარჩენი 4 დამხმარე ფუნქციას ატარებს. ბოლოს არასრული სარემონტო სამუშაოები ჩატარდა 2009წ. დაწესებულება განსაზღვრულია 100 საწოლის დასატვირთად. მოცემული მომენტისთვის სტაციონირებულია 60 პაციენტი მამაკაცთა განყოფილებაში და 40 პაციენტი ქალთა განყოფილებაში. 60—მდე პაციენტი წელიწადზე მეტია უწყვეტად იმყოფება დაწესებულებაში. დაწესებულება ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ, „ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში. პერსონალის საერთო რაოდენობა შეადგენს 75 ერთეულს — აქედან 3 ფსიქიატრია, 1 ფსიქოლოგი, 4 ექთანი, 23 სანიტარი, 1 სოციალური მუშაკი, 2 თერაპევტი (კონსულტანტი) და 1 ქირურგი (კონსულტანტი), ასევე დამხმარე პერსონალი. ფსიქიატრის საშუალო ხელფასი დაწესებულებაში 600 ლარს შეადგენს, დაბალი სამედიცინო პერსონალის — 160 ლარს, დაწესებულების დირექტორის კი — 1500 ლარს. დაწესებულების დაფინანსება 2009 წლისათვის შეადგენდა 507564 ლარს.

პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობები

ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო 2 კლინიკური (ქალთა და მამაკაცთა) და დამხმარე განყოფილებებისგან (აფთიაქი, ლაბორატორია, სამრეცხაო, სამზარეულო) შედგება. **სამრეცხაო** მდებარეობს დაწესებულების ეზოში განცალკევებულ ნაგებობაში. აღჭურვილია 2 ახალი გრ—ის ფირმის სარეცხი მანქანით (7 კგ). სამრეცხაოში დგას აგრეთვე 5 ცალი ძველი სარეცხი მანქანა. სამრეცხაო აღჭურვილია საუთოო მაგიდით და უთოთი. ცენტრალური გათბობა და ვენტილაცია არ არის. სარეცხის გადატანა ხდება დიდი ზომის სპეციალური პლასტმასის ჭურჭლით. სამრეცხაოს ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება და ინვენტარით აღჭურვა. სარეცხის გაშრობა ხდება სამრეცხაოში არსებულ დიდი ზომის ოთახებში. სამრეცხაოში არის ელექტრო და შეშის ღუმელები.

სამზარეულოს ინფრასტრუქტურა მოძველებულია. წყლით და ელექტროენერგიით მომარაგების მხრივ პრობლემები არ აღინიშნება. აღჭურვილია მაგიდებით, სკამებით, კარადით, ტუმბოებით, ონკანით. პაციენტთათვის განკუთვნილი პლასტმასის ჭიქებით და რკინის თეფშებით, ჭიქებით და კოვზებით. მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, სისუფთავე შეძლებისდაგვარად დაცულია, თუმცა ესაჭიროება რემონტი.

ადმინისტრაციის გადმოცემით, იგეგმება სამზარეულოს რემონტი. დიეტ—ექტნის გადმოცემით, მზადდება N15 დიეტური მაგიდის შესაბამისი საკვები. თუმცა საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია სხვა მაგიდების შესაბამისი დიეტური საკვების მომზადებაც. მონიტორინგის მომენტისთვის სხვა მაგიდით გათვალისწინებული დიეტური საკვები არ მზადდებოდა. სამზარეულოდან განყოფილებებში საკვების გადატანა ხდება რკინის თერმოსებით. კვება არის ოთხჯერადი. სამზარეულოში დამონტაჟებულია ონკანები, დგას მაგიდები. სამზარეულოს ესაჭიროება რემონტი და ინვენტარის განახლება. ყველა განყოფილებას აქვს ცალკე სასადილო ოთახი.

ამავდროულად შემოწმდა დაწესებულებაში პროდუქტების შესანახი საწყობი სათავსოებით. ერთ სათავსოში ინახება ბოსტნეული, აქვეა მაცივარი სხვადასხვა პროდუქტების შესანახად. მეორე სათავსოში ინახება შაქარი, მარცვლეული, ბურღლეული. საწყობებს ესაჭიროება რემონტი.

სასეირნო ეზო დიდი და გამწვანებულია. პაციენტთა გასეირნება ხდება კარგ ამინდებში რეგულარულად. ეზოში დამონტაჟებულია რამდენიმე სკამი, ეზოშივეა ყვავილების ბაღი, რომელსაც თავიანთი სურვილით უვლიან პაციენტები.

ბიბლიოთეკა დაწესებულებას არ გააჩნია.

კლინიკურ განყოფილებებში პალატები ერთმანეთში გამავალი და გადატვირთულია. ზოგიერთ პალატაში 4 ხოლო ზოგიერთში 12 საწოლიც კი დგას. (მაგ.:პალატა 12 საწოლით — 49,3 კვ.მ; 13 საწოლით — 49,3 კვ.მ; 10 საწოლით — 31 კვ.მ). პაციენტების პრივატულობა არ არის დაცული, არ აქვთ პირადი სივრცე.

პალატები თბება შეშის ღუმელებით, რის გამოც მეტ-ნაკლებად თბილა, თუმცა ცენტრალური გათბობა და ვენტილაცია არ არის. ფანჯრები ორმაგია, ფარდების გარეშე. პალატები გადავსებულია და საწოლებს შორის

მანძილი 1-მეტრზე ნაკლებია. პალატებში ტუმბოები არ არის (2-3 დამტვრეული ტუმბოს გარდა), არც სკამები. პირადი ნივთები პაციენტებს ლიბების ქვეშ უდევთ. პალატების, დერეფნების და სასადილოს ინტერიერი უსახურია, დეკორაციების გარეშე. ავეჯი მწირი და ძველია, არ არის სათანადო თერაპიული გარემო.

დერეფანში კედელზე დამონტაჟებულია ტელევიზორი და მოწყობილია გრძელი სკამები პაციენტებისთვის, იმგვარად, რომ ყველას შეუძლია, უყუროს ტელევიზორს. პაციენტებს აქვთ სამაგიდო თამაშები (ჭადრაკი, ნარდი). მოსაწევად იყენებენ დერეფნის ბოლო ნაწილს განყოფილებიდან გასასვლელ კარებთან.

ცენტრალური ვენტილაცია არ არის. პალატების ელექტროგანათება არასაკმარისია. სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა მონიტორინგის დროს დამაკმაყოფილებელი იყო, თუმცა პალატებს ესაჭიროება საფუძვლიანი სარემონტო სამუშაოების ჩატარება.

კვება 4-ჯერადია. პაციენტები კვების პირობებით კმაყოფილები არიან.

პაციენტები ტანსაცმლით მეტ-ნაკლებად უზრუნველყოფილნი არიან, თუმცა სეზონური ფეხსაცმელი ყველას არ აქვს. პირადი ჰიგიენის ნივთები კბილის ჯაგრისები, პასტები, ტუალეტის ქაღალდი პაციენტების უმრავლესობას თან არ აქვს და ინახება დიასახლისთან. ქალები უზრუნველყოფილნი არიან ჰიგიენური პაკეტებით.

პაციენტებისთვის ახლობლებთან შესახვედრად გამოყოფილია ერთი ოთახი. ამასთანავე, შეხვედრები შესაძლებელია მედდის ოთახშიც.

სასადილო არის განცალკევებით, განყოფილებაშივე და შესასვლელი აქვს დერეფნიდან. არის 6 მაგიდა და სკამები. მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, სისუფთავე შეძლებისდაგვარად დაცულია, თუმცა ესაჭიროება რემონტი.

ტუალეტები და სააბაზანოები გარემონტებულია. თურქული ტიპის ტუალეტები გამყოფი კედლით არ არის გატიხრული. სისუფთავე დაცულია.

სააბაზანოში არის ორი შხაპი, 2 წყლის გამათბობელი ავზი, მაგიდა, სარკეები. აბაზანაში არის შშმ პირებისთვის სკამი. აქვეა პარიკმახერის კუთხე. პერსონალის გადმოცემით, აბაზანის მიღება ხდება კვირაში ერთხელ. სააბაზანოში სითბოა. ვენტილაცია ხდება კედლებში დამონტაჟებული ვენტილატორებით. აბაზანას აქვს ფანჯარა. განათება ხდება როგორც ბუნებრივი, ასევე ხელოვნური გზით. აბაზანა მოპირკეთებულია კაფელით, მეტლახით და პლასტიკატი. აბაზანა არის ახალი გარემონტებული და მისი მდგომარეობა არის კარგი.

განყოფილებაში საჩივრის ყუთი დამონტაჟებულია დერეფანში ხელმისაწვდომ ადგილას, იკეტება ბოქლომით და არის დალუქული.

დაწესებულებაში არის არტთერაპიის ოთახი, სადაც ყოველდღე შაბათ—კვირის გარდა, მიმდინარეობს ხატვის და ძერვნის კურსები.

დამამცირებელი მოპყრობა

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ საჩივრები არ მიუღია. გამოკითხულ პაციენტთა დიდი ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია. პაციენტები უარყოფენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას და უხეშობას პერსონალის მხრიდან.

პაციენტთა შრომის დაწესებულების სასარგებლოდ გამოყენების პრაქტიკა აღმოფხვრილია. ადმინისტრაცია გეგმავს ოკუპაციური თერაპიის დანერგვას დაწესებულებაში.

დაწესებულებაში აღგზნების კუპირებისთვის გამოიყენება მხოლოდ ფარმაკოლოგიური ჩარევა. პერსონალი და პაციენტები ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენებას უარყოფენ.

პაციენტები ფარმაკოლოგიურ ჩარევას ძლიერი აგზნების შემთხვევაში აღიქვამენ როგორც სასჯელს. მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა. ეს გააუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

მკურნალობისა და მოვლის პირობები

ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ფსიქიატრიული დახმარება პაციენტთა დიდი ნაწილისთვის მხოლოდ ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. პაციენტთა მცირე ნაწილი ჩართულია ალტერნატიული თერაპიის პროგრამებში, თუმცა ასეთი სერვისები გაცილებით მეტ პაციენტს ესაჭიროება. აღსანიშნავია, რომ წინა წლებთან შედარებით ალტერნატიული თერაპიის მეთოდები განვითარებულია და მეტად არის გამოყენებული. ადმინისტრაცია ასევე ითხოვს ტექნიკურ დახმარებას აღნიშნული სერვისების განვითარებისთვის.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები თითქმის არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის კოორდინირებული.

ლი ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში. ფსიქოლოგი ჩართულია ფსიქოდიაგნოსტიკაში.

ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია, თუმცა ახალი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ნაკლებად გამოიყენება.

მონიტორინგის ჯგუფის ექიმ—ფსიქიატრების დაკვირვებით, პაციენტებზე და მათ სამკურნალო დანიშნულებაზე ფარმაკოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან ამ დაწესებულებასაც მიღებული აქვს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი). გამოკითხული პერსონალი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევის გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

დაწესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტ/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) მკვეთრად ვერ შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები, რადგან ამ დაწესებულებაში უმეტესად ხვდებიან პაციენტები, რომლებსაც ფსიქიატრიული დახმარების გარდა სოციალური დახმარება და საცხოვრისიც ესაჭიროებათ.

