



საქართველოს
სახალხო დამცველი

პრევენციის ეროვნული მექანიზმი

ფსიქიატრიული დაწესებულებების
მონიტორინგის ანგარიში

2015 წელი



www.ombudsman.ge



ევროკავშირი



საქართველოს
სახალხო დამცველი

გამოცემულია ევროკავშირის ხელშეწყობით.
წინამდებარე გამოცემაში გამოთქმულ მოსაზრებებზე სრულად არის
პასუხისმგებელი ავტორი და ის არ ასახავს ევროკავშირის შეხედულებებს.

შესავალი	5
1. ზოგადი მიმოხილვა	7
2. ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში – რეფორმები და გამოწვევები	16
2.1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელობა	16
2.2. ფსიქიკური ჯანდაცვის მდგომარეობა საქართველოში: მოკლე მიმოხილვა	17
2.3. საკანონმდებლო ჩარჩო	24
2.4. რეფორმის მიმდინარეობა	24
2.5. სახელმწიფო კონცეფცია, სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020	27
2.6. ქმედუნარიანობის სისტემის რეფორმა საქართველოში	29
3. არასათანადო მოპყრობა	31
4. პაციენტთა შორის კალაძობა, უსაფრთხოება	38
5. ფიზიკური შეზოქვა, იზოლაცია და ქიმიური შეზოქვა	43
6. მატერიალური პირობები – სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, თერაპიული და უსაფრთხო გარემო	60
7. სამართლებრივი დაქვის გარანტიები	83
7.1. სტაციონირება და ინფორმირებული თანხმობა	83
7.2. ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის პრობლემა	92
7.3. განსჯივრების პროცედურა და ინსაქტირება	96
8. ფსიქიატრიული დახმარება	100
8.1. მკურნალობა	101
8.1.1. მკურნალობის ხანგრძლივობა და რეჰოსპიტალიზაციის პრობლემა	101
8.1.2. მედიკამენტოზური მკურნალობა	104
8.1.3. მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები და ლაბორატორიული გამოქვლევები	110
8.1.4. სამედიცინო ღოქუმენტაციის წარმოება	111
8.1.5. სომატური დაავადებების მკურნალობა	112

8.2. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, ფსიქოლოგიური და სოციალური მომსახურება	119
9. პერსონალი	129
10. ბავშვთა ფსიქიატრიული განყოფილების სპეციფიკა.....	133
11. ბ. ნაწიშილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილების სპეციფიკა ..	137

შესავალი

წინამდებარე ანგარიში ასახავს 2015 წლის 9 ოქტომბრიდან 6 ნოემბრამდე, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის ფარგლებში, საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში განხორციელებული მონიტორინგის შედეგებს. სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის დეპარტამენტთან ერთად მონიტორინგი განახორციელა შემდეგ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში (სტაციონარებში):

1. შპს. „უნიმედი კახეთი“ – თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალი;
2. შპს. „N5 კლინიკური საავადმყოფო“ (თბილისი);
3. სს. „აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი“ (თბილისი);
4. შპს. „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
5. შპს. „ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“ (თბილისი);
6. შპს. „ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“;
7. შპს. „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
8. შპს. „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“ (ხონი, ქუთირი);
9. შპს. „სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
10. შპს. „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“ (ხელვაჩაური);
11. შპს. „ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“;
12. შპს. „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“.

მონიტორინგის ჯგუფი დაკომპლექტებული იყო მულტიდისციპლინური პრინციპით და შედგებოდა სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებისა და სახალხო დამცველის აპარატის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დეპარტამენტის თანამშრომლებისგან. მონიტორინგის მოსამზადებელ ეტაპზე მონიტორინგის ჯგუფმა სპეციალურად მოწვეული ადგილობრივი¹ და საერთაშორისო² ექსპერტის ზედამხედველობით შეიმუშავა მონიტორინგის მეთოდოლოგია.³

1 მონიტორინგის მეთოდოლოგიის შემუშავებას ზედამხედველობდა და მონიტორინგის ანგარიშის მომზადებაში მონაწილეობდა ფონდ „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისის“ ხელმძღვანელი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის საკონსულტაციო საბჭოს წევრი ნინო მახაშვილი.

2 მონიტორინგის მეთოდოლოგიის შემუშავებაში ასევე მონაწილეობდა დოქტორი კლაივ მიუ, წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) ექსპერტი.

3 აღნიშნული მეთოდოლოგია მომზადდა ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის - „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ - მხარდაჭერით.

მონიტორინგის მიზანს წარმოადგენდა სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არასათანადო მოპყრობის, პაციენტთა უფლებების დაცვისა და ფსიქიატრიული დახმარების ადეკვატურობის თვალსაზრისით არსებული მდგომარეობის შეფასება, პრობლემური საკითხების იდენტიფიცირება და მათი მოგვარებისკენ მიმართული, პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება.

წინამდებარე ანგარიშის მომზადებისას სხვა მასალასთან ერთად გამოყენებული მონიტორინგის ჯგუფის წევრების ტექნიკური ანგარიშები. ვიზიტის დროს მოპოვებული დოკუმენტაცია, ასევე მონიტორინგის ჯგუფის წევრთა ანგარიშები ინახება საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატში. ანგარიში შეიცავს მონიტორინგის ჯგუფის ძირითად მიგნებებს და შედგენილია იმგვარად, რომ ინტერვიუს კონფიდენციალური ხასიათიდან გამომდინარე, არ მოხდეს რესპონდენტ პაციენტთა იდენტიფიცირება.

მონიტორინგის პროცესში ჯგუფის წევრებმა დაათვალიერეს ფსიქიატრიული დაწესებულების ინფრასტრუქტურა, კონფიდენციალურ ვითარებაში გაესაუბრნენ დაწესებულებებში მყოფ პაციენტებს. ჯგუფის წევრები ასევე გაესაუბრნენ დაწესებულებების დირექციის წარმომადგენლებს, სამედიცინო პერსონალს, დაწესებულებების ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებს. მონიტორინგის პროცესში შემოწმდა დაწესებულებებში წარმოებული დოკუმენტაცია და ჟურნალები.

ვიზიტის მიმდინარეობის დროს მონიტორინგის ჯგუფის წევრები დაუბრკოლებლად გადაადგილდებოდნენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების ტერიტორიაზე და ადმინისტრაციის მხრიდან მონიტორინგისთვის ხელის შეშლას ადგილი არ ჰქონია. ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის მიერ წარმოდგენილი იქნა მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოთხოვნილი ინფორმაცია და დოკუმენტაცია.

1. ზოგადი მიმოხილვა

პრობლემებსა და გამოწვევებზე სისტემური გზით რეაგირებისთვის საქართველოს პარლამენტმა 2013 წლის დეკემბერში მიიღო „ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო კონცეფცია“. ეს არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის მთავარი დოკუმენტი ქვეყანაში. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „საქართველო აღიარებს ფსიქიკური ჯანდაცვის მნიშვნელობას“. მეტიც, „საქართველო იღებს ვალდებულებას, ორგანიზება გაუწიოს ქვეყნის შიგნით ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას იმგვარად, რომ ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებმა მკურნალობა ჩაიტარონ ნაკლებად შემზღუდავ გარემოში, საკუთარ სახლში ან მისგან შეძლებისდაგვარად ახლოს, მათი საბაზისო საჭიროებებიდან გამომდინარე; უზრუნველყოს მათი უფლებებისა და ღირსების მაქსიმალური დაცვა და მათი სრულყოფილი და ეფექტური ჩართულობა საზოგადოებაში სხვებთან თანასწორობის საფუძველზე“. სახელმწიფო კონცეფციაში იდენტიფიცირებული მიზნების მისაღწევად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაიწყო ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება 2015–2020 წლებისთვის, რომელიც დამტკიცდა 2014 წლის დეკემბერში, რაც უდაოდ წინ გადადგმული ნაბიჯია. მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებული პოლიტიკისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მძიმე ვითარებაა. მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილი იქნა არაერთი სისტემური პრობლემა.

პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის არასაკმარისი დაფინანსება, ვინაიდან დაფინანსების მოცულობა პირდაპირ კავშირშია მიწოდებული ფსიქიატრიული დახმარების ხარისხზე. 2006 წლიდან ჯანდაცვის დანახარჯები ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე საქართველოში ხასიათდებოდა ზრდის ტენდენციით, მაგრამ ფსიქიკური ჯანდაცვის ხარჯების პროცენტული მოცულობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებთან მიმართებაში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა. ფინანსების დიდი ნაწილი იხარჯება სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სერვისებზე და ეს მაჩვენებელი სტაბილურად მაღალი რჩება წლების მანძილზე. სახელმწიფოს მხრიდან პრიორიტეტი ენიჭება სტაციონარული მომსახურების დაფინანსებას, ხოლო ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის დაფინანსება სრული სტაგნაციის მდგომარეობაშია და ფინანსების მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილი გამოიყოფა ამბულატორიულ მზრუნველობაზე. არასაკმარის დაფინანსებასთან ერთად ასევე პრობლემატურია მწვავე და გრძელვადიანი შემხვევების დაფინანსების მეთოდოლოგია, რომლის მიხედვითაც მწვავე შემთხვევის დაფინანსება შეადგენს 840 ლარს, ხოლო გრძელვადიანი შემთხვევის ყოველთვიური დაფინანსება განისაზღვრება 450 ლარით. არასაკმარისი დაფინანსება საბოლოო ჯამში განაპირობებს პრობლემებს, რომელიც დაკავშირებულია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში კვალიფიციური პერსონალის საკმარისი რაოდენობისა და სათანადო, თერაპიული გარემოს არარსებობასთან, მკურნალობის, მოვლის, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ხარისხთან, ფსიქიატრიულ სტაციონარში პაციენტთა დაყოვნების ხანგრძლივობასთან და თემზე დაფუძნებული სერვისების არარსებობასთან.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემა ადამიანური რესურსების მკვეთრ ნაკლებობას განიცდის. ფსიქიატრების დეფიციტი საშუალო ევროპულ ინდექსთან შედარებით ორჯერ მეტადაა გამოხატული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრის შესახებ 2015 წელს ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულების ჯამური მონაცემების მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი ორგანიზაციის თანამშრომლების საერთო რაოდენობის 40%-ზე ნაკლებია. ასევე პრობლემურია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში დასაქმებული პერსონალის პროფესიული სწავლება და კვალიფიკაციის ამაღლება. კვალიფიციური კადრების ნაკლებობა კი თავის მხრივ უარყოფითად აისახება ფსიქიატრიული დახმარების ხარისხზე, პაციენტებზე მეთვალყურეობასა და დაწესებულებებში უსაფრთხო გარემოს შექმნაზე. ასეთი მდგომარეობა ზრდის როგორც პაციენტთა გაუმართლებელი ფიზიკური შეზღუდვის, ასევე ფიზიკური შეზღუდვისას ძალის გადამეტების რისკს. ამასთან, უკიდურესად მძიმე სამუშაო პირობების გამო, მძიმე ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაში მყოფი პერსონალის უარყოფითი ემოციები შესაძლებელია პაციენტთა მიმართ არასათანადო მოპყრობაში გადაიზარდოს.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ვიზიტების მიმდინარეობისას მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო არაერთი შეტყობინება პაციენტთა მიმართ ფიზიკური ძალადობის და სიტყვიერი შეურაცხყოფის შესახებ. ამასთან, მონიტორინგის ჯგუფის შეფასებით, არასათანადო მოპყრობად შეიძლება შეფასდეს პაციენტთა ზოგიერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში უკიდურესად ცუდ პირობებში მოთავსება, რიგ შემთხვევებში, ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის ფაქტები, ფიზიკური შებოჭვის მეთოდების და ინექციის სხვა პაციენტთა თანდასწრებით გამოყენება, სომატური დაავადებების დროული და ადეკვატური მკურნალობის ხელმიუწვდომლობა, უგულვებელყოფის პირობებში ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია და არანებაყოფლობითი სამედიცინო ინტერვენცია. მონიტორინგის შედეგად ასევე გაირკვა, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არსებობს პაციენტთა შორის ძალადობის და უსაფრთხოების სათანადოდ დაცვის პრობლემა.

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ დაწესებულებაში ფიზიკური შეზღუდვის კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების დარღვევას აქვს სისტემატური ხასიათი. პაციენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ ხშირად ხდება მათი „დაბმა“ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, რა პერიოდშიც მათზე არ ხორციელდება ადეკვატური ზედამხედველობა. თვალსაჩინო გახდა, რომ უმეტეს დაწესებულებაში შეზღუდვის შემთხვევათა რეგისტრაციის მკაფიო სისტემა არ არსებობს - ხშირ შემთხვევაში ჩანანერი ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ გაკეთებულია ფიზიკური შეზღუდვის ჟურნალში და არ ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო ბარათში ან - პირიქით. უმეტესად არსად გვხვდება 15 წუთიანი ინტერვალში პაციენტის მდგომარეობის დინამიკის შესახებ ჩანანერი და ზოგჯერ არ არის მითითებული ფიზიკური შეზღუდვის დაწყებისა და დასრულების დრო. ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილება ნაკლებ ინფორმატიულია და ხშირ შემთხვევაში ვერ დგინდება, თუ რატომ გახდა ფიზიკური შებოჭვა აუცილებელი და იყო თუ არა სხვა ალტერნატიული ზომების გამოყენების შესაძლებლობა. აღსანიშნავია, რომ არც „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი და არც ზემოთ ხსენებული ინსტრუქცია არ შეი-

ცავს ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების მაქსიმალურ ვადას, რაც საფრთხის შემცველია, ვინაიდან ფორმალურად შესაძლებელია ფიზიკური შეზღუდვა რამდენჯერმე გაგრძელდეს 4 საათით. აღნიშნული ნორმატიული აქტები ასევე არ ადგენენ ვალდებულებას ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ ჩანაწერი გაკეთდეს როგორც პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში, ასევე სპეციალურ რეესტრში (სპეციალურ ჟურნალში). ამდენად მნიშვნელოვანია ამ ნორმატიული აქტების სრულყოფილს მიზნით, მათში ცვლილების შეტანის გზით, დარეგულირდეს ხსენებული ორი საკითხი.

საყურადღებოა, რომ არც კანონი და არც ინსტრუქცია არ ახსენებს ქიმიური შეზღუდვას, როგორც შეზღუდვის ზომას. სახალხო დამცველის შეფასებით, ქიმიური შეზღუდვის შემთხვევები დაწესებულებებში ხშირია და არ დოკუმენტირდება შესაბამისად. დაწესებულებებში არსებობს რუტინული პრაქტიკა, როდესაც ფიზიკურ შეზღუდვასთან ერთად გამოიყენება ქიმიური შეზღუდვა და ეს მაშინ, როდესაც არ არსებობს ქიმიური შეზღუდვის მარეგულირებელი მკაფიო სამართლებრივი ჩარჩო და არ ხდება ქიმიური შეზღუდვის გამოყენების მიზანშეწონილობის დასაბუთება, რაც ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში დამკვიდრებულ სტანდარტებს. შეზღუდვის ქიმიური საშუალებების გამოყენების შემთხვევაში დაცვის იმავე გარანტიები უნდა იყოს უზრუნველყოფილი, როგორც შებოჭვის მექანიკური საშუალებების გამოყენებისას.

პაციენტებთან გასაუბრებისა და დოკუმენტაციის შემონმების შედეგად დგინდება, რომ საიზოლაციო პალატაში პაციენტთა მოთავსება ხდება რამდენიმე დღით, რაც საიზოლაციო ოთახებში არსებული პირობების გათვალისწინებით, სახალხო დამცველის შემფოთებას იწვევს. სახალხო დამცველის შეფასებით, როგორც რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონერვოლოგიური საავამყოფოსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში, ასევე სხვა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული საიზოლაციო ოთახები არ არის სპეციალურად, სათანადოდ აღჭურვილი და იქ პაციენტთა მოთავსების შემთხვევაში მაღალია თვითდაზიანების რისკი. ამასთან, სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ მიუღებელია გისოსებიანი კარისა და ფანჯრის არსებობა, როგორც უსაფრთხოების თვალსაზრისით, ასევე იმ გარემოების გამო, რომ ის არღვევს თერაპიულ გარემოს და ასოცირდება ციხესთან, სადამსჯელო საკანთან. ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ასეთ საიზოლაციო ოთახში პირის მოთავსება შეიძლება გაუტოლდეს დამამცირებელ მოპყრობას.

სახალხო დამცველის შემფოთებას იწვევს ასევე ის ფაქტი, რომ მიუხედავად ფიზიკური შებოჭვისა და სპეციალიზებულ პალატაში იზოლაციის მიმართ, ამ ზომების გამოყენების ხანგრძლივობის, მეთვალყურეობისა და დოკუმენტირების კუთხით „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლითა და ზემოთ ნახსენები ინსტრუქციით დაწესებული თანაბარი მოთხოვნებისა, პაციენტის იზოლაცია არ არის დასაბუთებული, სათანადოდ არ დოკუმენტირდება და კანონმდებლობის მოთხოვნების დარღვევით გამოიყენება ხანგრძლივი დროით.

სახალხო დამცველი ნუხილს გამოთქვამს იმ ფაქტის გამო, რომ ფიზიკური შეზღუდვა თანაბრად გამოიყენება ფორმალურად ნებაყოფლობით და არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მიმართ, რაც ამავდროულად ეწინააღმდეგება წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის პოზიციას, რომლის თანახმადაც ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა მიმართ არ უნდა იქნას გამოყენებული ფიზიკური შეზღუდვის საშუალება. თუ ფიზიკური შეზღუდვის საჭიროება არსებობს, დაუყოვნებლივ უნდა იქნას ინიცირებული პაციენტის სტატუსის (ნებაყოფლობითი/არანებაყოფლობითი) გადახედვის სამართლებრივი პროცედურა.

მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტებისათვის უზრუნველყოფილი იქნეს ისეთი მატერიალური პირობების შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს მათ გამოჯანმრთელებასა და კეთილდღეობას. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ დაწესებულებებში არსებული ფიზიკური გარემო და სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არა მხოლოდ ხელს არ უწყობს ხელსაყრელი თერაპიული გარემოს შექმნას, არამედ ქმნის ისეთ ვითარებას, რომელიც ხშირ შემთხვევაში შეიძლება გაუტოლდეს არაადამიანური და დამამცირებელ მოპყრობას. კერძოდ, ზოგიერთ დაწესებულებებში მნიშვნელოვან პრობლემებს შორის გამოიკვეთა ძველი და მოშლილი ინფრასტრუქტურა, სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების კუთხით არსებული უკიდურესად ცუდი ვითარება, სტანდარტით დადგენილი ცხოვრებისათვის საკმარისი ფართის არარსებობა, გაუმართავი სანიტარული კვანძები და პრივატიზაციის დაცვის შეუძლებლობა, აგრეთვე ცენტრალური გათბობისა და ვენტილაციის კუთხით არსებული პრობლემები.

მონიტორინგის ჯგუფმა დაადგინა, რომ ინფორმირებული თანხმობის მიღებას ფორმალური ხასიათი აქვს, შესაბამისი ახსნა-განმარტების, სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაციის მიწოდების გარეშე. ინფორმირებული თანხმობის მიღება ხდება პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონირების თავიდან ასაცილებლად და მთელი ეს პროცედურა მიმართულია ფორმალურად პაციენტის მიერ ხელმოწერილი თანხმობის ფორმის სამედიცინო ბარათში მოთავსებაზე. პრაქტიკულად ყველა დაწესებულებაში, მონიტორინგის ჯგუფის წევრები გაესაუბრნენ ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ არაერთ პაციენტს, რომელსაც აღარ სურდა სტაციონარში ყოფნა და ითხოვდა განერას.

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის სულისკვეთებიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ ყველა ზომა უნდა იქნას მიღებული, რათა ფსიქიატრიული დახმარება უპირატესად პაციენტის ინფორმირებულ, გაცნობიერებულ თანხმობას ემყარებოდეს და ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის არანებაყოფლობით სტაციონარში მოთავსების პრაქტიკა საბოლოოდ, თანდათანობით აღმოიფხვრას. ამავდროულად სახალხო დამცველი შეშფოთებულია ფორმალურად ნებაყოფლობით, ხოლო რეალურად არანებაყოფლობით სტაციონირებული პირების მონყვლადი სამართლებრივი მდგომარეობით. ისინი, სასამართლო კონტროლს მიღმა მყოფნი, ვერ ახერხებენ საკუთარი უფლებების დაცვას და ექვემდებარებიან მათი ნების საწინააღმდეგო სამედიცინო ინტერვენციებს და ფიზიკურ შეზღუდვას.

ამგვარად ირღვევა ამ პაციენტების პიროვნული თავისუფლებისა და ხელშეუხებლობის უფლება და თვითნებური დაკავების პირობებში, ხშირ შემთხვევაში, წარმოადგენენ არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის მსხვერპლებს.

სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ მოკლევადიან პერსპექტივაში, ზემოთ აღნიშნული მოწყვლადი სამართლებრივი მდგომარეობის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია ფსიქიატრიულმა დაწესებულებამ დაუყოვნებლივ მიმართოს სასამართლოს იმ შემთხვევებში, სადაც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტი ითხოვს სტაციონარიდან განერას, მაგრამ ამავდროულად სახეზეა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები. სახალხო დამცველი ამავდროულად ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ვინაიდან სასამართლო კონტროლის პირობებშიც არსებობს დაუსაბუთებელი სტაციონირების ან/და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის რისკი, ასევე მოკლევადიან პერსპექტივაში, ვიდრე მოხდება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების ცნების საბოლოო აღმოფხვრა, მნიშვნელოვანია ამ მიმართულებითაც შეიქმნას დაცვის მყარი გარანტიები.

მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების პრაქტიკასთან დაკავშირებული პრობლემები. დაფიქსირდა შემთხვევები, როდესაც სასამართლოსათვის წარდგენილი შუამდგომლობები შეიცავს მითითებას მხოლოდ ერთ კრიტერიუმზე მაშინ, როდესაც სახეზე უნდა იყოს, სულ მცირე, ორი კრიტერიუმი. ამასთან, შუამდგომლობის დასაბუთება შაბლონურია, ასევე ძირითადად შაბლონურია მოსამართლის ბრძანებაზე. ამასთან, ხშირ შემთხვევაში წარსულში სტაციონირების ფაქტი ნეგატიურ გავლენას ახდენს პირის არანებაყოფლობითი სტაციონირების შესახებ გადანყვეტილების მიღების პროცესზე. კერძოდ, მოქმედებს გარკვეული “ავადმყოფობის პრეზუმცია”. მონიტორინგმა ცხადჰყო, რომ მოსამართლეები უმეტესად აკმაყოფილებენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების შუამდგომლობებს. ისინი, როგორც წესი, ეთანხმებიან ექიმის აზრს და ნაკლებად აინტერესებთ პაციენტის მოსმენა. ექიმი ფსიქიატრები მიიჩნევენ, რომ მათ უკეთ იციან, რა სჭირდება პაციენტს და მოსამართლემ, სამედიცინო განათლების უქონლობის გამო, არ უნდა მიიღოს ექიმის აზრის სანინალმდეგო გადანყვეტილება. ასეთ პირობებში, სასამართლო განხილვის პროცესში, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც ხდება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების 6 თვიანი ვადის გაგრძელების მიზანშეწონილობის შეფასება, მნიშვნელოვანია დამოუკიდებელი ექიმ-ფსიქიატრის მოსაზრების მოსმენა, რაც არ არის გათვალისწინებული საქართველოს კანონმდებლობაში და არსებითი ხასიათის ხარვეზს წარმოადგენს პაციენტის უფლებების სრული დაცვის თვალსაზრისით.

სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია პაციენტებს რეგულარულად უნდა მიეწოდებოდეთ მათთვის გასაგებ ენაზე და ეს უნდა შეადგენდეს თერაპიული პროცესის შემადგენელ ნაწილს. ფსიქიატრიული დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალმა პატივი უნდა სცეს პაციენტის უარს მკურნალობაზე და უნდა ეცადოს მკურნალობის მნიშვნელობაზე და მოსალოდნელ შედეგზე დეტალური ინფორმაციის მიწოდების გზით პაციენტის მკურნალობაზე დაყოლიებას. ამ გზით უზრუნველყოფილი იქნება პაციენტის პიროვნული ავტონომიის პატივისცემა.

სახალხო დამცველის შეფასებით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში იმყოფებიან პაციენტები, რომელთაც პირობითად შეიძლება ვუწოდოთ „უვადო“ პაციენტები. „უვადო“ პაციენტები“ ამ შემთხვევაში აღნიშნავს პაციენტთა იმ კატეგორიას, რომლებიც თვეების და წლების მანძილზე, ფაქტიურად, „გაუსვლელად“ იმყოფება სტაციონარში, ხშირად არ საჭიროებს აქტიურ მკურნალობას, მაგრამ ვერ ტოვებს საავადმყოფოს იმის გამო, რომ „წასასვლელი არ აქვს“ ან იმიტომ, რომ ოჯახი თავს არიდებს მის სახლში წაყვანას. აღსანიშნავია, რომ ყველა იმ დაწესებულების მენეჯმენტი, სადაც გრძელვადიანი მკურნალობის განყოფილებაა, აცხადებს, რომ „უვადო“ პაციენტები მათი ხანგრძლივი დაყოვნების კონტიგენტის 30-40 %-ს შეადგენს. ასეთი დაყოვნების მიზეზებს წარმოადგენს პაციენტის მხარდამჭერი სისტემის არარსებობა, მატერიალური დაუცველობა, თანამედროვე საცხოვრისის/ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულების არარსებობა, არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული სერვისების გეოგრაფიული ხელმიუწვდომლობა და თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების დეფიციტი, ასევე დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო პაციენტთა უნარ-ჩვევების დეფიციტი. ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია (გამალარიბებელ გარემოში) იმდენად ართმევს ცხოვრებისეულ უნარ-ჩვევებს პაციენტებს და ისეთი სიღრმის შეზღუდულ შესაძლებლობებს იწვევს, რომ მათი საზოგადოებაში რეინტეგრაცია მძიმე ბარიერებთან არის დაკავშირებული და ხანგრძლივი პროცესია.