პაციენტები კვების პირობებით კმაყოფილები არიან. კვება 4 ჯერადია.

პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული სტატისტიკური შეფარდება (1/3) ამ ეტაპზე მისაღებია, თუმცა როგორც ადმინისტრაცია აღნიშნავს დაწესებულებაში ექიმი—ფსიქიატრების რაოდენობა არასაკმარისია.

პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა (განსაკუთრებით, ზამთრის და გაზაფხულის პერიოდში) მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის (უმეტესობისთვის) ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება.

წინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებას თერაპევტები და ქირურგები ჰყავს (კონსულტანტები) დაქირავებული, სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით და ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრობლემით.

პაციენტებს რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა უტარდებათ დაწესებულებაში მოთავსებისას. შემდგომში ასეთი კვლევის განმეორება ექიმების გადანყვეტილებაზეა დამოკიდებული.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დაწესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევაში წარმოებული დოკუმენტაცია. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასაადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

ნიშანდობლივია, რომ ამ დაწესებულებაშიც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დაწესებულება. კლინიკურ განყოფილებებში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს გარესამყაროსგან ჩაკეტილი კარი აშორებთ.

დაწესებულებაში 2 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტია რომელთაც დამოუკიდებლად გადაადგილება არ შეუძლიათ.

ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ გარემო მეტწილად არათერაპიულია და პაციენტებისთვის მადეგრადირებელია — ისინი კარგავენ ელემენტარულ უნარ—ჩვევებსაც რომლებიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის არის აუცილებელი. თითქმის ყველა პაციენტი ითხოვს განერას და ნატრობს გასვლას საავადმყოფოდან, ზოგიერთი მათგანი დაჟინებით. ექიმები აცხადებენ, რომ ზოგიერთების ფსიქიკური მდგომარეობა სტაბილურია, მაგრამ სოციალური მდგომარეობის გამო მათი განერა შეუძლებელია.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური სირთულეები

სტაციონარში მოთავსებულია ბევრი პაციენტი, რომელთაც დაკარგული აქვთ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია (ზოგი მათგანი არაიდენტიფიცირებული პირია).

19 პაციენტი, აქედან 2 ქალი პაციენტი, სტაციონარში გახსნის დღიდან ცხოვრობს. მათ არავინ აკითხავთ და გაურკვეველია, ჰყავთ თუ არ ახლობელ—ნათესავები, ან ფლობენ თუ არა რაიმე ქონებას.

პირადობის დოკუმენტაციის უქონლობის გამო პაციენტები ვერ ახდენენ საკუთარი უფლებების რეალიზებას (არ მონაწილეობენ არჩევნებში, არ აქვთ შმშპ სტატუსი, ვერ სარგებლობენ სოციალური დახმარებებით და ა.შ.)

პაციენტთა ნაწილი არ საჭიროებს სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას. ისინი ითხოვენ განერას, თუმცა პრობლემა ის არის, რომ „გასანერ“ პაციენტებს ან თავშესაფარი არ აქვთ, ან ნათესავები უარს აცხადებენ მათ მიღებაზე და მათი შემოსავლებიც არ იძლევა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ასეთი პაციენტებისთვის არსებული გარემო უკიდურესად დამორგუნველია. არსებული ყოველდღიური რეჟიმი, მედიკამენტები, სხვა პაციენტები, ერთფეროვანი გარემო, ფსიქოსოციალური სერვისების დეფიციტი, რეკრეაციული ღონისძიებების სიმწირე ინვესს მათ დეგრადაციას და მკურნალობის შედეგებს კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს.

პრობლემას წარმოადგენს ასევე საავადმყოფოსა და ეკონომიკურ—ადმინისტრაციულ ცენტრებს შორის არსებული საგზაო ინფრასტრუქტურა და დაშორება. პაციენტებს მნახველები იშვიათად აკითხავენ. თავად პაციენტებს კი, ობიექტური მიზეზების გამო, შევბუღებით სარგებლობა არ შეუძლიათ.

საპროცედუროში დგას ფიჭური ტელეფონი, რომლითაც პაციენტებს შეუძლიათ სარგებლობა. პაციენტთა ზარების ხანგრძლივობას პერსონალი არეგულირებს.

ჟურნალ-გაზეთების წაკითხვის შესაძლებლობა პაციენტებს არ აქვთ, არც ბიბლიოთეკა არის სტაციონარში.

ქმედუუნაროდ აღიარებული პაციენტების (ასეთი 15 ადამიანია) უმრავლესობას მეურვეები არ აკითხავენ, თუმცა ამანათებს უგზავნიან.

პაციენტები წერილებს/საჩივრებს აგდებენ დერეფანში ჩამოკიდებულ საჩივრის ყუთში, რომელსაც ადევს ბოქლომი. წერილებს იხილავენ ყოველ ორშაბათს (დირექტორი, მოადგილე, სოც. მუშაკი) და რეაგირებენ საჭიროებისამებრ.

პაციენტები საკუთარი უფლებების და უფლებადაცვითი მექანიზმების შესახებ ინფორმირებულნი არ არიან.

პაციენტთა დიდი ნაწილისთვის პენსიასთან დაკავშირებული საკითხები მოუგვარებელია.

სტაციონარში პაციენტები ძირითადად წვანან ან ტელევიზორს უყურებენ. 7-8 ადამიანი დადის არტთერაპიაზე, რომელიც კარგად განათებულ და შესაბამისად მოწყობილ თბილ ოთახში ტარდება. მაგრამ ეს არასაკმარისია.

ქმედუუნარო პაციენტებს აქვთ პრეტენზიები მეურვეებთან. ეს უკმაყოფილება წლობით გრძელდება და მეურვეობის და მზრუნველობის ორგანო მათ ინტერესებს არ იცავს.

სტაციონარის სოც. მუშაკი მოტივირებული პიროვნებაა, მაგრამ საჭირო რესურსების (თანადგომა, ინფორმატიულობა, კავშირები, კვალიფიკაცია) არ ქონის გამო ვერ ერევა წლების განმავლობაში დაგროვილ პრობლემებს.

რეკომენდაციები შპს „ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს“ დირექტორს:

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, განიტვირთოს და გარემონტდეს პაციენტთა პალატები და აღიჭურვოს საჭირო ინვენტარით.

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის სათანადო გათბობის პირობები.

პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე.

მოხდეს პაციენტების უკეთ უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და საშუალებებით.

გაიმიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის, ვინც საჭიროებს კლინიკურ მომსახურებას და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და დამხმარე სერვისებს. საჭიროა შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო—სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილის კიდევ უფრო გაზრდა, ფსიქოსო-

ციალური რეაბილიტაციური აქტივობების განვითარება და მათი წილის გაზრდა რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ—ჩვევები.

სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

მოხდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაციული აქტივობების წილის გაზრდა.

მოხდეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა კონვერტი, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ.

უპრიანი იქნებოდა დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან ჩამოთვლილი რეკომენდაციების განხილვა დაწესებულების თანამშრომლებთან.

ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო

ზოგადი ინფორმაცია დაწესებულების შესახებ

შპს „ა.ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“ მდებარეობს სურამში, რუსიას ქუჩა 12—ში. დაწესებულების ტერიტორია მოიცავს 4 ჰექტარს.

დაწესებულების აშენების თარიღად სახელდება XX საუკუნის 20—იანი წლები. დაწესებულება ამჟამად მოიცავს 9 შენობას. მათგან 1—ში განთავსებულია კლინიკური განყოფილებები, ორი შენობა ასევე ეთმობა ფსიქო—ნევროლოგიურ დისპანსერს და ადმინისტრაციას, ხოლო დანარჩენი შენობები დამხმარე ფუნქციას ატარებს. სარემონტო სამუშაოები დაიწყო 2008—09 წლებში და დღემდე გრძელდება.

დაწესებულება განსაზღვრულია 90 სტაციონარულ სანოლზე. მოცემული მომენტისთვის სტაციონირებულია 82 პაციენტი. მამაკაცთა განყოფილებაში — 43, ხოლო 39 პაციენტი — ქალთა განყოფილებაში.

20—მდე პაციენტი წელიწადზე მეტია უწყვეტად იმყოფება დაწესებულებაში.

დაწესებულება ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ „ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში.

პერსონალის საერთო რაოდენობა შეადგენს 87 ერთეულს — აქედან 9 ფსიქიატრია, 1 ფსიქოლოგი, 20 ექთანი, 31 სანიტარი, 1 სოციალური მუშაკი, 1 თერაპევტი (კონსულტანტი) და 1 შრომათერაპიის ინსტრუქტორი, ასევე დამხმარე პერსონალი.

ფსიქიატრის საშუალო ხელფასი დაწესებულებაში 268 ლარს შეადგენს, დაბალი სამედიცინო პერსონალის — 155 ლარს, დაწესებულების დირექტორის კი — 610 ლარს.

დაწესებულების დაფინანსება 2009 წლისათვის შეადგენდა 403776 ლარს.

პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობები

სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო 2 კლინიკური (ქალთა და მამაკაცთა) და დამხმარე განყოფილებებისგან (აფთიაქი, ლაბორატორია, სამრეცხაო, სამზარეულო) შედგება. პაციენტთა საცხოვრებელის კორპუსის ერთ ნაწილში მიმდინარეობს სარემონტო სამუშაოები (აღნიშნული იყო დამწვარი), რომელიც ადმინისტრაციის ინფორმაციით ერთ თვეში დასრულდება.

სამრეცხაო მდებარეობს განცალკევებულ დამხმარე ნაგებობაში. აღჭურვილია 1 (ერთი) ახალი სარეცხი მანქანით (10 კგ). სამრეცხაოში სარეცხის გამოხარშვა ხდება ქვაბში. პროცედურა ხორციელდება გაზის ლუმელის მეშვეობით. სამრეცხაოს აქვს საშრობი განყოფილება. არ არის საუთოო მონყობილობა. წყლის და ელექტროენერგიის მომარაგების მხრივ დაწესებულებას პრობლემები არ აქვს, თუმცა აქვე აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებისთვის ზამთრის და გაზაფხულის პერიოდში ელექტროენერგიის და გაზის გადასახადის ტვირთი კრიტიკულია.

სამზარეულოს მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. სისუფთავე დაცულია. მასშიდამონტაჟებულია წყლის გამათბობელი, ონკანები, დგას მაგიდები, კარადები, თაროები, მაცივარი. ჭურჭელი (თეფშები, ჭიქები, ჯამები) საკმარისია. დიეტ—ექთნის გადმოცემით პაციენტებისთვის მზადდება N15 დიეტური მაგიდის შესაბამისი საკვები, ასევე შესაძლებელია სხვა მაგიდებით გათვალისწინებული დიეტური საკვების დამზადება, თუმცა ამ ეტაპზე არ არის საჭიროება.

კლინიკური განყოფილებების სასადილო ოთახებში საკვების გადატანა ხდება რკინის ვედროებით. კვება არის ოთხჯერადი.