სახალხო დამცველი იზიარებს აღიარებულ ნორმას, რომ პაციენტები, რომლის ფსიქიკურ მდგომარეობა აღარ მოითხოვს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სტაციონირებას, მათ იძულებით დაყოვნებას, ჰოსპიტალგარე ცხოვრებისა და მოვლის სათანადო პირობების არარსებობის გამო, უნდა იქნან სათანადოდ შეფასებულნი და დეინსტიტუციონალიზებულნი. სახალხო დამცველი მოუწოდებს სახელმწიფოს მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებები თანადათან შეიცვალოს თანამედროვე მოდერნიზებული დაწესებულებებით, რაც მოითხოვს თემზე დაფუძნებული ხანგრძლივი მოვლის, დაცული სერვისების განვითარებას.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობის სტანდარტების შემომწესისას სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა დაადგინა, რომ უმეტეს დაწესებულებაში, როგორც მენეჯერების, ასევე პერსონალის მიერ, მკურნალობა გაგებულია და დაყვანილია ფარმაკოლოგიურ თერაპიამდე, რაც თანამედროვე ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პრიციპებს არ შეესაბამება. ფარმაკოთერაპიის ინტენსიური მეთოდი, სავარაუდოდ, დაკავშირებულია მწვავე განყოფილებებში დამკვიდრებულ პრაქტიკასთან, რაც შეიძლება სწრაფად გაწერონ პაციენტი განყოფილებიდან. მწვავე განყოფილების რამდენიმე ექიმის განმარტებით, ფსიქიატრიული დაწესებულების მწვავე განყოფილებიდან პაციენტის სწრაფი გაწერა, სამწუხაროდ, ნაკლებად არის დაფუძნებული შესაბამის სამედიცინო ჩვენებაზე და ძირითადად უკავშირდება მწვავე შემთხვევის სამართავად გამოყოფილი თანხის ოდენობას, ასევე დროის მონაკვეთს, რომელიც ოპტიმალურია ამ თანხის ასათვისებლად. სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს ასევე შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ პაციენტის ე.წ. „ფარმაკოთერაპიული დატვირთვის“ ტენდენცია უმეტესად პა-

ციენტების მართვის ერთადერთი საშუალებაა. ფსიქიატრიული შემთხვევების მართვა უპირატესად ყოველგვარი კომპლექსური თერაპიული სტრუქტურის გარეშე ხდება, ხოლო საზრისის შემცველი აქტივობებში პაციენტების ჩართვის შესაძლებლობა ნაკლებად არის უზრუნველყოფილი.

სახალხო დამცველის შეფასებით, ის მოკლე პერიოდი, როდესაც პაციენტის მწვავე მდგომარეობის მართვა ხორციელდება (10-14 დღე საშუალოდ), უმეტესად არ არის საკმარისი შედარებით მყარი გაუმჯობესების მისაღწევად. სავარაუდოდ, ინტენსიური მკურნალობის შედეგად გაუმჯობესებული მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, რადგან არ არის მიღწეული მყარი რემისიის ფაზა და საავადმყოფოდან განერის შემდეგ პაციენტზე ამბულატორიული მეთვალყურეობის განხორციელება ან არ ხდება, ან დაფინანსების სიმწირის გამო, გაცილებით დაბალი ინტენსიურობის მკურნალობით შემოიფარგლება. ჰოსპიტალ-გარეშე სამსახურები ფრაგმენტულია და დაბალგანვითარებული, შესაბამისად, არც ამ სერვისების ჩართვა არის უმეტესად შესაძლებელი მიღწეული გაუმჯობესების შესანარჩუნებლად. ამდენად, არსებობს მდგომარეობის ხელახალი გამწვავების და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაღალი რისკი.

მონიტორინგის შედეგად დგინდება, რომ მაღალი ხარისხის მედიკამენტების შესყიდვას ხელს უშლის როგორც ფსიქიატრიული დახმარების არასაკმარისი დაფინანსება, ასევე სახელმწიფო შესყიდვების მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩო. კერძოდ, ფსიქიატრიული დაწესებულებები მედიკამენტებს იძენენ გამარტივებული ელექტრონული ტენდერის მეშვეობით. ტენდერში გამარჯვებულად კი ჩაითვლება ის პრეტენდენტი, რომელიც ყველაზე დაბალ ფასს შესთავაზებს შემსყიდველს. ასეთი წესით მედიკამენტების შესყიდვა უარყოფით ზეგავლენას ახდენს შეძენილი მედიკამენტების ხარისხზე, ვინაიდან ბაზარზე არსებობს ერთი და იგივე აქტიური ნივთიერების შემცველი სხვადასხვა მწარმოებლისა და ხარისხის მედიკამენტები, ხოლო საბაზრო ფასი პირდაპირ კავშირშია მედიკამენტის ხარისხთან.

მონიტორინგმა სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების მრავალი ხარვეზი გამოავლინა. ზოგიერთ დაწესებულებაში ფსიქიატრები არარეგულარულად ნახულობდნენ პაციენტებს და მათი მეთვალყურეობის შედეგები, ასევე, არარეგულარულად არის ასახული სამედიცინო ბარათებში. სამედიცინო ბარათები არ შეიცავდა ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის მონაცემებს. არაერთი ჩანაწერის წაკითხვა პრაქტიკულად შეუძლებელია ექიმის კალიგრაფიის გამო. უმეტეს დაწესებულებაში პაციენტის მდგომარეობის აღმწერი ჩანაწერების, ე.წ. კურსუსების წარმოება არარეგულარულად ხდება. თავად კურსუსები კი, ძირითადად, შაბლონური ხასიათისაა.

განხორციელებული მონიტორინგის შედეგებზე დაყრდნობით, სახალხო დამცველი მივიდა დასკვნამდე, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სომატური დაავადებების მკურნალობის კუთხით მწვავე პრობლემებია. მდგომარეობა შედარებით უკეთესია იმ ფსიქიატრიულ დეპარტამენტებში/განყოფილებებში, რომელიც საერთო პროფილის საავადმყოფოებში არსებობს (მაგ. აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის ფსიქიატრიული დეპარტამენტი). ასეთ ფსიქიატრიულ დეპარტამენტებს/განყოფილებებს ხელი მიუწვდებათ

საერთო პროფილის საავადმყოფოს სხვადასხვა განყოფილებებში არსებულ მომსახურებებზე. სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებულ შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებებში, როგორიცაა შპს. „ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“, შპს. „სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“, შპს. „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“, შპს. „ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“, შპს. „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“. ამ დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები საუბარში აცხადებენ, რომ პაციენტთა სომატური დაავადებების სათანადო გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის არც ფინანსური და არც ინფრასტრუქტურული შესაძლებლობა არ აქვთ.

სახალხო დამცველის განსაკუთრებულ შემფოთებას იწვევს პაციენტთა გარდაცვალების ხშირი შემთხვევები. როგორც გარდაცვლილ პაციენტთა სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლით ირკვევა, არაერთ შემთხვევაში არსებობდა სომატური ჯანმრთელობის მდგომარეობის სათანადო გამოკვლევისა და მკურნალობის საჭიროება, მაგრამ სამედიცინო დოკუმენტაციით არ დასტურდება ასეთი გამოკვლევებისა და მკურნალობის ჩატარების ფაქტი.

ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის მცდელობის მიუხედავად, დაეხმარონ ბენეფიციარებს სოციალური პრობლემების მოგვარებაში, ფსიქოსოციალური დახმარების, რეაბილიტაციის და რეინტეგრაციის სერვისის სტაციონარებში ძალიან სუსტად არის განვითარებული. რიგ შემთხვევებში, მათი არსებობა მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს და მხოლოდ დღის აქტივობად შეიძლება განვიხილოთ.

მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა სტაციონარში ბავშვთა ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევები, რაც სახალხო დამცველის შეფასებით, უკავშირდება სოციალური მუშაკების მიერ მათზე დაკისრებული მოვალეობების არაჯეროვნად შესრულებას. N5 კლინიკურ საავადმყოფოში არ მომდინარეობს მულტიდისციპლინური მუშაობა. არ არის უზრუნველყოფილი ბავშვებთან ინდივიდუალური განვითარების გეგმის ფარგლებში, ფსიქიკური აშლილობების ფარმაკოლოგიური მკურნალობის გარდა, ფსიქოლოგიურ და ქცევით პრობლემებზე მუშაობა. ამასთან, ცალკეული ბენეფიციარისთვის არ არსებობს ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა, რომლის შესრულებაზეც პასუხისმგებელი პირი დინამიკაში თვალს მიადევნებს, რომ პაციენტმა მიიღოს მომსახურების სრული პაკეტი. სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ ბავშვთა განყოფილებაში მიმდინარე თერაპიული პროცესები არ შეესაბამება თანამედროვე სტანდარტებს და ჩარევის საერთაშორისო გაიდლაინებს, დასახვეწია ინტერვენციის სტრატეგიები, ასამაღლებელია პერსონალის შესაბამისი კომპეტენცია და ა.შ. სახალხო დამცველი შემფოთებულია არასრულწლოვანი პაციენტის მოზრდილთა სტაციონარში მოთავსების ფაქტით და მოიწოდებს დაწესებულების პერსონალს მომავალში არ დაუშვან ასეთი პრაქტიკა.

იძულებით და პენიტენციური დაწესებულებებიდან გადმოყვანილი, არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები მკურნალობას გადიან ერთნაირი, მკაცრი რეჟიმის პირობებში, არადიფერენცირებული მიდგომით. პა-

ციენტებს ერთმანეთთან კონტაქტი შეზღუდული აქვთ. როგორც იძულებითი, ასევე არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების შემთხვევაში, ფსიქიატრიული დახმარება მოიცავს მხოლოდ ფარმაკოთერაპიას, პაციენტები არ არიან ჩართულები რეაბილიტაცია-რესოციალიზაციისკენ მიმართულ პროგრამებში, სპორტულ და სხვა ღონისძიებებში. მონიტორინგის ჯგუფს შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ პაციენტებთან ფსიქო-სოციალური სარეაბილიტაციო მუშაობა პრაქტიკულად არ მიმდინარეობს, მწირია ფსიქოლოგის მუშაობა. დღეები სტრუქტურირებული არ არის რამე საზრისის მქონე აქტივობით და გადის ერთფეროვნად. ხშირია პაციენტთა შორის კონფლიქტები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებებში არ არის ინდივიდუალური მიდგომა პაციენტების მკურნალობისადმი. არ ხდება მათი ინდივიდუალური საჭიროებების გამოკვეთა და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე გუნდური, მულტიდისციპლინარული მუშაობა. პაციენტები არ არიან ჩართულები მკურნალობის პროცესში. პაციენტთა შორის აგრესიის მართვა ხდება დაშინებით და ინექციებით. რისკების შეფასების პროცედურა არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს, გაუგებარია, რა სანდოობის მტკიცებულებას იძლევა მოქმედი ინსტრუმენტი, ან როგორ ინტეგრირდება მოცემული რისკის ხარისხი მკურნალობის სქემაში, როდესაც ერთნაირი, ტრაფარეტული სქემით მიმდინარეობს მკურნალობა.

ბოლოს, განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებობს სათანადო ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველყოფის სახელმწიფო ზედამხედველობისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის მონიტორინგის პრობლემა. ამ კუთხით გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პრევენციის ეროვნული მექანიზმის საქმიანობას, თუმცა სახალხო დამცველის შეფასებით, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის სპეციფიკური ხასიათის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ამავდროულად სახელმწიფო კონტროლის სხვა მექანიზმების ეფექტური საქმიანობის უზრუნველყოფა.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ფორმალურად არის შიდა გასაჩივრებისა და უკუკავშირის პროცედურა, დამონტაჟებულია საჩივრების ყუთები, მაგრამ პაციენტები ამ პროცედურას და საჩივრის ყუთებს პრაქტიკულად არ იყენებენ. ინტერვიუებულმა პაციენტებმა არ იცოდნენ მათი უფლებები, ასევე არ აქვთ ინფორმაცია, თუ ვის უნდა მიმართონ საჩივრით. სახალხო დამცველის შეფასებით, მნიშვნელოვანია ზომების მიღება შემდეგი სამი საკითხის მოსაგვარებლად: ა) პაციენტთა ინფორმირება მათთვის გასაგებ ენაზე პაციენტის უფლებების შესახებ; ბ) პაციენტთა სპეციალური საჭიროებების გათვალისწინებით, საჩივრების განხილვის მარტივი და ეფექტური პროცედურის შექმნა; გ) ჰოსპიტალში და ჰოსპიტალგარე (სექტორული სახელმწიფო კონტროლის ფარგლებში) პროაქტიური მონიტორინგის უზრუნველყოფა. პრევენციის ეროვნული მექანიზმი ასევე მიიჩნევს, რომ საჩივრების განხილვის პროცედურის ფარგლებში ვადებისა და სხვა პროცედურული საკითხების განსაზღვრისას, აუცილებელია მხედველობაში იქნას მიღებული ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა სპეციალური საჭიროებები და პრაქტიკული სირთულეები, რასაც შეიძლება წააწყდნენ პაციენტები გასაჩივრების უფლების რეალიზაციისას.

2. ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში – რეფორმები და გამოწვევები

2.1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე არ არსებობს ჯანმრთელობა. აქედან გამომდინარე, საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანდაცვა გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.⁴

უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხის მნიშვნელოვანი გააქტიურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის გლობალური და ევროპული პოლიტიკის დღის წესრიგში.⁵ ეს გაზრდილი ყურადღება და გაცნობიერება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, საერთაშორისო კვლევითი ინსტიტუტების, მთავრობების და პროფესიული საზოგადოებების მხრიდან ნამდვილად გამართლებულია.

მსოფლიოს მასშტაბით დაახლოებით 450 მილიონ ადამიანს აღენიშნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები. დროის ნებისმიერ მოცემულ მომენტში, მოზრდილთა დაახლოებით 10% განიცდის მიმდინარე ფსიქიკურ დარღვევას; 25%-ს კი იგი სიცოცხლის რომელიმე ეტაპზე განუვითარდება.⁶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ყველა ქვეყანაში აქვთ, ქალებსაც და მამაკაცებსაც, სიცოცხლის ყველა ეტაპზე, მდიდრებსაც და ღარიბებსაც, როგორც სოფლის, ასევე ქალაქის პირობებში.

ფსიქიკურ დარღვევებთან არის ასოცირებული ყოველწლიურად ჩადენილი მილიონი თვითმკვლელობის 90%-ზე მეტი. სინამდვილეში, ეს მაჩვენებელი ბევრად უფრო მაღალია, რაც განპირობებულია იმით, რომ ხშირ შემთხვევაში სიკვდილის ამ მიზეზის ღიად დაფიქსირება არ ხდება.⁷

ევროპაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები პასუხისმგებელია ავადმყოფობით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობის ტოტალური ტვირთის დაახლოებით 20%-ზე, მაგრამ ე.წ. „მკურნალობის ნაპრალი“ შესაბამისი მომსახურების საჭიროებასა და რეალურ მიწოდებას შორის საკმაოდ ფართო რჩება.⁸

ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები მოწყვლადნი, ხშირად მარგინალიზებულინი და იზოლირებულნი არიან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია თავის ანგარიშში „ფსიქიკური ჯანმრთელობა და განვითარება“ აღნიშნავს, რომ

4 Saraceno B, Freeman M. and Funk, M. (2011) Public Mental Health. Oxford University Press.

5 Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. and Thornicroft, G. (2007) Mental Health Policy and Practice Across Europe. WHO on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press.

6 World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.

7 Suicide prevention (SUPRE). Geneva, World Health Organization, 2007.

8 Kohn R., Saxena S., Levav, I. and Saraceno, B. The treatment gap in mental health care. *Bull. World Health Org.* 2004; 82(11):858-866.

„ფსიქიკური და ფსიქოსოციალური დარღვევების სოციალური და ეკონომიკური ზეგავლენა მრავალფეროვანი და შორს-მიმავალია, მიეყვართ უსახლკარობამდე, ცუდ საგანმანათლებლო და სამედიცინო გამოსავლებამდე და უმუშევრობის მაღალ მაჩვენებლებამდე, რაც საბოლოო ჯამში კულმინაციას აღწევს სიღარიბის მაღალ მაჩვენებლებში“.⁹

განვითარებად ქვეყნებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ნათესავის მოვლის როგორც ეკონომიკური, ისე სოციალური ტვირთის მნიშვნელოვანი წილი აწევს ოჯახებს, ვინაიდან არ არსებობს ფსიქიკური ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი სერვისების სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ქსელი.¹⁰ XXI საუკუნეში სტიგმა ჯერ კიდევ ძლიერია და არაერთ ბარიერს და წინაღობას ქმნის რეფორმების გზაზე.¹¹

ასეა თუ ისე, პოლიტიკური მხარდაჭერის ნაკლებობამ, არაადეკვატურმა მართვამ, ჯანდაცვის სერვისების გადატვირთვამ და დროდადრო – წინააღმდეგობამ პოლიტიკის შემქმნელთა და ჯანდაცვის მუშაკთა მხრიდან, შეაფერხა ფსიქიკური ჯანდაცვის თანმიმდევრული, მდგრადი სისტემების განვითარება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

ყოფილ საბჭოთა კავშირში ფსიქიატრიული სერვისები ხასიათდებოდა ინსტიტუციონალიზაციის მაღალი მაჩვენებლებით და გამოხატული აქცენტით ბიოლოგიურ მკურნალობაზე. პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში ეს მახასიათებლები შენარჩუნებულია – თანამედროვე, თემზე დაფუძნებული და მომხმარებელზე ორიენტირებული სერვისების დანერგვას დიდი წინააღმდეგობა ხვდება.¹² მრავალ შემთხვევაში, ფსიქიატრიული რეფორმის პროგრამები შეჩერდა და უკუგანვითარებაც კი განიცადა.¹³ სწორედ ამ ფონზე დაიწყო საქართველომ ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმის პროგრამის კრიტიკული ფაზა რამდენიმე წლის წინ.¹⁴

2.2. ფსიქიკური ჯანდაცვის მდგომარეობა საქართველოში: მოკლე მიმოხილვა

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ წლებში ადგილი ჰქონდა ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობის მკვეთრ შემცირებას. ეს იყო ზოგადი ტენდენცია პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში. 1995 წლიდან დაწყებული ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა თითქმის 5–ჯერ შემცირდა, რაც გამონეული იყო ჯანდაცვის სერ-

9 World Health Organization (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, Geneva.

10 Hudson, C.G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. American Journal of Orthopsychiatry, 75, 3-18.

11 Petersen I, Bhana A, Flisher A, Swartz L, & Richter L (Eds). (2010). Promoting mental health in scarce resource environments: emerging evidence and practice. Human Sciences Research Council Press, Cape Town.

12 Tomov, T., Puras, D., Keukens, R. and Van Voren, R.: Mental health policy in former Eastern Bloc countries; in: Knapp, M., et.al.: Mental health policy and practice across Europe, McGraw/Hill, New York, 2007.

13 Mental Health Reforms (MHR). 1-2011. Special issue on Lithuania. Global Initiative on Psychiatry.

14 Makhashvili, Nino, and van Voren, Robert. "Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia". PLoS Med 10(1): e1001366. doi:10.1371/journal.pmed.1001366.

ვისების არასაკმარისი დაფინანსებით.¹⁵ სამწუხაროდ, სხვა ქვეყნების მსგავსად, საქართველოშიც ჰოსპიტალური სერვისების აღნიშნული შემცირების კომპენსაცია არ მომხდარა ამბულატორიული და სათემო სერვისების განვითარებით.

ამჟამად, სტაციონარული მომსახურების მიწოდება ხდება ფსიქიკური ჯანდაცვის რამდენიმე დაწესებულების და ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში არსებული განყოფილებების საშუალებით. აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პოზიციის თანახმად, სასურველია სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება პაციენტებს მიეწოდებოდეს ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, თუმცა მრავალი ქვეყანა ჯერ კიდევ ძირითადად ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს ეყრდნობა.¹⁶ საქართველოში ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის განკუთვნილი საწოლების რაოდენობა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში 2014 წლის მდგომარეობით შეადგენდა 2,31-ს 100 000 მოსახლეზე, ხოლო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში - 32,32-ს 100 000 მოსახლეზე¹⁷. საქართველოში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე აღემატება მსოფლიო მასშტაბით საშუალო მაჩვენებელს (17,5 საწოლი 100 000 მოსახლეზე)¹⁸, თუმცა ეს მაჩვენებელი თითქმის 3-ჯერ ნაკლებია, მაგალითად, ლატვიის ანალოგიურ მაჩვენებელზე (105,09). ასევე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში 100 000 მოსახლეზე ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის განკუთვნილი საწოლების რაოდენობა ოცჯერ ნაკლებია, მაგალითად, ესტონეთის ანალოგიურ მაჩვენებელზე (47,05), რომელიც სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში განევის მოდელზე გადავიდა და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში 100 000 მოსახლეზე მხოლოდ 7,71 საწოლი მოდის.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოების და სტაციონარული განყოფილებების გარდა, ქვეყანაში არის 18 ამბულატორიული ფსიქიატრიული კლინიკა (ე.წ. დისპანსერები). მაგრამ, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები ქვეყანაში არათანაბრად არის განაწილებული: ღარიბ, მოშორებულ რეგიონებში სერვისების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი უფრო დაბალია. ლიცენზირებულ ფსიქიატრთა დაახლოებით ნახევარი (48%) მუშაობს ქვეყნის დედაქალაქ თბილისში.¹⁹

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასის (2011) თანახმად, ნეიროფსიქიატრიული დარღვევებით გამოწვეული ტვირთი დაავადების გლობალური ტვირთის დაახლოებით 22,8%-ს შეადგენს. 2006 წელს ჯანდაცვის საერთო დანახარჯი მთლიანი შიდა პროდუქტის 10.14%-ს შეადგენდა, ხოლო სახელმწიფოს მიერ გაწეული ჯანდაცვის ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე (PPP საერთაშ. ამერიკული დოლარი) 73 ამერიკული დოლარი იყო.

2006–2011 წლებში ჯანდაცვის დანახარჯები ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე საქა-

15 WHO, European health for all database (HFA-DB). ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://data.euro.who.int/hfad/> [ბოლოს ნანახია 24.02.2016].

16 ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/ [ბოლოს ნანახია 28.03.2016].

17 ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en> [ბოლოს ნანახია 28.03.2016].

18 ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: http://www.who.int/gho/mental_health/care_delivery/beds_hospitals/en/ [ბოლოს ნანახია 28.03.2016].

19 Makhashvili, van Voren, 2013.

რთველოში ხასიათდებოდა ზრდის ტენდენციით, მაგრამ ფსიქიკური ჯანდაცვის ხარჯების პროცენტული მოცულობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებთან მიმართებაში მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა და შეადგენს დაახლოებით 2.5%-ს.²⁰ საქართველოში ერთ სულ მოსახლეზე ფსიქიკურ ჯანდაცვაზე დანახარჯი აღწევს 2,8%-ს, რაც მნიშვნელოვნად ნაკლებია განვითარების ანალოგიური დონის მქონე ქვეყნების მონაცემებისგან (კურაციო. 2014).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ძირითადად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. კერძო და კორპორატიული დაზღვევის როლი ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსებაში საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს ქვეყანათა უმრავლესობაში, ძალიან შეზღუდულია.²¹

უკვე რამდენიმე წელია შეიცვალა მწვავე და ქრონიკული სტაციონარული მომსახურების დაფინანსება და გადაფასდა მწვავე და ქრონიკული შემთხვევები:

- მწვავე სტაციონარული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, არა უმეტეს ერთი შემთხვევის ღირებულებისა, რომელიც განსაზღვრულია 840 ლარით;
- გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება თვის ვაუჩერით, რომლის ღირებულებაც განსაზღვრულია 450 ლარით.

1995 წელს საქართველომ შეიმუშავა **ფსიქიკური ჯანდაცვის პროგრამა** (როგორც ახალი ზოგადი ჯანდაცვის პროგრამის ნაწილი), რომლის ფარგლებშიც ფსიქიატრიულ რეესტრში აღრიცხული, ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები იღებენ უფასო მომსახურებას როგორც საავადმყოფოებში, ასევე ამბულატორიულ კლინიკებში.²²

ამრიგად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება ხდება ფსიქიკური ჯანდაცვის ყოველწლიური სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რომლის ადმინისტრირებასაც ახდენს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; პროგრამა ყოველწლიურად გადაიხდება. პროგრამის ბიუჯეტი ორჯერ და მეტად გაიზარდა 2006-დან 2011 წლამდე, მიაღწია რა 12 მილიონ ლარს და კვლავაც აგრძელებს ზრდას (15 645 400 ლარი 2015 წელს).

ცხრილი 1 აღწერს ფსიქიატრიული მზრუნველობის სახელმწიფო ბიუჯეტი-სა და სერვისების ცვლილებებს 2006 წლიდან 2015 წლამდე პერიოდში. ცხრილი გვიჩვენებს დაფინანსების თანდათანობით ზრდას და სერვისების პაკეტის გამრავალფეროვნებას, რომლის შეთავაზებაც ხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის. თუმცა, ცხრილიდან ისიც ჩანს, რომ პრიორიტეტი ენიჭება სტაციონარული მომსახურების დაფინანსებას, რომ

20 საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2014. ფსიქიკური ჯანდაცვა საქართველოში: ბარიერები და მათი გადალახვისთვის შემოთავაზებული გზები. პოლიტიკის ნარკვევი. თბილისი.

21 აქვე აღსანიშნავია, რომ კერძო სექტორში არსებული სერვისი - მაგ; სტაციონარული კლინიკა ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების - „მენტალეიტა“- არ ხვდება სახელმწიფო რეგულირების და ზედამხედველობის ქვეშ.

22 Sharashidze, M., Naneishvili, G., Silagadze, T., Begiashvili, A. and Beria, Z. (2004). Georgia mental health country profile, *International Review of Psychiatry*, 16(1-2), 107-116.

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის დაფინანსება სრული სტაგნაციის მდგომარეობაშია და რომ ფინანსების მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილი გამოიყოფა ამბულატორიულ მზრუნველობაზე.