ამავდროულად შემოწმდა დაწესებულებაში საწყობი სათავსოები. საწყობები მდებარეობს სხვადასხვა განცალკევებულ შენობებში. ერთ სათავსოში, რომელიც მდებარეობს ადმინისტრაციის შენობის სიახლოვეს, ინახება თეთრეული, გადასაფარებლები, ლეიბები, 2 ცალი წყლის გამათბობელი და მეორადი ტანსაცმელი. სათავსო არის ცუდ მდგომარეობაში და ესაჭიროება რემონტი. მეორე საწყობი, რომელიც მდებარეობს ეზოს სიღრმეში, შედგება 3 ოთახისგან. ერთ ოთახში ინახება ჰიგიენური საშუალებები (ტუალეტის ქაღალდი, ფხვნილები, სარეცხი საშუალებები). მეორე ოთახში — ბურღულეული, მესამე ოთახში ინახება შაქარი, მარცვლეული, ბოსტნეული და სხვა. აქვეა მაცივრები (ქათმის ბარკლები, თევზი). სათავსოს ესაჭიროება რემონტი.

სასეირნო ეზო საკმაოდ დიდი და გამწვანებულია. პაციენტთა გასეირნება ხდება კარგ ამინდებში. ეზოში დამონტაჟებულია რამდენიმე სკამი. დაწესებულებას აქვს მცირე მეურნეობა, რომელსაც თავიანთი სურვილით უვლიან პაციენტები.

ბიბლიოთეკა დაწესებულებას არ გააჩნია.

კლინიკურ განყოფილებებში პალატების მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობაც მონიტორინგის მომენტში ნორმალური იყო. ზოგიერთი პალატა გადატვირთულია (მაგ.: 35 კვ.მ

პალატა 10 სანოლით). დღისით განათება საკმარისია. ღამით ელექტრონათურების განათება არასაკმარისია. თეთრეული, ლეიბები, ბალიშები და თბილი გადასაფარებლები ნორმალურ მდგომარეობაშია. ცენტრალიზებული ვენტილაცია არ არის. გათბობის პირობებით პაციენტები კმაყოფილნი არიან. პაციენტებს არ აქვთ პირადი სივრცე და ინვენტარი სადაც პირად ნივთებს შეინახავენ. ფანჯრებზე არსად არის ფარდები. ზოგადად პალატები არაპერსონიფიცირებულია. ყველა პაციენტი უზრუნველყოფილი არ არის სეზონური და ინდივიდუალური ტანსაცმლით და ფეხსაცმლით.

მონიტორინგის მომენტში დაფიქსირდა ორადგილიანი პალატა, სადაც იმყოფებოდა ორი პაციენტი და რომლის კედლები იყო სველი, ფანჯარას არ ჰქონდა მინები, იყო სიცივე და ორივე პაციენტი ინვა ერთ ლოგინში, თუმცა მეორე ლოგინიც იყო გაშლილი და დაგებული იყო თეთრეული. აღნიშნულზე რეაგირებისთვის ადგილზევე მიემართეთ დაწესებულების დირექტორს, რომელმაც მიმართვისთანავე დაახურინა ზემოაღნიშნული პალატა და იქ მყოფი პაციენტები გადაიყვანა სხვა პალატაში.

ახლოებელ—ნათესავებთან შეხვედრების ოთახი გამოყოფილი არ არის. ასევე არ არის გამოყოფილი მოსაწევად ცალკე ადგილი.

განყოფილების დერეფანში შესაძლებელია ტელევიზორის ყურება, რა დროსაც ტელევიზორი იდგმება ან მაგიდაზე ან ფანჯრის რაფაზე. ტელევიზორი ინახება სანიტართან. ტელევიზორის ყურებისას ყველა პაციენტი ერთად ვერ თავსდება და ამის გამო ექმნებათ დისკომფორტი.

სასადილო — არის განცალკევებით განყოფილებაშივე და შესასვლელი აქვს დერეფნიდან. არის 4 გრძელი დიდი ზომის და 2 პატარა მრგვალი მაგიდა სკამებით. სასადილო მოპირკეთებულია ძველი მეტლახით. კედლები შეღებილია. სასადილოს აქვს ფანჯრები. განათება ხდება ბუნებრივი გზით და ნათურით. სასადილოში არის სიცივე. მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია.

ტუალეტების მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია. არის მძიმე სუნი, სიცივე და არასაკმარისი განათება. ტუალეტები საჭიროებს რემონტს. სააბაზანო განყოფილებაში არ არის.

სააბაზანოში, რომელიც ეზოში მდებარეობს, არის 2 არაიზოლირებული საშხაპე. ტანის დასაბანი რამდენიმე ღრუბელი საერთოა ყველა პაციენტისათვის, არ ყოფნით საპნები. აბანოში ემსახურებათ ხანდაზმული ქალბატონი. პაციენტებს კვირაში ერთხელ ემსახურება პარიკმახერი. პაციენტების უმრავლესობა პირადი ჰიგიენის ნივთებით არასაკმარისად არის უზრუნველყოფილი — არ აქვთ კბილის ჯაგრისები, კბილის პასტები (უმეტესობა არც მიიჩნევს საჭიროდ კბილების გამოხეხვას), ტუალეტის ქალაღდი, საპონი და პირსახოცი. ქალებს არ აქვთ ჰიგიენური პაკეტები და იყენებენ დახეულ ჩვრებს, რომლებსაც პერიოდულად რეცხავენ.

დამამცირებელი მოპყრობა

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ საჩივრები არ მიუღია. გამოკითხულ პაციენტთა ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია, თუმცა რამდენიმე პაციენტის გადმოცემით, დაბალი სამედიცინო პერსონალი ხშირად უხეშად მიმართავს პაციენტებს, რომლებიც უსუფთაოდ ჭამენ და ანაგვიანებენ პალატას.

პაციენტები ამბობენ, რომ მათ არავინ უსმენს და არავინ ესაუბრება, ხშირად მათ მოთხოვნებს უხეშად პასუხობენ.

პაციენტების შრომის გამოყენებას დაწესებულებაში მასიური ხასიათი არ აქვს, თუმცა მონიტორინგის მომენტში აღმოჩნდა, რომ ერთ—ერთი პაციენტი ქალი ალაგებს ტუალეტს პალატებს, იგი ასევე აჰყავთ მამაკაცთა კლინიკური განყოფილების დასალაგებლად.

დაწესებულებაში აგზნების კუპირებისთვის ფიზიკური შეზღუდვა იშვიათად გამოიყენება, უპირატესად ფარმაკოლოგიურ ჩარევას მიმართავენ.

პაციენტები ფარმაკოლოგიურ ჩარევას ძლიერი აგზნების შემთხვევაში აღიქვამენ როგორც სასჯელს. მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა, რაც ამჟამად ექიმის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული. ეს გააუმჯობესება და პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

მკურნალობისა და მოვლის პირობები

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ფსიქიატრიული დახმარება მხოლოდ ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისები არ არის დანერგილი.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია არ არის კოორდინირებული ფსიქოთერაპიასთან, ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციასთან.

ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია, თუმცა ახალი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ნაკლებად გამოიყენება.

მონიტორინგის ჯგუფის ექსპერტების დაკვირვებით, ფარმაკოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება, თუმცა რამდენიმე პაციენტი, რომელთა ალგზნების კუპირებას ახდენენ ინექციებით, შესაძლოა ფარმაკოლოგიური ზედოზირების მსხვერპლი იყოს.

დაწესებულებას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან მიღებული აქვს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი). გამოკითხული პერსონალი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევების გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

დაწესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტი/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) მკვეთრად ვერ შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები, რადგან ამ დაწესებულებაში უმეტესად ხვდებიან პაციენტები, რომლებსაც ფსიქიატრიული დახმარების გარდა სოციალური დახმარება და საცხოვრისიც ესაჭიროებათ.

კვება ოთხჯერადაა. პაციენტები კვების პირობებით კმაყოფილები არ არიან. მათ არ მოსწონთ საკვების გემო და რაციონი.

პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული სტატისტიკური შეფარდება (1/2) მისაღებია.

პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის (უმეტესობისთვის) ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა არ არის შეზღუდული. ხანგრძლივი ვადით სტაციონირებულ პაციენტებს დაკარგული აქვთ ბაზისური უნარ-ჩვევები ჰოსპიტალში წლობით „მკურნალობის“ შედეგად.

ნინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებას თერაპევტები და ქირურგები ჰყავს (კონსულტანტები) დაქირავებული, სომატური დაავადებების შემთხვევაში აღექვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით და ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრობლემით.

დაწესებულებას აქვს ლაბორატორია. პაციენტებს რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა უტარდებათ დაწესებულებაში მოთავსებისას. შემდგომში ასეთი კვლევის განმეორება ექიმების გადანყვეტილებაზეა დამოკიდებული.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დაწესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევაში წარმოებული დოკუმენტაცია. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

ნიშანდობლივია, რომ ამ დაწესებულებაშიც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დაწესებულება.

ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ გარემო მეტწილად არათერაპიულია და პაციენტებისთვის მადეგრადირებელია — ისინი ამ პირობებში კარგავენ ელემენტარულ უნარ—ჩვევებსაც, რომლებიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის არის აუცილებელი. თითქმის ყველა პაციენტი ითხოვს განერას საავადმყოფოდან. ექიმები აცხადებენ, რომ ზოგიერთების ფსიქიკური მდგომარეობა სტაბილურია, მაგრამ სოციალური მდგომარეობის გამო განერა შეუძლებელია.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური სირთულეები

პაციენტების კავშირი გარე სამყაროსთან შეზღუდულია. ისინი მთელი დღის მანძილზე ჩაკეტილები არიან განყოფილებებში. მნახველები იშვიათად მოდიან. ზოგიერთს საერთოდ არავინ აკითხავს. შეხვედრების ადგილი ზაფხულში არის ეზო, ხოლო ზამთარში — სანიტრების ოთახი. ვიზიტები შეზღუდული არ არის დროში. ამანათები ისინჯება მედ. პერსონალის მიერ.

ტელეფონის არარსებობის გამო პაციენტები პერსონალს სთხოვენ მობილური ტელეფონით სარგებლობას. ახლობლები ძირითადად დირექტორს უკავშირდებიან პაციენტის ამბის გასაგებად.

პაციენტების კორესპონდენცია დირექტორთან ინახება. მისი გადმოცემით, იქ მნიშვნელოვანი არაფერი წერია. წერილებს პაციენტები ფაქტიურად არ იღებენ და არც თვითონ აგზავნიან. თუმცა, დირექტორის განცხადებით, კორესპონდენციის გაგზავნა პრობლემას არ წარმოადგენს.

ზოგადი ინფორმაცია დაწესებულების შესახებ

შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ მდებარეობს ხონის რაიონის სოფელ ქუტირში. დაწესებულების ტერიტორია მოიცავს 19,4 ჰექტარს.