ცხრილი 1. ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი და შემადგენლობა 2006-2015 წლებში (ლარებში)

კომპონენტები	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ამბულატორიული მომსახურება	1 200 000	2 000 000	2 397 422	2 597 232	2 597 232	2 734 000	2 855 000	2 866 000	2 865 300	2 865 300
ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია		50 000	70 100	70 100	70 100	47 000	70 000	70 000	65 700	70 100
ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა				100 688	151 032	75 500	151 000	151 000	151 000	151 000
კრიზისული ინტერვენცია						14 000	520 500	662 485	662 300	662 300
თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება										96 800
ბავშვთა და მოზრდილთა სტაციონარული მომსახურება	3 750 000	4 900 000	5 882 558	6 933 780	6 933 780	7 457 000	9 244 400	9 280 800	10 420 300	10 778 700
						99 000				
ურგენტული სტაციონარული მომსახურება				45 000	45 000	45 000	97 600	3 190	0	0
ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მკურნალობა				48 000	144 000	144 000	164 200	225 000	445 900	481 200
ფსიქიკური დარღვევის მქონე პირთა თავშესაფრით მკურნალობა								466 500	526 600	540 000
სულ	4 950 000	6 950 000	8 350 100	9 794 800	9 941 144	10 615 500	13 102 700	13 725 000	15 137 100	15 645 400

ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

1. მწვავე შემთხვევების სტაციონარული მომსახურება;
2. გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება;
3. იმ პაციენტების მკურნალობით და დამატებითი მომსახურებით (დაცვა და უსაფრთხოება) უზრუნველყოფა, რომელთა მიმართაც არსებობს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლით გათვალისწინებული სასამართლო გადაწყვეტილება იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ.

დამატებითი მომსახურებებში შედის: კვება, პირადი ჰიგიენის საგნებითა და გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფა და სარეაბილიტაციო მომსახურება.

აღსანიშნავია პროგრამის მიერ დაფინანსებული კიდევ ერთი სერვისი - ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობს:

1. თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე 18 წლისა და მეტი ასაკის შუშმ პირების მომსახურებას;
2. 2014 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით 2014 წლის პროგრამით გათვალისწინებული ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა ინსტიტუციური პატრონაჟის კომპონენტით მოსარგებლე პირების მომსახურებას.

საქართველო ფინანსების დიდ ნაწილს ხარჯავს სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სერვისებზე (დაახლ 70%) და ეს მაჩვენებელი სტაბილურად მაღალი რჩება წლების მანძილზე. განვითარებული ევროპულ ქვეყნები დაახლოებით 9-31%-ს ხარჯავენ სტაციონარულ ფსიქიატრიულ სერვისებზე და გაცილებით მეტს - ამბულატორიულ სერვისებზე.

როგორც წესი, მწვავე სტაციონარული მომსახურება მოითხოვს ფსიქიკურ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ბიუჯეტის უდიდეს ნაწილს²³, ამიტომ სტაციონარში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობის შემცირება შეიძლება მნიშვნელოვან სისტემურ მიზანს წარმოადგენდეს, განსაკუთრებით თუ ამ გზით გამოთავისუფლებული რესურსები შეიძლება მოხმარდეს სერვისის სხვა კომპონენტებს.²⁴ სწორედ ამ პრობლემას ნააწყდა პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მონიტორინგის ჯგუფი მწვავე განყოფილებებში, რაზეც მონიტორინგის შედეგებში იქნება საუბარი.

ჯანდაცვის უნივერსალური დაფინანსების პერსპექტივიდან,²⁵ ფსიქიატრიული საავადმყოფოების დომინანტობა ზღუდავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ზოგად ხელმისაწვდომობას.

მზრუნველობის ყოვლისმომცველი ჯაჭვის დანერგვისთვის ქვეყანა საჭიროებს ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების განვითარებას - ამჟამად სახელმწიფო პროგრამა დაახლოებით 28%-ს გამოყოფს ამ სერვისებზე; მათ შორის თანამედროვე თემზე დაფუძნებული სერვისები ფინანსების მხოლოდ 4,5%-ს მოიხმარენ (ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმის ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020, საქართველოს მთავრობის ბრძანება N762, 2014 წლის 31 დეკემბერი).

საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემა **ადამიანური რესურსების მკვეთრ ნაკლებობას** განიცდის. ფსიქიატრების დეფიციტი საშუალო ევროპულ ინდექსთან შედარებით ორჯერ მეტადაა გამოხატული, რაც აბსოლუტურ რიცხვებში უდრის მინიმუმ 250 ფსიქიატრის ნაკლებობას (კურაციო, 2014). ეს შეეხება სხვა სპეციალისტებსაც, რაც ქვემოთ მოყვანილ მე-2 ცხრილშია ნაჩვენები.

23 Knapp M, Chisholm D, Astin J, Lelliott P, Audini B. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. Psychol Med 1997 May; 27(3): 681-92.

24 Sederer LI. Inpatient psychiatry: why do we need it? Epidemiol Psychiatr Soc 2010 October; 19(4):291-5.; Lelliott P, Bleksley S. Improving the quality of acute inpatient care. Epidemiol Psychiatr Soc 2010 October; 19(4):287-90.

25 The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, WHO, 2010.

**ცხრილი 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი
100 000 მოსახლეზე (2011)²⁶**

	საქართველო	საშუალო ევროპული ინდექსი
ფსიქოლოგი	12.8	22.2
ექთანი	7.68	45.3
სოციალური მუშაკი	2.9	60
ფსიქიატრი	6.87	11

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრის შესახებ 2015 წელს ჩატარებული კვლევამ²⁷ ცხადყო, რომ სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფი დანესებულების ჯამური მონაცემების მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი ორგანიზაციის თანამშრომლების საერთო რაოდენობის 40%-ზე ნაკლებია. მონაცემები ადასტურებს, რომ ჯამში, 19-დან 13 მომსახურების მიმწოდებლის შემთხვევაში სპეციალიზებული (ფსიქიკური ჯანმრთელობის) კადრის რაოდენობა ნაკლებია არასპეციალიზებული (ადმინისტრაციული და დამხმარე პერსონალი - ერთად) კადრის რაოდენობაზე. ამასთან, შესწავლილ ჯგუფში სამი ტიპის კადრთაშორისი მიმართების ზოგადი ტენდენცია შემდეგნაირად ნაწილდება: ყველაზე მრავალრიცხოვანია - დამხმარე პერსონალი (დარაჯი, მზარეული, დამლაგებელი, სანიტარი/ექთნის თანაშემწე), მას შემდეგ მოდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი და ბოლოს - ადმინისტრაციული პერსონალი.

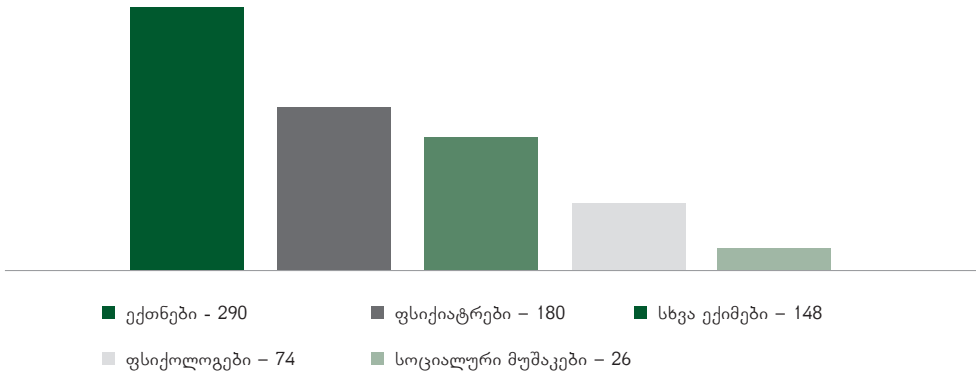
მომსახურებათა მიმწოდებელ ორგანიზაციებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი დასაქმებულია როგორც სრულ განაკვეთზე, ასევე ნახევარ განაკვეთზე და საათობრივად/კონსულტანტად (იხ. გრაფიკი 2). ჯამში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კადრის ყველაზე მრავალრიცხოვან (290) ჯგუფს წარმოადგენენ ექთნები, ხოლო ყველაზე მცირერიცხოვანს - სოციალური მუშაკები (26). ამასთან, გამოკითხულთაგან ყველა ორგანიზაციას ჰყავდა ფსიქიატრი, მხოლოდ 1-ს არ ჰყავდა ექთანი, 2-ს არ ჰყავდა ფსიქოლოგი, 5-ს არ ჰყავდა სხვა ექიმი და 10-ს არ ჰყავდა სოციალური მუშაკი.

რაც შეეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის კადრის თვითურ დაუბეგრავ ანაზღაურებას, ფსიქიატრთა ანაზღაურება საგრძნობლად (50%-ზე მეტით) აღემატება დანარჩენი ჯგუფების ანაზღაურებას, ხოლო სხვა ექიმების, ექთნების, ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების მედიანა ანაზღაურებანი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან. მათ შორის, ყველაზე მაღალი არის სოციალური მუშაკის (360 ლარი), ხოლო ყველაზე დაბალი „სხვა ექიმის“ ანაზღაურება (325 ლარი).

²⁶ ადაპტირებულია პუბლიკაციიდან: საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2014. ფსიქიკური ჯანდაცვა საქართველოში: ბარიერები და ათი გადალახვისთვის შემოთავაზებული გზები. პოლიტიკის ნარკვევი. თბილისი.

²⁷ საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია (2015). ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრი - ადგილობრივი ტენდენციები: კვლევის ანგარიში. თბილისი.

გრაფიკი 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი



დასკვნის სახით ეს ანგარიში გვთავაზობს შემდეგს: პროფესიული კადრის დასაქმების მიხედვით პირველ სამ პოზიციას იყოფენ ექთნები, ფსიქიატრები და სხვა ექიმები, ხოლო ბოლო ორს - ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები. ამასთან, ამ უკანასკნელთა რაოდენობა საგრძნობლად ჩამორჩება მათ წინამორბედთ. სპეციალისტის დატვირთვა ყველა ჯგუფში ვარიირებს ერთ სპეციალისტზე 31 ბენეფიციარიდან (სხვა ექიმი) 53 ბენეფიციარამდე (სოციალური მუშაკი). ზოგადად, აღინიშნება კვალიფიკაციის ამაღლების მექანიზმების ნაკლებობა.

საქართველოს ჯერ კიდევ წინ აქვს ფუნდამენტური ტრანსფორმაციის დასრულება ძველი საბჭოური ფსიქიატრიული ჯანდაცვის სტრუქტურულიდან ჰუმანური სისტემის მიმართულებით, რომელიც ადამიანის უფლებების საბაზისო სტანდარტებს დააკმაყოფილებს (გიფ-თბილისი (2007). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სექტორში არსებული სიტუაციის შეფასება. საანგარიშო მოხსენება. თბილისი). საქართველოში უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებული კვლევები გვიჩვენებს პრობლემის მასშტაბს და გამოხატულ კავშირს ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, სოციალურ გარიყვას და სიღარიბეს შორის (გიფ-თბილისი, 2009).

სტაციონარული პაციენტების ყველა უფლებების დარღვევები აღწერილია როგორც სახალხო დამცველის ანგარიშებში,²⁸ ასევე წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) ანგარიშებში, რაც ეფუძნება დახურული ფსიქიატრიული დანესებულებების რეგულარულ მონიტორინგს.

პოლიტიკის შემქმნელთათვის წლების განმავლობაში წარდგენილი მტკიცებულებები ადამიანის უფლებების დარღვევების შესახებ ძლიერ სტიმულს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმის პროცესის დაწყებისთვის.

28 ანგარიშები ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/0/100.pdf> და <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1726.pdf> ასევე <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/2/2253.pdf> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

2.3. საკანონმდებლო ჩარჩო

ზოგადად პროგრესულ ნაბიჯს წარმოადგენდა 2007 წელს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მიღება, რომელმაც, სხვა სიახლეებთან ერთად, განსაზღვრა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში სასამართლოს გადაწყვეტილების არსებობის აუცილებლობა და ფიზიკური შეზღუდვის სამართლებრივი საფუძვლები²⁹. ამ კანონიდან გამომდინარე კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით განისაზღვრა პრაქტიკული პროცედურები, როგორიცაა, მაგალითად, ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურები. 2009 წელს ქართველმა ექსპერტებმა გააანალიზეს კანონის განხორციელება,³⁰ რის საფუძველზეც მოხდა კანონში რამდენიმე შემდგომი ცვლილების შეტანა. მნიშვნელოვანი ცვლილებები შევიდა ასევე 2014 წელს, რომელთაგან განსაკუთრებით აღსანიშნავია იძულებით ფსიქიატრიულ მკურნალობასთან დაკავშირებული დებულებების შემოღება. გარდა ამისა, საკანონმდებლო ჩარჩოს შემდგომი დახვეწის კუთხით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ჰქონდა ქმედუნარიანობის საკითხთან დაკავშირებით საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებას.³¹

2.4. რეფორმის მიმდინარეობა

2004 წლიდან დაწყებული, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი სახელმწიფო ბიუჯეტის გაორმაგების შედეგად გაზრდილმა დაფინანსებამ საშუალება მისცა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, თანდათან გაეფართოებინა ფსიქიკური ჯანდაცვის არსებული სერვისები. აღნიშნული მოიცავდა მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესებას, ზოგიერთი წამყვანი ფსიქიატრიული დაწესებულების რეაბილიტაციას, იძულებითი მკურნალობის რეჟიმში მყოფი პაციენტების საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებას და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის ინიცირებას.