დაწესებულება აშენებულია 1977 წელს. იგი ამჟამად მოიცავს 13 შენობა—ნაგებობას, რომელშიც შედის კლინიკური კორპუსები, სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილება, ნარკოლოგიური განყოფილება, ადმინისტრაცია და სხვა დამხმარე განყოფილებები. დაწესებულების ბოლო მასშტაბური სარემონტო სამუშაოები ჩატარდა 2008—2009 წლებში, თუმცა დაგეგმილი სამუშაოების ნაწილი დღემდე დაუსრულებელია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ემსახურება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებს, რომელთა სტაციონირება ნებაყოფლობით ან არანებაყოფლობით სასამართლო გადაწყვეტილების საფუძველზე ხდება და ასევე ემსახურება პაციენტებს, რომელთა არანებაყოფლობითი სტაციონირება სისხლის სამართლის საქმესთან დაკავშირებით ხორციელდება.

დაწესებულება განსაზღვრულია 540 სტაციონარულ საწოლზე. მოცემული მომენტისთვის სტაციონირებულია 471 პაციენტი, აქედან 106 ქალი და 365 მამაკაცი. პაციენტის საშუალო დაყოვნება შეადგენს 192 საწოლ/დღეს.

სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტთა ნახევარი ქრონიკული ფსიქიკური პრობლემების მატარებელია და დაწესებულებაში წლების განმავლობაში იმყოფება (შესაძლოა მოკლე ვადით ტოვებს კიდეც დაწესებულებას და კვლავ სტაციონარს უბრუნდება). მონიტორინგის პროცესში მოპოვებული ინფორმაციის თანახმად 230—მდე პაციენტი წელიწადზე მეტია უწყვეტად იმყოფება დაწესებულებაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ „ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“, „ფთიზიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ და „ნარკოლოგიური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში.

დაწესებულების პერსონალის საერთო რაოდენობა შეადგენს 332. მათგან 11 ფსიქიატრია, 3 ფსიქოლოგი, 70 ექთანი, 99 სანიტარი, 2 სოციალური მუშაკი, 1 თერაპევტი (კონსულტანტი), 1 ქირურგი (კონსულტანტი), ხოლო დანარჩენი დაწესებულების დამხმარე პერსონალი.

ფსიქიატრის საშუალო ხელფასი დაწესებულებაში 850 ლარს შეადგენს, საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის — 310 ლარს, მკურნალობის მიმართულების ხელმძღვანელის კი — 1200 ლარს. დაწესებულებიდან მიღებულ წერილობით პასუხში არ იყო მითითებული დირექტორის ხელფასის ოდენობა.

დაწესებულების დაფინანსება 2009 წლისათვის შეადგენდა 3,255,276 ლარს.

პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი სულ 10 კლინიკური განყოფილებისგან შედგება (მათ შორის ერთი — სასამართლო ფსიქიატრიის). აქედან 1 მიმღები განყოფილებაა, 2 ქალთა განყოფილება, 5 მამაკაცთა განყოფილება, ერთი შერეული (ტუბერკულოზით დაავადებულთა) და ერთი ნარკოლოგიური განყოფილება. ყველა განყოფილებას აქვს თავისი სასეირნო ეზო, რაც შემოსაზღვრულია მავთულის საშუალო ზომის ბადით. ეზოშივეა მაგიდა და სკამები.

მიმღები განყოფილება მოიცავს 3 ოთახს და სველ წერტილს ახლად მიღებული პაციენტის ჰიგიენისთვის.

ერთი ოთახი განკუთვნილია ახლად მიღებულ პაციენტთან გასაუბრებისთვის, სადაც არის სამედიცინო ტახტი და სხვა ინვენტარი. მეორე ოთახი განკუთვნილია მორიგე პერსონალისთვის. მესამე ოთახში განთავსებულია აბაზანა და ტუალეტი. წყლის მიწოდება ხდება შეუფერხებლად.

ამავე განყოფილებაში ერთი სათავსო განკუთვნილია სამედიცინო ნარჩენებისთვის.

მიმღების ზოგადი მდგომარეობა არის ნორმალური, თუმცა სასურველია სარემონტო სამუშაოების ჩატარება და ახალი ინვენტარით აღჭურვა.

დაწესებულების ეზოში არის სამლოცველო.

დაწესებულებას აქვს დიდი ზომის **დარბაზი** (160 პირისთვის), სადაც მიმდინარეობს არტთერაპიის სეანსები (ქორეოგრაფიული, მუსიკის და დრამის სეანსები). ამ დარბაზშივე იმართება სხვადასხვა სახის კულტურული ღონისძიებები. დარბაზი მდგომარეობა ნორმალურია. იგი აღჭურვილია სხვადასხვა მუსიკალური ინსტრუმენტით (ელექტროგიტარა, დოლი, სინთეზატორი, პიანინო). არის კოსტიუმების შესანახი გარდერობი.

ადმინისტრაციის შენობაში მდებარეობს **არტთერაპიის** სხვა ოთახებიც, სადაც მიმდინარეობს ხატვითი,

პაციენტები თავიანთი უფლებების შესახებ ინფორმირებულნი არ არიან. უმეტესობამ არ იცის, რომ ნებაყოფლობით იმყოფება სტაციონარში. მათი სურვილია დატოვონ სტაციონარი და დაბრუნდნენ სახლში. სამედიცინო პერსონალის განმარტებით, ისინი ვერ უშვებენ პაციენტებს, რადგან არ იციან სად გაუშვან. სოციალური მუშაკის (რომელსაც არ აქვს სათანადო განათლება) მუშაობა არ არის ეფექტური პაციენტების სახლში დაბრუნების ან მათი სათანადო ინფორმაციით უზრუნველყოფისთვისაც კი.

პაციენტებს ასევე არ აქვთ ინფორმაცია თუ ვის მიმართონ მეურვის მიერ ვალდებულებების არშესრულების შემთხვევაში.

განყოფილებებში არ არის საჩივრის ყუთები, არ არსებობს გასაჩივრების პროცედურა.

პაციენტების უმრავლესობა არ იღებს პენსიას და მიიჩნევს, რომ ენახება. ნაწილმა არც იცის, პენსია აქვს, თუ არა, ნაწილის პენსიას ნათესავები იღებენ.

შვებულებაში პაციენტებს არ უშვებენ. ძირითადი მიზეზი ისაა, რომ მათ ამ მიზნით არავინ აკითხავთ, დამოუკიდებლად კი პაციენტებს არ უშვებენ.

პაციენტები წლობით ცხოვრობენ საავადმყოფოში. ზოგიერთს აღარ ესაჭიროება სტაციონარული მკურნალობა, მაგრამ არ აქვთ თავშესაფარი. სტაციონარში არ ხდება პაციენტებისათვის სოციალური უნარჩვევების განვითარება და რჩება შთაბეჭდილება, რომ მათ არც კი ახსოვთ, რომ ოდესღაც საზოგადოებაში ცხოვრობდნენ.

რეკომენდაციები შპს „ა.ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს“ დირექტორს:

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, განიტვირთოს და გარემონტდეს პაციენტთა პალატები და აღიჭურვოს საჭირო ინვენტარით.

პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე.

მოხდეს პაციენტების უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და ძირითადი საშუალებებით.

ადმინისტრაციამ გაამკაცროს კონტროლი დაბალი სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტთა შრომის გამოყენების და მათ მიმართ დამამცირებელი მოპყრობის ფაქტებზე.

დაინერგოს შიდა გასაჩივრების მექანიზმი. დაწესებულებამ ცხადად უნდა განსაზღვროს, ვის მიმართავს პაციენტი საჩივრით, როგორ განიხილება საჩივარი, როგორ იღებს პასუხს პაციენტი გასაჩივრების შედეგებზე.

გაიმიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის, ვინც საჭიროებს კლინიკურ მომსახურებას და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და დამხმარე სერვისებს. საჭიროა შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო—სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების შეტანა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური აქტივობების განვითარება და მათი წილის გაზრდა რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ—ჩვევები.

სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

მოხდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაციული აქტივობების წილის გაზრდა.

მოხდეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა კონვერტი, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ.

უპრიანი იქნებოდა დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან ჩამოთვლილი რეკომენდაციების განხილვა დაწესებულების თანამშრომლებთან.

ძერწვითი, ერგო, ფოტო თერაპიები.

ახლობელ—ნათესავებთან შეხვედრისთვის და ამანათების გადასაცემად პაციენტები იყენებენ ე.წ. „შეხვე-დრების“ ოთახებს.

საიზოლაციო—დაკვირვების პალატა აქვს ყველა განყოფილებას.

სამრეცხაო მდებარეობს ეზოში ორსართულიან ნაგებობაში განცალკევებით. სამრეცხაოში არის 1 სადეზ-ინფექციო კამერა, 3 სარეცხი მანქანა (15 კგ—იანი), 1 საწური დანადგარი, 3 საშრობი დანადგარი (მწყობრიდან გამოსული) და 1 ჩვეულებრივი უთო. სამრეცხაოს აქვს საშრობი სათავსოები ორივე სართულზე. პერსონალ-თან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ სამრეცხაო ერთი დღის განმავლობაში ემსახურება 3—4 განყოფილებას და ირეცხება დაახლოებით 300—დან 500 კგ—მდე სარეცხი. დასაქმებულია 10 ადამიანი, თითო ცვლაში — 5—5. სამრეცხაოს შენობა არის ძველი, შენობაში არის ფრინველების ბუდეები. სამრეცხაოს ესაჭიროება რემონტი და გადაიარაღება.

სამზარეულო მდებარეობს ერთ—ერთი შენობის ბოლო ფლიგელში. კვება ოთხჯერადია. გამოკითხული პა-ციენტების უმრავლესობა კვების პირობებით კმაყოფილია. სამზარეულო აღჭურვილია 5 ელექტროქვებით, 3 ელექტროქურით, 1 ელექტროლუმენით. სავენტილაციო სისტემა არის მოძველებული და არ ფუნქციონირებს. სამზარეულოს იატაკი არის ძველი მოზაიკით მოპირკეთებული. კედლებზე ნახევრად არის კაფელი და ნახევარი არის შეღებილი. სამზარეულოს აქვს აგრეთვე დიზელის ლუმელი, რომელიც ამჟამად მუშაობს შეშაზე. პაციენ-ტებთან საკვები გადააქვთ ვედროებით. ძირითადად მზადდება N15 დიეტური მაგიდის შესაბამისი საკვები. პერსონალის გადმოცემით, საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია სხვა დიეტური მაგიდის შეთავაზებაც. სამზარეულოში არის ასევე ხორცის, თევზის და ბოსტნეულის დასამუშავებელი განყოფილებები (საამქროები). ცენტრალური გათბობა არ ფუნქციონირებს. სამზარეულოში სისუფთავე დაცულია. მას ესაჭიროება რემონტი და ახალი ინვენტარით აღჭურვა. შემონმდა ასევე სამზარეულოს საწყობები. მათ აქვს ფანჯრები, თუმცა ზოგი-ერთს არ აქვს მინები. განათება არის როგორც ბუნებრივი, ასევე ხელოვნური. დერეფანშ ვენტილაციისთვის თვითგამწოვი მილებია. საწყობების ზოგადი მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი — ესაჭიროება რე-მონტი და საჭირო ინვენტარით აღჭურვა.