2008 წელს, სტაციონარული მომსახურების დაფინანსების ახალი მოდელის (გლობალური ბიუჯეტის) შემოღებამ გამოიწვია სტაციონარული პაციენტების რიცხვის თანდათანობითი შემცირება. თუმცა, ეს რეფორმები საკმარისი ხარისხით ვერ განხორციელდა.

2011 წელს დაწყებული ახალი რეფორმის უმნიშვნელოვანესი მიღწევა იყო დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის დასაწყისი. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იყო ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დახურვა, რომელიც 250 საწოლზე იყო გათვლილი. მოხდა საწოლების ე.წ. „რესტრუქ-

29 „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის N92/ნ ბრძანება.

30 გიფ-თბილისი (2009). ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის განხორციელების ანალიტიკური მიმოხილვა. თბილისი.

31 საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ, საქართველოს სახელით საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მეორე კოლეგიის გადაწყვეტილება №2/4/532,533, 2014 წლის 8 ოქტომბერი. ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2549051#> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

ტურიზაცია“. მწვავე პაციენტებისთვის განკუთვნილი საწოლები (30–საწოლიანი განყოფილებების სახით) გადანაწილდა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ახლადგახსნილ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განყოფილებებში (ამჟამად მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში ფუნქციონირებს 3 დეპარტამენტი მოზრდილებისთვის); ახალი, 10–საწოლიანი პედიატრიული ფსიქიატრიული განყოფილება გაიხსნა ზოგადი პროფილის N5 თბილისის საავადმყოფოში; დედაქალაქში, ასევე, დაარსდა ახალი დამოუკიდებელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი (ქავთარაძის ქუჩაზე), ისეთი სერვისებით, როგორიცაა მწვავე მდგომარეობების მკურნალობისთვის განკუთვნილი განყოფილება, გრძელვადიანი მკურნალობის განყოფილება და ამბულატორიული სამსახური, რომელიც, ასევე, მოიცავდა კრიზისული ინტერვენციის ცენტრს მობილური გუნდით (2015 წელს კრიზისულმა სამსახურმა ადგილმდებარეობა შეიცვალა). გარდა ამისა, გაიხსნა რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი გრძელვადიანი მომსახურებით (40 საწოლზე); კრიზისული გუნდები ამოქმედდა საქართველოს ზოგიერთ სხვა ქალაქშიც, მაგ. ბათუმში, რუსთავში და ქუთაისში.

2011 წლიდან შემოღებულ იქნა დაფინანსების ახალი მოდელი მწვავე და ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტებისთვის (ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა; 2011. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო).

ეს ცვლილებები დაყოვნებლივ აისახა მწვავე პაციენტების დაყოვნების ხანგრძლივობის³² შემცირებაში, საშუალოდ 2–3–თვიანი დაყოვნებიდან რეფორმამდელ პერიოდში – საშუალოდ 14–21 დღიან დაყოვნებამდე.³³ ამ ცვლილებების ფონზე, ექსპერტები, სერვისის მიმწოდებლები და მომხმარებლები აღნიშნავენ გრძელვადიანი დაყოვნების საწოლების ნაკლებობას, სათემო სერვისების დეფიციტს და დაფინანსების არაადეკვატურობას.

2011 წელს გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) ხელშეწყობით შემუშავდა საბაზისო მოდულები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის გადამზადებისთვის. ევროპელმა ექსპერტებმა ჩაატარეს ადგილობრივი პროფესიონალებისთვის ტრენინგები და 2011 წლის ზაფხულში დაიწყო გადამზადების პირველი ფაზა. ფსიქიკური ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალი თბილისიდან მინვეული იყო შერჩეულ ტრენინგ-კურსებზე, რომლებიც უფასოდ ჩაუტარდათ. ტესტების შედეგების თანახმად, გადამზადებულ პირთა 67%-მა შეიძინა აუცილებელი ცოდნა და უნარები. 2012 წლის ბოლოსთვის გადამზადებულ იყო ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს 300–ზე მეტი მუშაკი; ტრენინგის საბაზისო კურსი მოიცავდა 160 საათს, გაფართოებული კი – 240 საათს (გიფ–თბილისი, წლიური ანგარიში, 2012). ზოგიერთი სერვისის შემთხვევაში ექსპერტი ტრენინგები ახორციელებდნენ სამუშაო პროცესის არარეგულარულ ზედამხედველობას/სუპერვიზიას, შეძენილი უნარების ყოველდღიურ პრაქტიკაში სწორი გამოყენების უზრუნველყოფისთვის. სამწუხაროდ, პროგრამა შეწყდა შემდგომი დაფინანსების არარსებობის გამო

32 მწვავე პაციენტის შემთხვევაში, დაყოვნების ხანგრძლივობა გულისხმობს დროს სანყისი ჰოსპიტალიზაციიდან განვრამდე, ან გრძელვადიანი მოვლის განყოფილებაში გადაყვანამდე.

33 (საერთაშორისო ფონდი კურაციო. 2014. ფსიქიკური ჯანდაცვა საქართველოში: ბარიერები და მათი გადალახვისთვის შემოთავაზებული გზები. პოლიტიკის ნარკვევი. თბილისი).

და შესაძლებლობათა განვითარების აქტივობებში მონაწილეობა ვერ მიიღო რეგიონების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალმა.

2011 წლის ოქტომბერში მულტიდისციპლინურმა სამუშაო ჯგუფმა დაიწყო ქართული ეროვნული კლინიკური გაიდლაინების გადახედვა შიზოფრენიის და დეპრესიის მკურნალობასთან დაკავშირებით. ეს გადასინჯული გაიდლაინები მიეწოდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დასამტკიცებლად და 2013 წელს მოხდა მათი დამტკიცება. ქართველი ექსპერტების ჯგუფმა შეიმუშავა აგრეთვე ბავშვთა და მოზარდთა დეპრესიის გაიდლაინი.

სასურველი ცვლილებების განსახორციელებლად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შექმნა რეფორმის საკონსულტაციო საბჭო (ძირითადად ფსიქიატრებისგან შემდგარი). 2015 წლის თებერვალში სამინისტრომ განაახლა საბჭოს წევრობა და მასში შეიყვანა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მომხმარებლის ოჯახის წევრი (მინისტრის ბრძანება „საკონსულტაციო ორგანოს – ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის საბჭოს შექმნის შესახებ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ“ 01/530; 2015 წლის 25 თებერვალი). უნდა აღინიშნოს, რომ სამინისტროს მაღალი თანამდებობის პირები აქტიურ მონაწილეობას იღებენ დისკუსიებსა და კონსულტაციებში.

ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის სტრუქტურული რეფორმა მოითხოვს ხანგრძლივ თავდადებულ მუშაობას. რეფორმის ერთ-ერთ უდიდეს გამოწვევას წარმოადგენს ფრაგმენტირებული პროგრამების და სერვისების ინტეგრაცია და მკურნალობის პროცესში არსებული ნაპრალების ამოვსება ეფექტური და უწყვეტი მომსახურების უზრუნველყოფისთვის აუცილებელი სერვისების განვითარების გზით.

ამ გამოწვევის დაძლევისთვის ორ ძირითად ბარიერს ქმნის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისების დეფიციტი და სერვისის მომხმარებელთა - ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირების მოძრაობის არასაკმარისი სიძლიერე. მართალია, ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირების ხმა თანდათან ძლიერდება და გათვალისწინება უფრო ხშირად ხდება გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, მაგრამ საქართველოში მომხმარებელთა მხარდაჭერის პროგრამები ჯერ კიდევ მწირია.

ძალიან მნიშვნელოვანი გამოწვევა ფსიქიკური ჯანდაცვის გაუმჯობესების პროცესისათვის საქართველოში, ისევე როგორც რეგიონის ბევრ სხვა ქვეყანაში, არის რეზისტენტობა თავად სერვისის მიმწოდებელთა მხრიდან. ზოგადად, მკურნალობის სისტემაში არსებული ნაპრალების ამოვსების მიზანს მნიშვნელოვანი დაბრკოლება შეიძლება შეუქმნან თავად ფსიქიატრებმა.³⁴ ეს დაბრკოლება ფართოდაა გავრცელებული ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, სადაც ზოგადი დამახასიათებელი ნიშანია მომავლის შესახებ შფოთვა და რეფორმა ხშირად ავტომატურად აღიქმება საფრთხედ საკუთარი სიცოცხლისუნარიანობის მიმართ.

34 Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 370, 1164–1174.

2.5. სახელმწიფო კონსაფსია, სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა 2015-2020

პრობლემებსა და გამოწვევებზე სისტემური გზით რეაგირებისთვის საქართველოს პარლამენტმა 2013 წლის დეკემბერში მიიღო „ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო კონცეფცია“.³⁵ ეს არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის მთავარი დოკუმენტი ქვეყანაში. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „საქართველო აღიარებს ფსიქიკური ჯანდაცვის მნიშვნელობას“. მეტიც, „საქართველო იღებს ვალდებულებას, ორგანიზება გაუწიოს ქვეყნის შიგნით ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებას იმგვარად, რომ ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებმა მკურნალობა ჩაიტარონ ნაკლებად შემზღუდავ გარემოში, საკუთარ სახლში ან მისგან შეძლებისდაგვარად ახლოს, მათი საბაზისო საჭიროებებიდან გამომდინარე; უზრუნველყოს მათი უფლებებისა და ღირსების მაქსიმალური დაცვა და მათი სრულყოფილი და ეფექტური ჩართულობა საზოგადოებაში სხვებთან თანასწორობის საფუძველზე“. ეს მნიშვნელოვანი დებულებაა, რომელიც განსაზღვრავს რეფორმის სტრატეგიულ პრიორიტეტებს და ხაზს უსვამს სერვისების გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, რაც უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ე.წ. დაბალანსებული ზრუნვის პრინციპების მეშვეობით.

სახელმწიფო კონცეფცია განსაზღვრავს დაბალანსებული ზრუნვის მიმართულებას: „დაბალანსებული ზრუნვის მოდელის განვითარება მოიცავს როგორც სტაციონარულ, ასევე თემზე დაფუძნებულ მომსახურებას/სერვისებს და ითვალისწინებს ბალანსის შენარჩუნებას მედიკამენტურ და არამედიკამენტურ მკურნალობას შორის; პიროვნულ, ოჯახურ და საზოგადოებრივ ინტერესებს შორის; ასევე პრევენციის, მკურნალობის და რეაბილიტაციის მეთოდებს შორის“.

ქვეყანამ ასევე ღიად განაცხადა, რომ ეფექტური ზრუნვა უნდა იყოს ყოვლისმომცველი, კლიენტზე ორიენტირებული და უწყვეტი: „ზრუნვის უწყვეტი ჯაჭვის მიწოდება და ინტეგრაცია გულისხმობს ფსიქიკური ჯანდაცვის სხვადასხვა ფორმებისა და მეთოდების კოორდინირებული, თანმიმდევრული და უწყვეტი სისტემის შექმნას, რომელიც ფოკუსირდება მაქსიმალურად მდგრადი შედეგების მიღწევაზე, სერვისის მიმღებთა/პაციენტთა ინტეგრაციაზე ჯანდაცვისა და სოციალურ სერვისებში, ისევე როგორც მათ ჩართვასა და მონაწილეობაზე საზოგადოებაში, ნაცვლად იზოლაციისა“.

სახელმწიფო კონცეფციაში იდენტიფიცირებული მიზნების მისაღწევად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დაიწყო ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება 2015-2020 წლებისთვის, რომელიც დამტკიცდა 2014 წლის დეკემბერში³⁶.

ეს დოკუმენტი ითვალისწინებს და ეყრდნობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სამოქმედო გეგმას 2013-2020 წლებისთვის, რომელიც დამტკიცდა ჯან-

35 „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს პარლამენტის 2013 წლის 11 დეკემბრის დადგენილება, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2157098> [ბოლოს ნანახია 19.03.2016].

36 „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტისა და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876> [ბოლოს ნანახია 19.03.2016].

მრთელობის 66-ე მსოფლიო ასამბლეაზე.³⁷

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სამოქმედო გეგმის ოთხი მთავარი ამოცანაა:

- ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში ეფექტური ლიდერობისა და მმართველობის გაძლიერება.
- ფსიქიკური ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის ყოვლისმომცველი, ინტეგრირებული და სწრაფად მორეაგირე სერვისების მიწოდება თემის პირობებში.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის სტრატეგიების განხორციელება.
- ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში საინფორმაციო სისტემების, მტკიცებულებებისა და კვლევის გაძლიერება.

ქართული ეროვნული სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის შესავალ ნაწილში აღწერილია ჰოსპიტალური სექტორი:

80-იანი წლების ბოლოდან საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა. მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 3.09/10000, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული საწოლების რიცხვი საქართველოში შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე (მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში - 1.36/10000 მოსახლეზე). რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 1,015/10000, ხოლო საქართველოში ამგვარი სერვისი ჯერჯერობით არ არსებობს. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა ყველაზე მეტია ევროგაერთიანების ქვეყნებში $\approx 4.3/10000$, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი 0.1/10000-ს არ აღემატება.