ბიბლიოთეკა მდებარეობს ადმინისტრაციის შენობაში და შეიქმნა 2008 წელს. წიგნები გამოყო რაიონის გამ-გეობამ სკოლებიდან. აგრეთვე, თანამშრომლებს მიაქვთ სახლებიდან. ბიბლიოთეკა გახსნის შემდეგ არ განახ-ლებულა. თანამშრომლებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ თვის განმავლობაში გადის დაახლოებით 20 წიგნი (ძირითადად მე—9, სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილებაში) და ძირითადი მოთხოვნა არის ისტორიული და დეტექტიური ჟანრის წიგნებზე, ასევე — რომანებზე. ამ დროისათვის წიგნების ზუსტი რაოდენობა არ არის აღრიცხული.

კლინიკურ განყოფილებებში პალატები ზოგადად გადატვირთულია. ზოგიერთ პალატაში 6, ხოლო ზო-გიერთში 18 საწოლიც კი დგას. არის პალატები, რომელთაც აქვს რკინის გისოსებიანი კარები. ასევე არსებობს პალატები, რომელთაც კარი საერთოდ არ აქვს.

ლოგინების და სხვა ინვენტარის (რომელიც ძალიან მწირია) მდგომარეობა არასახარბიელოა. პალატებში სიცივეა. ისინი სარემონტოა, თუმცა აქვს მეტალოპლასტიკის ფანჯრები (ახალი დამონტაჟებული). განყო-ფილებებში არ არის ცენტრალური გათბობა და ვენტილაცია. უმეტეს შემთხვევაში გაურკვეველია თუ რამდენ საწოლზეა განყოფილება გაშლილი.

განყოფილებებში არის საიზოლაციო—სადამკვირვებლო პალატები, რომლებშიც არის ერთი ლოგინი და სკამი. პალატებს აქვს ფანჯრები. განათება შერეულია — ხელოვნური, რომელიც არასკმარისია (ასევე მონი-ტორინგის დროს ზოგან არ იყო ნათურები) და ბუნებრივი. ცენტრალური გათბობა და ვენტილაცია არ არის.

ახლობელ—ნათესავებთან შეხვედრებისთვის გამოყოფილია სივრცე, სადაც დგას მაგიდა და სკამი.

ტელევიზორის საყურებლად იყენებენ სასადილო ოთახებს. ზოგიერთ შემთხვევაში ტელევიზორები პაციენ-ტების პალატებშიც გვხვდება.

საჩივრის ყუთები განყოფილებების უმრავლესობაში არის და როგორც წესი, ჩამოკიდებულია პალატების გარეთ, პერსონალის ოთახების დერეფანში, რომელზეც პაციენტებს ხელი იშვიათად მიუწვდებათ.

მოსაწევი ოთახები არ არის.

სიცივის გამო პაციენტები დროის უმეტეს ნაწილს საწოლში ატარებენ. პაციენტებს არა აქვთ პირადი სივრცე. განმარტოების საშუალება ფაქტიურად არ არის. სიგარეტს დერეფნებში და პალატებშიც ეწევიან.

ზოგან პალატებში ფანჯრები საერთოდ არ იღება.

პაციენტების უმეტესობას არ აქვს პირადი ჰიგიენის საშუალებები — პირსახოცი და საპონი (აძლევენ აბაზა-ნის მიღებისას), ასევე კბილის ჯაგრისი, კბილის პასტა, ტუალეტის ქაღალდი (აძლევენ არასაკმარისი რაოდე-ნობით). რამდენიმე პაციენტმა განაცხადა, რომ სისტემატურად უწევთ პერსონალისთვის თხოვნით მიმართვა

ჰიგიენური საშუალებების მისაღებად. ნიშანდობლივია, რომ თითქმის არცერთ პაციენტს სტაციონირების შემ-დეგ სარკეში არ ჩაუხედავს.

ტუალეტები თითქმის ყველგან გამყოფი კედლის გარეშეა. საპირფარეშოში ჩასარეცხ წყალს ეზიდებიან გვერდით ონკანიანი ოთახიდან. ამასთან, ერთ—ერთ განყოფილებაში საპირფარეშო ხშირად იჭედება და კა-ნალიზაციის შიგთავსი გადმოდის იატაკზე, დგება საშინელი სუნი. სანიტრები სისტემატურად რეცხავენ. ყოვე-ლივე ამის გამო მუდმივად სველია საპირფარეშოს ირგვლივ მიდამო. შედეგად, პაციენტებს ფეხი უსველდებათ, სცივათ, ექმნებათ დისკომფორტი.

აბაზანა პაციენტებს კვირაში ერთხელ აქვთ. დასაბანად შეჰყავთ 5-7 ადამიანი. სააბაზანო ღრუბლები საერ-თოა ყველა პაციენტისათვის.

პაციენტებს ტანსაცმელები არ ჰყოფნით, არ აქვთ სეზონის შესაფერისი გამოსაცვლელები. დიასახლისს აქვს ძირითადად არასეზონური ტანსაცმელი, ამასთან ფეხსაცმელების დეფიციტია.

ქალთა ქრონიკულ განყოფილებაში (პირველ სართულზე დაბინავებულია 78 პაციენტი) პაციენტებმა აღნიშნეს, რომ პალატაში არიან მღრღნელები (თუმცა პერსონალს არაერთხელ მიუღია სათანადო ზომები).

ერთ—ერთ განყოფილებაში დერეფნის ბოლოს არის ერთი პალატა, სადაც დგას 16 საწოლი და განთავსებუ-ლია 2 პაციენტი, ნახევრად შიშვლები, დეგრადაციული ქცევებით.

განყოფილებებში ზოგან არის ეტლები ფიზიკურად შეზღუდული პაციენტისათვის.

პერსონალს, დაცვას და პაციენტებს შორის არაკეთილგანწყობითი დამოკიდებულებაა.

ახალგაზრდა, შენახული პაციენტების და ხანდაზმული, მძიმე ფსიქიკურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი-ბის წლების მანძილზე ერთად ყოფნა ხელს უშლის ზოგადად იმ თერაპიული გარემოს შექმნას, რაც მნიშვნელო-ვანია არა მხოლოდ პაციენტებისათვის, არამედ პერსონალისთვისაც.

სასადილო სივრცე გამოყოფილია განყოფილებების დერეფნებში. აღჭურვილია მაგიდით და სკამებით. სას-ადილოს აქვს ფანჯრები. განათება ბუნებრივი და ხელოვნურია. სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა და-მაკმაყოფილებელია, თუმცა ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება და ინვენტარის განახლება.

სამზარეულოები მდებარეობს განყოფილებებში და იზოლირებულია დერეფნისგან კედლით და კარებით. სამზარეულოში არის ონკანი. მოპირკეთებულია ძველი კაფელით და მეტლახით. ისინი აღჭურვილია კარადებით, მაგიდებით და ჭიქების დასაკიდი რკინის თაროებით. სამზარეულოს აქვს ფანჯრები. გათბობა—ვენტილაცია ცენტრალურად არ ხდება. სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება და ინვენტარის განახლება.

განყოფილებებს აქვს ტუალეტები (თურქული ტიპის). რიგ შემთხვევებში, ფანჯრებს მინები არ აქვს და ტუ-ალეტებში სიცივეა. ზოგადად, მათი სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. პირსაბანები მოძველე-ბულია და საჭიროებს შეკეთებას.

სააბაზანოებში წყლის ელექტროგამაცხელებლებია, ყველა საშხაპე არ ფუნქციონირებს. სააბაზანოში არის სკამები და ზოგან ინვალიდის ეტლიც. გათბობა და ვენტილაცია არ არის. იატაკი მოპირკეთებულია ძველი მო-ზაიკით, კედლები — კაფელით. სააბაზანო ოთახების სანიტარულ—ჰიგიენური მდგომარეობა არის ძალიან ცუდი. საჭიროებს რემონტს.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს **ტუბერკულოზით დაავადებული** ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა განყოფილებაში არსებული პირობები. ამ განყოფილებაშიც ინვენტარი მწირი და მოძველებულია, სანიტარული კვანძების მდგომარეობა კრიტიკულია, გათბობა არასაკმარისია და ვენტილაციის სისტემა არ ფუნქციონირებს.

საყურადღებოა, ასევე, **სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილება**ც. აღნიშნული განყოფილება სხვა განყოფილებებისგან გამოყოფილია რკინა—ბეტონის ლობით. განყოფილებას აქვს თავისი ეზო, სადაც გა-კეთებულია რკინის კონსტრუქციით იზოლირებული სასეირნო ეზო, გადახურული რკინის ბადისებრი შეკვრით. ეზოში დაგებულია ასფალტი, დამონტაჟებულია კალათბურთის ფარი, აგრეთვე — მაგიდა. სკამები არ არის. გასეირნება, პაციენტთა გადმოცემით, ხდება ორ დღეში ერთხელ (ცივი ამინდების დროს). განყოფილებას აქვს ცალკე გამშვები პუნქტი.

განყოფილება მდებარეობს შენობის ორ სართულზე და პირობითად იყოფა 2 განყოფილებად. განყოფილე-ბებს ცენტრალური გათბობის და ვენტილაციის სისტემა არ აქვს და გათბობა ხდება ელექტროგამათბობლების საშუალებით — თითო პალატაში თითო გამათბობელია.

ყველა პალატას აქვს იზოლირებული საპირფარეშო პირსაბანი ონკანებით. დაგებულია მეტლახი და კაფელი. თითქმის ყველა პალატაში არსებულ საპირფარეშოში დაზიანებულია წყალგაყვანილობის სისტემა და ონკანებს გასდის წყალი. საპირფარეშოებში არის ხელოვნური განათება. განყოფილების პირველის სართულის ყველა პალატაში ნესტისგან დაზიანებულია კედლები, ჩამოყრილია ბათქაში და ესაჭიროება გარემონტება. ნესტის-

გან ზოგან დაზიანებულია იატაკი. გათბობა ხდება ელექტროგამათბობლების საშუალებით — თითო პალატაში თითო გამათბობელი. ყველა პალატაში დგას ტუმბოები. პაციენტებს თავიანთი სურვილით შეუძლიათ პალატაში ჰქონდეთ ტელევიზორები (ოჯახებიდან) და რადიომიმღებები. რამდენიმე პალატაში თეთრეული იყო ძალიან დაბინძურებული. ყველა პალატას აქვს ფანჯრები. ზოგადი მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია. მიუხედავად იმისა, რომ განყოფილებაში სარემონტო სამუშაოები ჩატარებულია არცთუ ისე დიდი ხნის წინ, განყოფილებას ესაჭიროება რემონტი და წყალგაყვანილობის სისტემის საფუძვლიანი შეკეთება. განყოფილებაში მდებერსონალთან ერთად მორიგეობს დაცვის სამსახური (შპს „კასკადი“), რომელიც დომინირებს პაციენტებთან ურთიერთობაში მდებერსონალთან შედარებით. განყოფილებაში არ არიან სანიტრები და მათ ფუნქციებს ითავსებს დაცვის სამსახური. ყველა პალატას აქვს რკინის კარი.

დამამცირებელი მოპყრობა

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ საჩივრები არ მიუღია. გამოკითხულ პაციენტთა დიდი ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია.

ძლიერი ალგზნების დროს გამოიყენება ფიქსაცია და ფარმაკოლოგიური ჩარევა. ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენებისას ზოგჯერ ადგილი აქვს ძალის გადამეტებას. ასევე პაციენტები მიუთითებენ, რომ ხშირად ფიზიკური შეზღუდვის პროცესში დაცვის თანამშრომლები მონაწილეობენ. გამოვლინდა შემთხვევები, როდესაც ქალთა განყოფილებაში ფიზიკური შეზღუდვის პროცესში „დახმარების“ მიზნით მამაკაცთა განყოფილების დაბალი სამედიცინო პერსონალი ერთვება (ძირითადად მამაკაცები მოდიან დასახმარებლად), რაც პაციენტებისთვის დამამცირებელია და მათში შიშს იწვევს. გადანყვეტილებას შეზღუდვის შესახებ იღებს ექიმი. ფიზიკური შეზღუდვების რეგისტრაცია არასრულყოფილია.

საშუალო და დაბალ მდებერსონალს სპეციალური სწავლება ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურის შესახებ არ გაუვლია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული პერსონალის ნაწილი (საშუალო და დაბალი მდებერსონალი) წინა წლებთან შედარებით უკეთ არის ინფორმირებული ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ.

პაციენტები ხშირად ფიზიკურ შეზღუდვას ან/და ფარმაკოლოგიურ ჩარევას ძლიერი აგზნების შემთხვევაში, აღიქვამენ, როგორც სასჯელს. ასეთ შემთხვევაში მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა. ეს გააუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

დანესებულებაში გამოვლინდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც პაციენტები დანესებულების სასარგებლოდ მუშაობენ და დაბალი მდებერსონალის მოვალეობაში არსებულ სამუშაოს ასრულებენ.

მონიტორინგის ჯგუფმა გამოავლინა შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს სამედიცინო მანიპულაციები სხვების თანდასწრებით უტარდებათ, მაშინ, როდესაც ამ მიზნით ცალკე ოთახი არის გამოყოფილი.

მკურნალობისა და მოვლის პირობები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში ფსიქიატრიული დახმარება პაციენტთა უმრავლესობისთვის მხოლოდ ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. ყველაზე მეტი პაციენტი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროცესში ჩართულია მამაკაცთა მე-8-ე განყოფილებიდან. 88 პაციენტიდან 15-18 პაციენტი. დანესებულების მასშტაბით პაციენტთა ჩართულობა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სხვადასხვა პროგრამაში არაუმეტეს 10%—ს შეადგენს. აღნიშნული მაჩვენებელი წინა წლებთან შედარებით (3—5%) გაზრდილია, თუმცა ასეთი სერვისები გაცილებით მეტ პაციენტს ესაჭიროება.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში. ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია, თუმცა ახალი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ნაკლებად გამოიყენება.

მონიტორინგის ჯგუფის ექიმ—ფსიქიატრების დაკვირვებით პაციენტებზე და მათ სამკურნალო დანიშნულებაზე ფარმაკოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დანესებულებას მიღებული აქვს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი). გამოკითხული პერსონალი მიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევების გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

დანესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტ/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის

პროცესი გახადა მეტად ორიენტირებული პაციენტის განერაზე. მეორეს მხრივ ჰოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უწყობს განერილი პაციენტების სწრაფ დაბრუნებას სტაციონარში.

პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული სტატისტიკური შეფარდება (1/3) ამ ეტაპზე მისაღებია, თუმცა იმ განყოფილებებში სადაც პაციენტები ხანგრძლივად არიან სტაციონირებული საშუალო და დაბალი მდებერსონალის სიმცირე შესამჩნევია. ასევე არასაკმარისია კლინიკური ფსიქოლოგების, ფსიქოთერაპევტების და ოკუპაციური თერაპევტების რაოდენობა, რომლებიც პაციენტის მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილენი უნდა იყვნენ.

მონიტორინგის ჯგუფის დაკვირვებით, სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილებაში მკურნალობის პროცესი უსაფრთხოების დაცვის მოტივით უკანა პლანზე გადატანილი. განყოფილებაში პერსონალთან შედარებით დომინირებს უსაფრთხოების დაცვის სამსახური. პაციენტები აღნიშნავენ, რომ ექიმი მათთან ინდივიდუალურ მუშაობას მიზერულ დროს უთმობს. არ გამოიყენება პაციენტთა მკურნალობის პროცესში რეციდივის რისკის შეფასების მეთოდოლოგია, რაც თანამედროვე სასამართლო ფსიქიატრიის სფეროში აუცილებელია მკურნალობის შედეგების შეფასებისთვის.

პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ერთი ჩვეულებრივი დღე დანესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა შეზღუდულია. პაციენტები არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობებით შენობის გარეთ.

წინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დანესებულებას თერაპევტები და ქირურგები ჰყავს (კონსულტანტები) დაქირავებული, სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადექვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით.

დანესებულებაში დაარსდა სტომატოლოგიური კაბინეტი. გამოკითხული პაციენტები მიუთითებენ, რომ სტომატოლოგიური დახმარება ძირითადად კბილის ექსტრაქციით შემოიფარგლება.

პაციენტებს რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა უტარდებათ დანესებულებაში მოთავსებისას. შემდგომში ასეთი კვლევის განმეორება ექიმების გადანყვეტილებაზე დამოკიდებული.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დანესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევაში წარმოებული დოკუმენტაცია. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასაადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

ნიშანდობლივია, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დანესებულება. კლინიკურ განყოფილებებში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს გარესამყაროსგან ჩაკეტილი კარი ამოვრებით.

ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ გარემო რიგ განყოფილებებში არათერაპიულია და პაციენტებისთვის მადეგრადირებელია — ისინი კარგავენ ელემენტარულ უნარ—ჩვევებსაც, რომლებიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის არის აუცილებელი.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური საკითხები

პაციენტთა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ისინი არ არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ. ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფები პაციენტები არ არიან ინფორმირებული ელემენტარული უფლების შესახებ — რომ სურვილისამებრ შეუძლიათ დატოვონ დანესებულება.

სტაციონირებისას ინფორმირებული თანხმობის ჩამორთმევა უმეტესად ფორმალურ ხასიათს ატარებს.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია ობიექტური პრობლემა, რომელიც დანესებულებაში დომინირებს: სოციალური სირთულეების გამო 200—ზე მეტი პაციენტი წლობით რჩება სტაციონარში. ისინი ითხოვენ განერას, თუმცა პრობლემა ის არის, რომ „გასანერ“ პაციენტებს ან თავშესაფარი არ აქვთ, ან ნათესავები უარს აცხადებენ მათ მიღებაზე და მათი შემოსავლებიც არ იძლევა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ასეთი პაციენტები იმყოფებიან უკიდურესად დამთრგუნველ გარემოში. არსებული ყოველდღიური რეჟიმი, მედიკამენტები, სხვა პაციენტები, ერთფეროვანი გარემო, ფსიქოსოციალური სერვისების დეფიციტი, რეკრეაციული ღონისძიებების სიმწირე იწვევს მათ დეგრადაციას და მკურნალობის შედეგებს კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს.

არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ნათესავები წერილობით უარს აცხადებენ მათ ნაყვანაზე. ადმინისტრაციამ არ იცის რა უყოს ასეთ პაციენტებს. მათი ქუჩაში დატოვება შეუძლებელია, ამიტომ ასეთი პაციენტები სტაციონარში აგრძელებენ ცხოვრებას.

სოციალური მუშაკები აქტიურად მუშაობენ პაციენტთა სახლებში დასაბრუნებლად, უკავშირდებიან ოჯახის წევრებს ტელეფონით, ან მიდიან სახლებში. რიგ შემთხვევებში სიტუაციაში გარკვევის შემდეგ მიჰყავთ პაციენტი ბინაზე. პაციენტებთან განერის მერეც აქვთ კონტაქტი.

ახლობლები პაციენტებს იშვიათად აკითხავენ. სოც. მუშაკების გადმოცემით მიზეზი სხვადასხვაა (შორი ადგილმდებარეობა, გზის ფულის არქონა და სხვა). პაციენტის და მისი ახლობლების შესახვედრად გამოყოფილი სივრცე არაკომფორტულია და არ არის აღჭურვილი სათანადო ინვენტარით.

ტელეფონის აპარატი, გამონაკლისების გარდა, განყოფილებებში არ არის. პაციენტები პერსონალს სთხოვენ დარეკვას. პერსონალი შენუხებულია, რადგან უარის თქმის ერიდება და პაციენტიც ეცოდება.

მეურვეების მხრიდან პაციენტზე ზრუნვას სოც. მუშაკები აკონტროლებენ. მათი მუშაობის შედეგად 17 პაციენტის ქმედუუნარობის დადგენის მიზნით სტაციონარმა მიმართა სასამართლოს. ყველა მათგანი ცნობილ იქნა ქმედუუნაროდ და დაენიშნა მეურვე.

პაციენტებს ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვთ უფლებადაცვით მექანიზმებზე დაწესებულების შიგნით თუ გარეთ. არ იციან ვის უნდა მიმართონ საჩივრით, რა პროცედურაა საჩივრის განხილვისთვის და სხვა. მონიტორინგის მონაცემებით, იმ პაციენტთა დიდ ნაწილს, რომელიც არანებაყოფლობით არის სტაციონირებული და არ ეთანხმება ამ გადაწყვეტილებას, ხელი არ მიუწვდება იურიდიულ დახმარებაზე.

სოციალურმა მუშაკებმა ბოლო 2 წლის განმავლობაში სტაციონარში მყოფ 190—ზე მეტ პაციენტს აღუდგინეს პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.

პაციენტების უმრავლესობა არ იღებს პენსიას, მიიჩნევს, რომ ენახება. ნაწილმა არც იცის, პენსია აქვს, თუ არა, ნაწილისას ნათესავი (აქვს პლასტიკური ბარათი და იცის კოდი) ან მეურვე იღებს.

ბოლომდე გაურკვეველია სტაციონარში ხანგრძლივ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა პენსიების საკითხი. სოც. მუშაკებმა აღნიშნეს რამდენიმე შემთხვევა, როცა პაციენტს შეუწყდა პენსიის მიწოდება იმ მიზეზით, რომ ისინი სახელმწიფო კმაყოფაზე არიან. ეს საკითხი არასათანადოდ არის რეგულირებული.

პაციენტები შვებულებებით იშვიათად სარგებლობენ.

საჭიროა სოც. მუშაკის ჩართულობა პაციენტთა შვებულებების დაგეგმვის, განხორციელების საქმეში, ასევე, პაციენტისათვის შვებულების პოზიტიური როლის გაანალიზება ოჯახის წევრის, მეურვის მიერ. უსაფრთხოების სამსახური მიღებისას ატყობინებს სოც. მუშაკებს მნახველის ვიზიტის შესახებ, რაც პოზიტიური ფაქტია, რადგან სოც. მუშაკს ეძლევა იმის საშუალება, რომ გაეცნოს ახლობელს და დაეხმაროს პაციენტს კავშირების შენარჩუნებაში.

რეკომენდაციები შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ დირექტორს:

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, გარემონტდეს სანიტარული კვანძები, განიტვირთოს განყოფილებები და ის პალატები სადაც პაციენტთა რაოდენობა ჭარბია. გარემონტდეს პალატები და აღიჭურვოს საჭირო ინვენტარით.

სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილებაში დასრულდეს დაგეგმილი განყოფილებების მშენებლობა და აღჭურვა (სახელოსნო, სპორტული დარბაზი და სხვა).

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის სათანადო გათბობის პირობები.

პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე.

მოხდეს პაციენტების უკეთ უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და საშუალებებით.

გამიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის, ვინც საჭიროებს კლინიკურ მომსახურებას და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და დამხმარე სერვისებს. საჭიროა შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო—სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილის გაზრდა, ფსიქოსოციალური აქტივობების დანერგვა და მათი წილის გაზრდა რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ—ჩვევები.

მოხდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაციული აქტივობების წილის გაზრდა, სეირნობის უფლების უკეთ რეალიზება, ალტერნატიული თერაპიების და ბიბლიოთეკის რესურსის მეტად გამოყენება.

სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

საჭიროა სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილებაში გაძლიერდეს სამედიცინო პერსონალის და მკურნალობის როლი.

მოხდეს პერსონალის გადამზადება და უკეთ ინფორმირება ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების, მათი გამოყენების მიზნების და რეგისტრაციის პრაქტიკულ საკითხებზე.

აღიკვეთოს სხვა პაციენტების თანდასწრებით სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარება პაციენტის თანხმობის გარეშე.

მიიღებულ იქნას ზომები, რათა სასამართლო ფსიქიატრიის განყოფილება მოემზადოს პენიტენციური სისტემიდან მიღებული პაციენტების მოვლისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად — გადამზადდეს პერსონალი, შემუშავდეს ინსტრუქციები და სხვა.

მოხდეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა კონვერტი, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ.

მოხდეს შიდა საჩივრების მექანიზმის სრულყოფა — დაწესებულებამ ცხადად უნდა განსაზღვროს, ვის მიმართავს პაციენტი საჩივრით, როგორ განიხილება საჩივარი, როგორ იღებს პასუხს პაციენტი გასაჩივრების შედეგებზე.

უპრიანი იქნებოდა დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან ჩამოთვლილი რეკომენდაციების განხილვა დაწესებულების თანამშრომლებთან.

ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო

ზოგადი ინფორმაცია დაწესებულების შესახებ

შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“ მდებარეობს ქ.ბათუმში, ხელვაჩაურის დაბა კახაბერში. დაწესებულების ტერიტორია მოიცავს 28237 კვ.მ.—ს.

დაწესებულება აშენებულია 1971 წელს. დაწესებულება ამჟამად მოიცავს 3 შენობა—ნაგებობას, რომლებშიც შედის კლინიკური და ადმინისტრაციული კორპუსები. დაწესებულებაში განთავსებულია რეაბილიტაციის ცენტრი, რომელსაც შრომათერაპიის სამექრო აქვს.

ბოლო სარემონტო სამუშაოები ჩატარდა 2009 წელს.

დაწესებულება განსაზღვრულია 110 სტაციონარულ საწოლზე. მოცემული მომენტისთვის სტაციონირებულია 93 პაციენტი, აქედან 39 ქალი და 54 მამაკაცი.

30—მდე პაციენტი წელიწადზე მეტია უწყვეტად იმყოფება დაწესებულებაში.

დაწესებულება ფინანსდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტიდან, ჯანდაცვის და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ „ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში.

დაწესებულების პერსონალის საერთო რაოდენობა შეადგენს 118—ს, აქედან 8 ფსიქიატრია, 1 ფსიქოლოგი, 26 ექთანი, 46 სანიტარი, 1 თერაპევტი (კონსულტანტი), 1 ნევროპათოლოგი (კონსულტანტი) და ასევე დამხმარე პერსონალი.

ფსიქიატრის საშუალო ხელფასი დაწესებულებაში 450 ლარს შეადგენს, საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის — 150 ლარს, დაწესებულების დირექტორის კი — 1300 ლარს.

დაწესებულების დაფინანსება 2009 წლისათვის შეადგენდა 529,632 ლარს.

პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობები

ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო 3 კლინიკური განყოფილებისგან შედგება — მიმღები, ქალთა და მამაკაცთა განყოფილებები. ქალთა და მამაკაცთა განყოფილებები, თავის მხრივ, დაყოფილია 2 განყოფილებად — გრძელვადიანი და მოკლევადიანი სტაციონირებისთვის.

დაწესებულებას აქვს დიდი გამწვანებული ეზო, სადაც დამონტაჟებულია გადახურული მაგიდები და სკამები. ეზოშივეა ყვავილების ბაღი, რომელსაც თავიანთი სურვილით უვლიან პაციენტები.

მიმღები განყოფილების ფუნქციას ასრულებს ოთახი, სადაც დგას სამედიცინო ტახტი. მიღებისას პაციენტთა ჰიგიენური „დამუშავება“ ხდება განყოფილებების სააბაზანოებში.

შეხვედრების ოთახი მამაკაცთა განყოფილებას აქვს ცალკე (დეტალურად იხ. ქვემოთ), ხოლო ქალთა განყოფილებაში შეხვედრები ხდება დერეფანში.

პერსონალის განცხადებით პაციენტთა საიზოლაციო/სადამკვირვებლო პალატა არ არსებობს და ფიზიკური შეზღუდვისთვის ჩვეულებრივ პალატებს იყენებენ, მაგრამ განყოფილებებში მონიტორინგის ჯგუფმა ნახა პალატები, რომელთაც გისოსებიანი კარები და საკეტები აქვს სხვა პალატებისგან განსხვავებით და რომლებშიც ახდენენ აღგზნებული პაციენტების დროებით იზოლირებას. ამგვარი პალატები მცირე ზომისაა და არანაირი ავეჯი არ გააჩნია.

სამრეცხაო მდებარეობს დაწესებულების ეზოში განცალკევებულ ნაგებობაში. აღჭურვილია სამი სარეცხი მანქანით (მოძველებული). სამრეცხაო აღჭურვილია ერთი სანური დანადგარით, ერთი საუთოო დანადგარით და სადეზინფექციო კამერით. ცენტრალური გათბობა და ვენტილაცია არ არის. წყალი ცხელდება სპეციალურ ავზში, სადაც დამონტაჟებულია „თერმექსი“. საშრობად იყენებენ სამრეცხაოში არსებულ ოთხ ოთახს, რომლებსაც ფანჯრებზე არ აქვს მინები. სამრეცხაოს ესაჭიროება სარემონტო სამუშაოების ჩატარება და ინვენტარით აღჭურვა.

სამზარეულოს მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. კვების პირობებით პაციენტები კმაყოფილნი არიან. კვება არის ოთხჯერადი. სამზარეულოში დამონტაჟებულია ონკანები, დგას მაგიდები, რკინის თაროები. არის ჭურჭლის სამრეცხაო წყლის გამათბობლით. სამზარეულოდან განყოფილებებში საკვების გადატანა ხდება რკინის ვედროებით.

ამავდროულად შემოწმდა დაწესებულებაში პროდუქტების შესანახი საწყობი სათავსოებით, რომელიც განთავსებულია სამზარეულოს გვერდით. სულ არის ორი სათავსო. ერთ სათავსოში ინახება ბოსტნეული, ბურღულეული, მარილი, პური, ფუნთუშები. ყველა პროდუქტს აქვს ცალკე თარო. აქვე დგას მაცივარი, სადაც ინახ-

ება კარაქი და თევზი. მეორე სათავსოში გამოყოფილია ხორცის დასამუშავებელი პატარა ადგილი და იქვე დგას პატარა მაცივარი ხორცის შესანახად. ვენტილაცია და გათბობა ცენტრალიზებული არ არის. ადმინისტრაციულ კორპუსშივე მეორე სართულზე არის თეთრეულის, ლეიბების და სხვა ინვენტარის შესანახი დიდი ოთახი.

საჩივრის ყუთები განთავსებულია განყოფილებებში ხელმისაწვდომ ადგილზე და იკეტება ბოქლომით.

ბიბლიოთეკა საავადმყოფოს არ აქვს.

კლინიკურ განყოფილებებში ზოგიერთი პალატა გადატვირთულია, თუმცა გადატვირთულობა სისტემურ ხასიათს არ ატარებს. ზოგიერთ პალატაში (30 კვ.მ) 8 საწოლი დგას. არის პალატები, რომელთაც აქვს რკინის გისოსებიანი კარებები.

სასადილო ოთახების მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ინვენტარი ნორმალურ მდგომარეობაშია.

დიდი განსხვავებაა მოკლევადიანი და ხანგრძლივი სტაციონირებისთვის განკუთვნილ ქვეგანყოფილებებს შორის.

მოკლევადიანი სტაციონირებისთვის განკუთვნილ ქვეგანყოფილებაში არის აუტანელი სუნი. პალატები თბება ნახერხის ღუმელით, რომელიც დერეფანშია. ამის გამო დერეფანში კვამლია. განყოფილებებს ცენტრალური ვენტილაცია არ აქვს. პაციენტები თავმოყრილნი არიან ღუმელის გარშემო. 12 საათის მერე გათბობა (ნახერხის ღუმელები) ითიშება და დილის 8 საათამდე გამორთულია. ამის გამო ღამით განყოფილებებში ცივა.

პალატებში დგას რკინის მარტივი საწოლები. თეთრეული, ლეიბები და ბალიშები არსახარბიელო მდგომარეობაშია, თუმცა, პერსონალის და პაციენტების თქმით, რეგულარულად იცვლება. სამი პალატის გარდა, რომლებსაც აქვს რკინის გისოსიანი კარი, არცერთ პალატას არ აქვს კარები. პალატებში ფანჯრებს არ აქვს ფარდები. პაციენტებს არ აქვთ პირადი ნივთების შესანახი ადგილი, პირადი კუთხე, არ აქვთ სკამები.

შედარებით უკეთ გამოყურება გრძელვადიანი სტაციონირებისთვის განკუთვნილი ქვეგანყოფილებები. პაციენტებს აქვთ შეხვედრების ოთახი ტელევიზორით და მაგიდა—სკამებით. ფანჯრებს აქვს ფარდები. პალატებს აქვს კარები. განიავების პირობები უკეთესია. ამ განყოფილებაში პაციენტები უყურებენ ტელევიზორს, თამაშობენ მაგიდის თამაშებს, კითხულობენ ჟურნალ-გაზეთებს.

ზოგადად პაციენტების უმეტესობას არ აქვს პირადი ჰიგიენის ნივთები — კბილის ჯაგრისები და პასტები, ტუალეტის ქაღალდი. გამოკითხვის შედეგების მიხედვით, სტაციონირების შემდეგ სარკეში არავის ჩაუხედავს!

სააბაზანოები სარემონტოა. აღჭურვილია წყლის ელექტროგამაცხელებლით. აბანოში ორივე განყოფილებაში პაციენტებს ქალბატონი ემსახურება, რაც გარკვეული დისკომფორტია მამაკაცების ნაწილისათვის. ტანის დასაბანი 1-2 ღრუბელი საერთოა ყველა პაციენტისათვის. აბაზანის მიღება შესაძლებელია ყოველდღე.