იქვეა მითითებული, რომ “საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშის³⁸ და ევროპის საბჭოს 2013 წლის კვლევის³⁹ მიხედვით, საქართველოში სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში კვლავ გვხვდება ადამიანის უფლებების დარღვევის ფაქტები; ეს დაწესებულებები, სამწუხაროდ, მკურნალობის და მოვლის ხარისხობრივ სტანდარტებს ხშირად ვერ პასუხობს (გვ.3)”.

ეროვნული სამოქმედო გეგმის სტრატეგიული მიმართულებებია:

- სახელმწიფო მმართველობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში;
- ადამიანური რესურსების განვითარება;

37 WHO Mental Health Action Plan 2013-2020 (2013). WHO Geneva, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

38 საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი (2012) საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/0/100.pdf> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

39 ევროპის საბჭო (2013) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის შეფასება.

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა პენიტენციურ სისტემაში;
- საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება

თითოეულ მიმართულებას მოსდევს ამოცანების და ღონისძიებების ჩამონათვალი და შესრულების თარიღები. ესგ-ის მიხედვით, 2015 წლის ბოლოსთვის სახელმწიფოს საკუთარი მოქალაქეებისთვის უნდა შეეთავაზებინა:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის (მიმდინარეობისა და შედეგების) კოორდინაციისა და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეულის ფუნქციონირება
- ადამიანური რესურსების/კადრების საჭიროების იდენტიფიცირება
- დაენყო უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებსა და საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შემუშავება (მათ შორის პჯდ-სა და პენიტენციური სისტემისთვის)
- პენიტენციურ სისტემაში პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების შეფასება და საჭიროებათა კვლევა
- პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ინტეგრირებული, ერთიანი პროგრამის შექმნა
- საზოგადოების მობილიზაციის (ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ განათლების და ცნობიერების ასამაღლებლად) გრძელი და მოკლევადიანი სტრატეგიების შემუშავება
- დაენყო სუიციდის პრევენციის პროგრამების შემუშავება
- დაენყო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მათი ოჯახის წევრების ორგანიზაციების გაძლიერება
- დაენყო მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლების ცოდნის ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკის საკვანძო საკითხებში.

სამწუხაროდ, 2015 წლის ბოლოსთვის სამინისტროს საზოგადოებისთვის ამ ვალდებულებების შესრულების ანგარიში არ წარუდგენია.

2.6. ქმედუნარიანობის სისტემის რეფორმა საქართველოში

მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ქმედუნარიანობის სისტემის რეფორმა საქართველოში, რაც ითვალისწინებს საქართველოს კანონმდებლობაში ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის შეცვლას ფსიქიკური დაავადების მქონე პირების მიმართ. განხორციელდა რეფორმა 4 ძირითადი მიმართულებით:

- ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის გადახედვა და საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებასთან და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ კონვენციის დებულებებთან შესაბამისობაში მოყვანა. იმ პირების მიმართ, რომლებიც „ჭკუასუსტობის“ ან „სულიერი აშლილობის“ საფუძველზე მიჩნეული იყვნენ ქმედუნარიანობად, შემოთავაზებულია ინდივიდუალური შეფასების შემოღება, რომელიც არ დაეფუძნება მხოლოდ სამედიცინო მოდელს და მასში მნიშვნელოვან ადგილს დაიჭერს სოციალური შეფასების სისტემა.
- სასამართლოს მიერ ქმედუნარიანობასთან დაკავშირებული საქმეების განხილვისათვის სპეციალური დებულებების შემოღება, რომლითაც უზრუნველყოფილი იქნება ამ პირთა პროცესუალური უფლებების დაცვა.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში შემავალი მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს, როგორც სახელმწიფო წარმომადგენლის, როლის გაძლიერება, უფლება-მოვალეობების ჩამოყალიბება.
- პირის ინდივიდუალური შეფასებისა და სოციალური მოდელის ასახვის მიზნით, სსიპ „ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს“ მიერ პირის ინდივიდუალური შეფასებისათვის ახალი სისტემის შემოღება, რომლის თანხმად შეფასება/ექსპერტიზის დასკვნა გაიცემა მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ.

ამ ცვლილებების მიღებით მოხდა სრული უგულებელყოფის სისტემის ნაცვლად, მხარდაჭერისა და გამონაკლის შემთხვევებში, ჩანაცვლების მექანიზმების შემოღება. ასეთი მასშტაბური საკანონმდებლო ცვლილება განპირობებული იქნა საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მიერ 2014 წლის 8 ოქტომბერს მიღებული გადაწყვეტილებით⁴⁰, რომლითაც მან არაკონსტიტუციურად ცნო ფსიქიკური აშლილობების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ქმედუნარიანობის შეზღუდვის არსებული საკანონმდებლო რეგულაციები.

⁴⁰ საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ, საქართველოს სახელით საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მეორე კოლეგიის გადაწყვეტილება №2/4/532,533, 2014 წლის 8 ოქტომბერი. ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2549051#> [ბოლოს ნანახია 19.03.2016].

3. არასათანადო მოპყრობა

არავინ არ უნდა დაექვემდებაროს წამებას,⁴¹ არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას.⁴² სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-10 მუხლის თანახმად, ყველა თავისუფლებაა ღირსეულად პირს აქვს უფლება, რომ ჰუმანურად მოექცნენ და პატივი სცენ მის ადამიანის პიროვნებისათვის დამახასიათებელ ღირსებას. გაეროს ადამიანის უფლებათა კომიტეტის განმარტებით, „ადამიანის ღირსების პატივისცემა წარმოადგენს საერთაშორისო სამართლის ნორმას, რომლისგანაც დაუშვებელია ყოველგვარი გადახვევა.“⁴³

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის მე-15 მუხლის შესაბამისად, არავინ არ უნდა გახდეს წამების, სასტიკი, არაჰუმანური და დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის მსხვერპლი. კერძოდ, არავისზე არ უნდა ჩატარდეს სამედიცინო ან სამეცნიერო ექსპერიმენტი მისი ნებაყოფლობითი თანხმობის გარეშე. მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ყველა ეფექტური საკანონმდებლო, ადმინისტრაციული, იურიდიული და სხვა ზომები, რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვა წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან, სხვებთან თანასწორობის საფუძველზე.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ვიზიტების მიმდინარეობისას მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო არაერთი შეტყობინება პაციენტთა მიმართ ფიზიკური ძალადობის და სიტყვიერი შეურაცხყოფის შესახებ. ამასთან, მონიტორინგის ჯგუფის შეფასებით, არასათანადო მოპყრობად შეიძლება შეფასდეს პაციენტთა ზოგიერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში უკიდურესად ცუდ პირობებში მოთავსება, რიგ შემთხვევებში, ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის ფაქტები, ფიზიკური შებოჭვის მეთოდების და ინექციის სხვა პაციენტთა თანდასწრებით გამოყენება, სომატური დაავადებების დროული და ადეკვატური მკურნალობის ხელმიუწვდომლობა, უგულვებელყოფის პირობებში ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია და არანებაყოფლობითი სამედიცინო ინტერვენცია.⁴⁴

41 წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის წინააღმდეგ გაეროს კონვენციის პირველი მუხლის თანახმად, „კონვენციის მიზნებისათვის განსაზღვრება „წამება“ ნიშნავს ნებისმიერ მოქმედებას, რომლითაც რომელიმე პირს განზრახ აყენებენ ძლიერ ტკივილს ან ტანჯვას, ფიზიკურს და ზნეობრივ, რათა მისგან ან მესამე პირისაგან მიიღონ ცნობები ან აღიარება, დასაჯონ ქმედებისათვის, რომელიც მან ან მესამე პირმა ჩაიდინა ან რომლის ჩადენაშიც იგი ეჭვმიტანილია, აგრეთვე დააშინონ ან აიძულონ იგი ან მესამე პირი ან ნებისმიერი მიზეზით, რომელსაც საფუძველად უდევს ნებისმიერი ხასიათის დისკრიმინაცია, როცა ასეთ ტკივილსა და ტანჯვას აყენებს სახელმწიფოს თანამდებობის პირი ან სხვა ოფიციალური პირი, ან მათი ნაქვებით, ნებართვით და მდუმარე თანხმობით. ამ განსაზღვრებაში არ იგულისხმება ტკივილი და ტანჯვა, რომლებიც წარმოიშობა მხოლოდ კანონიერ სანქციათა შედეგად, ამ სანქციათა განუყოფელი ნაწილია ან შემთხვევით არის მათგან გამოწვეული.

42 ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენცია, მუხ. 3.

43 გაეროს ადამიანის უფლებათა კომიტეტის N29 ზოგადი კომენტარი, CCPR/C/21/Rev.1/Add.11 (2001), 2001 წლის 31 აგვისტო, პარ. 13(a), ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ვებზე, შემდეგ მისამართზე: <http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2fC%2f21%2fRev.1%2fAdd.11&Lang=en> [ბოლოს ნანახია 29.03.2016].

44 ეს პრობლემები დეტალურად მიმოხილულია ქვემოთ, შესაბამის თავებში.

ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებმა მიიღეს ინფორმაცია პაციენტების მიმართ ძალადობის ფაქტებზე. კერძოდ, 8 პაციენტმა მიუთითა, რომ მათზე ფიზიკურ ძალადობას ადგილი ჰქონდა ექთნის თანაშემწეების (სანიტრების) მხრიდან⁴⁵. ამასთან, პაციენტების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ ფიზიკურ ძალადობას ასევე ადგილი აქვს პაციენტებს შორის.

გამოკითხული პაციენტები განმარტავენ, რომ სანიტრების მხრიდან ძალადობა გამოიხატა ხელებით და ჯოხებით ცემაში. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული პაციენტებიდან სამს აღენიშნებოდა სხეულის დაზიანებები, კერძოდ, სილურჯეები და სისხლჩაქცევები ზედა კიდურების და თვალბუდის არეში⁴⁶. საგულისხმოა, რომ ზემოაღნიშნული დაზიანებები არ იყო დაფიქსირებული პაციენტთა სამედიცინო დოკუმენტაციაში. ასევე ნიშანდობლივია ის გარემოება, რომ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრების მიერ ქალთა განყოფილების ერთსართულიან კორპუსში, ექთნების ოთახში, კარადასა და კედელს შორის აღმოჩენილი იქნა პაციენტების მიერ ნახსენები ჯოხები, რომლითაც სავარაუდოდ ხდებოდა პაციენტების ცემა⁴⁷.



შემონებების შედეგებზე დაყრდნობით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ა.ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არსებობს პაციენტების მიმართ სისტემური ძალადობის მაღალი რისკი. შემონებებამ გამოავლინა, რომ დაწესებულებაში არსებობს პერსონალის მხრიდან პაციენტების მიმართ აგრესიული დამოკიდებულება.

2015 წლის 28 ოქტომბერს, საქართველოს სახალხო დამცველმა ზემოთ აღნიშნულ ფაქტებზე ეფექტური გამოძიების ჩატარების წინადადებით მთავარ პროკურორს მიმართა. საქართველოს მთავარი პროკურატურის 2015 წლის

45 ვინაიდან პაციენტებმა განაცხადეს, რომ ისინი თავს დაცულად არ გრძნობენ, ამ ეტაპზე თავი შეიკავეს საგამოძიებო ორგანოსთვის ოფიციალურად მიმართვისგან. შესაბამისად, კონფიდენციალურობის პრინციპიდან გამომდინარე ვერ განვდით ინფორმაციას ამ პაციენტების ვინაობის შესახებ.

46 მითითებული პაციენტებიდან 1 იყო მამაკაცი, 2 კი ქალი.

47 სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრების მიერ განხორციელდა აღნიშნული ჯოხების ფოტოგადაღება. მტკიცებულებების განადგურების თავიდან აცილების მიზნით, აღნიშნული ჯოხების აღმოჩენის ფაქტი არ იქნა გამჟღავნებული დაწესებულების პერსონალისთვის.

25 დეკემბერის წერილით⁴⁸ სახალხო დამცველს ეცნობა, რომ 2015 წლის 31 ოქტომბერს, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ხაშურის რაიონულ სამმართველოში დაიწყო გამოძიება სისხლის სამართლის N038311015001 საქმეზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 126-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით. გამოძიების პროცესში დათვალიერდა შემთხვევის ადგილი, დაიკითხნენ მოწმეები, ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ქალთა და კაცთა განყოფილებაში მომუშავე პერსონალი. საავადმყოფოში მოთავსებულ 53 ქალის და 43 მამაკაცის ჯანმთელობის ხარისხის დასადგენად დაინიშნა სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზები. საქართველოს მთავარი პროკურატურის 2016 წლის 4 თებერვლის წერილით⁴⁹ სახალხო დამცველს დამატებით ეცნობა, რომ გამოძიების პროცესში არ დაკითხულან საავადმყოფოში მოთავსებული პაციენტები მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. ამ ეტაპისთვის საქმეზე კონკრეტული პირი ბრალდებულად ცნობილი არ არის. გამოძიება გრძელდება.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, საქართველოს მთავარი პროკურატურის განმარტება პაციენტთა არდაკითხვის თაობაზე დასაბუთებული არ არის და ეჭვქვეშ აყენებს გამოძიების ეფექტურობას. უფრო მეტიც, წერილში იკვეთება ფსიქიატრიული დანესებულებების პაციენტების მიმართ სტერეოტიპული დამოკიდებულება, თითქოს მათ არ შეეძლოთ საგამოძიებო ორგანოსათვის სარწმუნო ინფორმაციის მიწოდება. ამ საკითხთან მიმართებით აღსანიშნავია, რომ საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 50-ე მუხლის მე-2 ნაწილის თანახმად, არ შეიძლება გამოიკითხოს ან მოწმედ დაიკითხოს პირი, რომელსაც ფიზიკური ან ფსიქიკური ნაკლის გამო არ შეუძლია სწორად აღიქვას, დაიმახსოვროს და აღიდგინოს საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე გარემოებები და მიაწოდოს ინფორმაცია ან მისცეს ჩვენება. როგორც ნორმის ფორმულირებიდან ნათლად ჩანს, მოწმის არდაკითხვის საფუძველი ავტომატურად არ შეიძლება იყოს მოწმის შეზღუდული შესაძლებლობები. ნორმაში აქცენტი კეთდება პირის უუნარობაზე, სწორად აღიქვას, დაიმახსოვროს ან აღიდგინოს საქმისათვის მნიშვნელობის მქონე გარემოებები და მისცეს ჩვენება.