საპირფარეშო სუფთა, ნახევრად იზოლირებული, თურქული ტიპისაა (რაც გარკვეულ პრობლემას შეიძლება უქმნიდეს პაციენტს, რომელსაც საყრდენ მამოძრავებელი სისტემის პრობლემები აქვს) საერთო კარით. მოკლევადიანი სტაციონირების ქვეგანყოფილებაში ტუალეტები ხელსაბანების გარეშეა.

დამამცირებელი მოპყრობა

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ საჩივრები არ მიუღია.

დაწესებულებაში ძლიერი ალგზნების დროს გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვა და ფარმაცოლოგიური ჩარევა. ფიზიკური შეზღუდვისას საიზოლაციო ოთახების გამოყენებას პერსონალი უარყოფს, თუმცა მონიტორინგის ჯგუფმა აღმოაჩინა, რომ იმ განყოფილებებში, სადაც მოკლევადიანი სტაციონირება ხორციელდება და ალგზნების შედეგად გამოწვეული კრიზისების აღბათობა მეტია, არსებობს გისოსიანი კარებით აღჭურვილი პალატები, რომლებიც ბოქლობით იკეტება. ასევე არასრულყოფილია ფიზიკური შეზღუდვების რეგისტრაციის პროცესი.

საშუალო და დაბალ მდპერსონალს სპეციალური სწავლება ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურის შესახებ არ გაუვლია.

გამოკითხვამ ცხადყო, რომ პაციენტები ხშირად ფიზიკურ შეზღუდვას ან/და ფარმაცოლოგიურ ჩარევას ძლიერი ალგზნების შემთხვევაში აღიქვამენ როგორც სასჯელს. ასეთ შემთხვევაში მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა. ეს გააუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

საყურადღებოა, რომ მოკლევადიანი სტაციონირებისთვის განკუთვნილ განყოფილებებში პაციენტებს არ აქვთ შექმნილი სათანადო ჰიგიენური პირობები.

მკურნალობისა და მოვლის პირობები

ფსიქონევროლოგიურ საავადმყოფოში ფსიქიატრიული დახმარება მხოლოდ ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. მიუხედავად იმისა, რომ ალტერნატიული თერაპიისთვის სახელოსნო და გარემო მოწყობილია უკვე წელიწადზე მეტია, დაფინანსების პრობლემების გამო რეაბილიტაციური პროგრამა შეჩერებულია.

მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია და ფსიქოლოგიური დახმარება არ არის კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში. ფსიქოლოგი ჩართულია მხოლოდ ფსიქოდიაგნოსტიკაში.

დანესებულება ფსიქოტროპული მედიკამენტებით საკმარისად მარაგდება — განსხვავებით სხვა სტაციონარებისა აქ მკურნალობის პროცესში უფრო ფართოდ იყენებენ პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატებს (ე.წ. დეპო პრეპარატებს).

მონიტორინგის ჯგუფის ექიმ—ფსიქიატრების დაკვირვებით პაციენტებზე და მათ სამკურნალო დანიშნულებაზე ფარმაკოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დანესებულებას მიღებული აქვს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი (გაიდლაინი). გამოკითხული პერსონალი მიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებელია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევის გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

დანესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტ/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის პროცესი გახდა მეტად ორიენტირებული პაციენტის განერაზე. მეორეს მხრივ ჰოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უწყობს განერილი პაციენტების სწრაფ დაბრუნებას სტაციონარში.

პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული სტატისტიკური შეფარდება (2/1) ამ ეტაპზე მისაღებია.

პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ერთი ჩვეულებრივი დღე დანესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა სეზონურად შეზღუდულია. პაციენტები არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობებით შენობის გარეთ.

ნინა წლებთან (2006—07—08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა — სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარება არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით.

დანესებულებაში დაარსდა სტომატოლოგიური კაბინეტი. სტომატოლოგს უსასყიდლოდ ეთმობა ფართი სტაციონარში კერძო პრაქტიკისთვის, რის სანაცვლოდაც ის სთავაზობს სტაციონარს პაციენტებისათვის მომახურების გარკვეულ პაკეტს, რომელშიც შედის გადაუდებელი და გეგმიური (მათ შორის, პროტეზირება) სტომატოლოგიური მომსახურება.

პაციენტებს რუტინული სამედიცინო გამოკვლევა უტარდებათ დანესებულებაში მოთავსებისას. შემდგომში ასეთი კვლევის განმეორება ექიმების გადანყვეტილებაზეა დამოკიდებული.

აქაც ისევე, როგორც სხვა დანესებულებებში, განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დანესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევაში წარმოებული დოკუმენტაცია. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დანესებულება. კლინიკურ განყოფილებებში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს გარე სამყაროსგან ჩაკეტილი კარი აშორებთ.

ზოგადი შეფასების მიზნით შეიძლება ითქვას, რომ გარემო რიგ განყოფილებებში არათერაპიულია და პაციენტებისთვის მადეგრადირებელია — ისინი კარგავენ ელემენტარულ უნარ—ჩვევებსაც კი რომლებიც დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის არის აუცილებელი.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური სირთულეები

დანესებულებაში მოთავსებული პაციენტები არ არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ. ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფმა პაციენტებმა არ იციან ელემენტარული უფლების შესახებ — რომ სურვილისამებრ შეუძლიათ დატოვონ დანესებულება. ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელმოწერა ფორმალურ

ხასიათს ატარებს.

აქაც, როგორც სხვა დანესებულებებში, სტაციონირებისას ინფორმირებული თანხმობის ჩამორთმევა უმეტესად ფორმალურ ხასიათს ატარებს.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია ობიექტური პრობლემა, რომელიც დანესებულებაში დომინირებს: სოციალური სირთულეების გამო 30—ზე მეტი პაციენტი წლობით რჩება სტაციონარში. ისინი ითხოვენ განერას, თუმცა პრობლემა ის არის, რომ „გასანერ“ პაციენტებს ან თავშესაფარი არ აქვთ, ან ნათესავები უარს აცხადებენ მათ მიღებაზე და მათი შემოსავლებიც არ იძლევა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ასეთი პაციენტები იმყოფებიან უკიდურესად დამორჩილებულ გარემოში. არსებული ყოველდღიური რეჟიმი, მედიკამენტები, სხვა პაციენტები, ერთფეროვანი გარემო, ფსიქოსოციალური სერვისების დეფიციტი, რეკრეაციული ღონისძიებების სიმწირე ინვესს მათ დეგრადაციას და მკურნალობის შედეგებს კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს.

ტელეფონი პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი არ არის. პაციენტები პერსონალს სთხოვენ დარეკვას. პერსონალი შენუხებულია, რადგან უარის თქმის ერიდება და პაციენტიც ეცოდება.

მეურვეების მხრიდან პაციენტზე ზრუნვას ერთი სოციალური მუშაკი სრულად ვერ აკონტროლებს. მეურვეობის ორგანოც პასიურია.

პაციენტებს ასევე ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვთ უფლებადაცვით მექანიზმებზე დანესებულების შიგნით თუ გარეთ. არ იციან ვის უნდა მიმართონ საჩივრით, რა პროცედურაა საჩივრის განხილვისთვის და სხვა. არსებული საჩივრის ყუთები რეგულარულად არ მონმდება, რადგან მონიტორინგის დღეს ერთ-ერთ ყუთში იდო წერილი, სადაც ერთ-ერთი პაციენტი საახალწლოდ სახლში გაშვებას ითხოვდა.

პაციენტების ნაწილს ასევე აქვთ პრობლემები პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტაციასთან დაკავშირებით. მათი დოკუმენტები დაკარგულია. სტაციონარში არის 3 არაიდენტიფიცირებული პაციენტი.

პაციენტების უმრავლესობა არ იღებს პენსიას, მიიჩნევს, რომ ენახება. ნაწილმა არც იცის, პენსია აქვს თუ არა, ნაწილისას ნათესავი (აქვს პლასტიკური ბარათი და იცის კოდი) ან მეურვე იღებს.

არასათანადოდ არის რეგულირებული სტაციონარში ხანგრძლივ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა პენსიების საკითხი.

პაციენტები შვეულებებით იშვიათად სარგებლობენ.

საჭიროა სოც. მუშაკის ჩართულობა პაციენტთა შვეულებების დაგეგმვის, განხორციელების საქმეში, ასევე პაციენტისათვის შვეულების პოზიტიური როლის გაანალიზება ოჯახის წევრის, მეურვის მიერ.

პაციენტებს არ აქვთ გარე სამყაროსთან კომუნიკაციის საშუალება.

პოზიტიურია, რომ სამედიცინო პერსონალის გადმოცემით ისინი სეირნობისას ხელს არ უშლიან პაციენტი ქალების და მამაკაცების ურთიერთობას, რაც მისასალმებელია, რადგან ეს ხელს შეუწყობს კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების განვითარებას, მეგობრების შეძენას, განწყობის გაუმჯობესებას.

რეკომენდაციები შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს“ დირექტორს:

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, გარემონტდეს სანიტარული კვანძები, განიტვირთოს განყოფილებები და ის პალატები სადაც პაციენტთა რაოდენობა ჭარბია. გარემონტდეს პალატები და აღიჭურვოს საჭირო ინვენტარით.

უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტებისთვის სათანადო გათბობის პირობები.

პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე.

მოხდეს პაციენტების უკეთ უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებით და საშუალებებით.

გაიმიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის ვინც საჭიროებს კლინიკურ მომსახურებას და მათთვის ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და დამხმარე სერვისებს.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა პაციენტის მიმართ. პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი საკუთარი მკურნალობის პროცესში და უნდა ჰქონდეთ მინიმალური ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზის და გვერდითი მოვლენების შესახებ.

მოხდეს მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილის გაზრდა, ფსიქოსოციალური აქტივობების დანერგვა და მათი წილის გაზრდა, რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ—ჩვევები.

მოხდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება — რეკრეაციული

აქტივობების წილის გაზრდა, სეირნობის უფლების უკეთ რეალიზება, ალტერნატიული თერაპიების რესურსის გამოყენება.

მოხდეს პერსონალის გადამზადება და უკეთ ინფორმირება ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების, მათი გამოყენების მიზნების და რეგისტრაციის პრაქტიკულ საკითხებზე.

მოხდეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ. უპრიანი იქნება, თუ სტაციონირების პერიოდებიდან უმოკლეს ვადაში პაციენტს (და მის ნათესავსაც) გადაეცემა კონვერტი, რომელშიც განთავსებულია მინიმალური ინფორმაცია დაწესებულების, სერვისების, პაციენტის უფლებების და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ.

მოხდეს შიდა საჩივრების მექანიზმის სრულყოფა — დაწესებულებამ ცხადად უნდა განსაზღვროს ვის მიმართავს პაციენტი საჩივრით, როგორ განიხილება საჩივარი, როგორ იღებს პასუხს პაციენტი გასაჩივრების შედეგებზე.

უპრიანი იქნებოდა დაწესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან ჩამოთვლილი რეკომენდაციების განხილვა დაწესებულების თანამშრომლებთან.

საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისი

თბილისი, 0179, ნ.რამიშვილის ქ.№6,

ტელ.: 91 38 14; 91 38 15

ფაქსი: 91 38 41

ელ.ფოსტა: info@ombudsman.ge

www.ombudsman.ge