თავისთავად არასწორია იმის დაშვება, რომ სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსებული ყველა პაციენტი მოკლებულია ზემოთ ხსენებულ უნარს. თუ ასეთი დაშვება გაკეთდება, გამოდის, რომ არც მონიტორინგის და არც გამოძიების ორგანომ არ უნდა გამოიკითხოს და დაკითხოს ფსიქიატრიულ დანესებულებაში მყოფი პაციენტი, რაც პირდაპირ ეწინააღმდეგება გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის მე-13 მუხლს (მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობა), რომლის თანახმადაც, მონაწილე სახელმწიფოები უზრუნველყოფენ მართლმსაჯულების ეფექტურ მისაწვდომობას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის, იმ პროცესუალური და ასაკთან შესაბამისი კორექტივების გათვალისწინებით, რომელიც ხელს უწყობს მათ მიერ პირდაპირი და არაპირდაპირი მონაწილის როლის ეფექტურად განხორციელებას, მათ შორის, მოწმის სახით, იურიდიული პროცედურების ყველა საფეხურზე, გამოძიებისა და საქმეთა წარმოების სხვა საწყისი საფეხურების ჩათვლით.

48 N13/80119

49 N13/6551

ხსენებული კონვენციის მე-13 მუხლი სახელმწიფოს აკისრებს ვალდებულებას, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის მართლმსაჯულების ეფექტური მისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის, ხელი შეუწყოს სამართლის ადმინისტრირების სფეროში მომუშავე, მათ შორის პოლიციისა და ციხის პერსონალის შესაბამის განათლებას. ამდენად, მნიშვნელოვანია უზრუნველყოფილი იქნას საქართველოს სხვადასხვა საგამოძიებო ორგანოს გამომძიებლების და პროკურორების მომზადება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის საკითხებზე. ასევე მიზანშეწონილია შეიქმნას შესაბამისი, სპეციალური რეგულაციები.⁵⁰

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ინტერვიუებული ერთ-ერთი პაციენტი ძალადობაში ექთნების თანაშემწეებს (სანიტრებს) ან მათ მიერ ნაქეზებულ პაციენტებს ადანაშაულებს. მისი განცხადებით, სანიტრები ზოგჯერ სხვა პაციენტებს აქეზებენ მის წინააღმდეგ და შეიძლება მათ თავში ჯამი ჩაარტყან ან ყელში მუშტი მიაბჯინონ. იგივე პაციენტი ამბობს, რომ პაციენტებს “იშვიათად აბამენ”, მაგრამ თუ პაციენტი აღზნებულია “სანიტრები შემოეხვევიან, პაციენტებიც ეხმარებიან, შეიძლება ცემონ; პაციენტი ჩერდება და ნემს უკეთებენ და ისე აწყნარებენ; პაციენტები ერთმანეთს საცემრად ჯოხით მისდევენ, სანიტრებსაც აქვთ ჯოხები”.

ერთ-ერთ პაციენტს ინტერვიუს დროს ცხვირზე ნახეთქი ზედაპირული ჭრილობა და მარცხნივ თვალბუდის არეში სისხლნაჟღენთი აღენიშნებოდა. ის ამბობს, რომ ავადმყოფები მას ხშირად სცემენ და ამაში სანიტრებსაც ადანაშაულებს. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ქალთა განყოფილების ერთ-ერთ პაციენტს მარცხენა თვალბუდის არეში და საფეთქლის მიდამოში სისხლნაჟღენთები, ხოლო მარჯვენა წარბის არეში ექსკორიაცია. პაციენტმა განაცხადა, რომ “თავი კედელზე არტყმევინეს”. ჰიგიენური თვალსაზრისით ქალთა განყოფილების პაციენტთა უმრავლესობის თმის მოკლედ შეჭრის ფაქტთან დაკავშირებით განმარტა, რომ თმის მოკლედ შეჭრაზე პაციენტმა უარი განაცხადა, მაშინ ე.წ. „უბორშიკები“ (ქალი პაციენტები, რომლებიც გაყოფილებებში დამლაგებლის როლს ასრულებენ) სცემენ მას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში შესვლისთანავე შეიმჩნეოდა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან პაციენტების მიმართ უხეში, აგრესიული დამოკიდებულება, რაც გამოიხატებოდა მიმართვის არაკორექტულ ფორმაში. პაციენტები ინტერვიუების პროცესში იხსენებდნენ ცინიკური დამოკიდებულების შემთხვევებს ექთნის თანაშემწეების მხრიდან. ერთ-ერთი პაციენტის გადმოცემით, ფსიქოლოგიურ ძალადობასთან ერთად ადგილი აქვს ფიზიკური ძალადობასაც, რაც უმეტესად გამოიხატება თავზე წამორტყმაში. რამდენიმე პაციენტმა გაიხსენა ერთ-ერთ სანიტრის მხრიდან გასაღებების ასხმის პაციენტისთვის თავში ჩარტყმის ფაქტი. პაციენტების გად-

50 სანტერესოა ამ კუთხით გაერთიანებულ სამეფოში არსებული რეგულაციები და პრაქტიკა. კანონმდებლობა შეგიძლიათ იხილოთ შემდეგ მისამართზე: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2003/44/contents> საკითხის შესახებ დამატებითი ინფორმაცია ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართებზე: http://www.cps.gov.uk/legal/v_to_z/victims_and_witnesses_who_have_mental_health_issues_and_or_learning_disabilities_-_prosecution_guidance/ ასევე https://www.cps.gov.uk/publications/docs/supporting_victims_and_witnesses_with_mental_health_issues.pdf დამატებით https://www.judiciary.gov.uk/wp-content/uploads/JCO/Documents/judicial-college/ETBB_Mental_disability_2013+_finalised_.pdf [ბოლოს ნანახია 26.02.2016].

მოცემით, ხშირად აქვს ადგილი პაციენტების პროვოცირებას, მათი შემდგომი დასჯის მიზნით. პაციენტთა თქმით, ნებისმიერ საკითხზე პროტესტის გამოხატვის შემთხვევაში მათ ქიმიური (ინექცია) და ფიზიკური შეზღუდვით ემუქრებიან. რამდენიმე პაციენტმა გაიხსენა ექთნის მიერ დერეფანში, სხვა პაციენტთა თვალწინ ინექციის გაკეთების შემთხვევები.

რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიურ საავადმყოფოში (ხელვაჩაური) - პაციენტების ინტერვიუების შედეგად ირკვევა, რომ დასაშინებლად “გისოსებიან პალატაში გადაჰყავთ ადამიანები და კეტავენ”. ერთ-ერთმა პაციენტმა მონიტორინგის ჯგუფს უთხრა, რომ “დერეფანში დაიჭირეს სანიტრებმა და ნემსი გაუკეთეს”, რა დროსაც შემოეხა ტანსაცმელი. ეს ფაქტი დაადასტურა მის პალატაში მყოფმა სხვა პაციენტმაც.

„უნიმედი კახეთის“ ფსიქიატრიული განყოფილების ერთ-ერთმა პაციენტმა განაცხადა, რომ პერსონალმა ფიზიკური შეურაცხყოფა მიაყენა, ამის შემდეგ ფიზიკურად შეზღუდეს და ინექციაც გაუკეთეს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუთირი) განყოფილებების მიხედვით მოპყრობის კუთხით მდგომარეობა განსხვავდება. ზოგიერთ განყოფილებაში პაციენტები პერსონალის მხრიდან ფიზიკური ძალადობის და სიტყვიერი შეურაცხყოფის ფაქტებზე არ მიუთითებენ, აცხადებენ, რომ მოპყრობა გაუმჯობესებულია. ზოგ განყოფილებაში პაციენტები აცხადებენ, რომ პერსონალი მათ უხეშად ეპყრობა, უყვირის და ფიზიკური ძალადობით ემუქრება. პაციენტები ასევე ჰყვებიან: „გვაფიქსირებენ დერეფანში, სადაც დაცვის ბიჭები გვიყურებენ“, „ნემსსაც ექთანი იქვე გვიკეთებს, სანიტარი - საბანს გვაფარებს ხოლმე“.

ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში თვალში საცემი იყო ის ფაქტი, რომ თითქმის ყველა ბენეფიციარს თმა ძალიან მოკლედ ჰქონდა შეჭრილი. დანესებულების პერსონალის განმარტებით, თმების მოკლედ შეჭრა ხდება დატილიანების თავიდან ასაცილებლად. დალაქის ფუნქციას ასრულებს დიასახლისი.

ბენეფიციარებთან ინტერვიუს შედეგად გამოიკვეთა პრაქტიკა, როდესაც წინასწარ არ ხდება ბენეფიციარებისთვის ინფორმაციის მიწოდება, თუ რა პრევენციული ღონისძიებისთვის არის აუცილებელი თმის დამოკლება და მათგან ამ პროცედურის შესახებ თანხმობის მიღება. ზოგჯერ თმის შეჭრა ხდება არანებაყოფლობით, ძალადობრივად, რაც ღირსების შემლახავია ბენეფიციარებისთვის და მათ მიერ ფასდება, როგორც ძალადობა და უხეში მოპყრობა. ანალოგიური ინფორმაცია მონიტორინგის ჯგუფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუთირი) მოთავსებულმა რამდენიმე ქალმა პაციენტმაც მიაწოდა.

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ, განჩინებაში საქმეზე **იანკოვი ბულგარეთის წინააღმდეგ**, განაცხადა, რომ პატიმრის თმის იძულებით, ძალადობრივად, სამართლებრივი საფუძვლისა და შესაბამისი დასაბუთების გარეშე გადაპარსვა, საქმის კონკრეტული გარემოებებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია დაკვალიფიცირდეს, როგორც დამამცირებელი მოპყრობა.⁵¹ მართა-

51 იანკოვი ბულგარეთის წინააღმდეგ (Yankov v. Bulgaria), 2003 წლის 11 დეკემბრის განჩინება, საჩივრის N39084/97, პარ. 114-121.

ლია, პერსონალის განმარტებით, თმის შეჭრა დატილიანების, ანუ ჰიგიენური პირობების დაცვის მიზნით ხდება, მაგრამ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, გაუმართლებელია თმის იძულებით, ძალის გამოყენებით, შეჭრის/ გადაპარსვის პრაქტიკა. მნიშვნელოვანია ჰიგიენის დაცვის უზრუნველყოფა ალტერნატიული ზომების გამოყენებით და თუ არსებობს ასეთი პროცედურის ჩატარების აუცილებლობა, ეს პაციენტს გასაგებად უნდა აუხსნან და სცადონ მისი თანხმობის მიღება.

რეკომენდაციები

რეკომენდაცია საქართველოს მთავარ პროკურორს

- უზრუნველყოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში როგორც უშუალოდ პერსონალის მიერ, ასევე პერსონალის ნაქეზებით პაციენტთა მიმართ ფიზიკური ძალადობის ყველა შემთხვევის ეფექტური გამოძიება
- უზრუნველყოს პროკურორთა მომზადება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა დაკითხვის სპეციფიკაში
- შეიმუშაოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა დაკითხვის გაიდლაინები

საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრს

- უზრუნველყოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართ ძალადობის ფაქტებზე ადეკვატური რეაგირება
- უზრუნველყოს გამომძიებელთა მომზადება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა დაკითხვის სპეციფიკაში

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- უზრუნველყოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის რეგულარული სწავლება ადამიანის უფლებების დაცვის, აწიტირებული პაციენტის მართვის, არაძალისმიერი დეესკალაციის და ფიზიკური შეზღუდვის ზომების გამოყენების საკითხებში
- დაუყოვნებლივ შეიმუშაოს და განახორციელოს სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუთირი) და ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არსებული უკიდურესად მძიმე, ადამიანის ღირსების შემლახავი პირობების, აღმოფხვრის გეგმა და უზრუნველყოს ამ დაწესებულებებში მოთავსებული პაციენტების მოთავსება ადამიანის ღირსებასთან თავსებად პირობებში და თერაპიულ გარემოში; ამავდროულად მიიღოს ყველა

საჭირო ზომა, რათა ხელი შეუწყოს იმ პაციენტთა სტაციონარიდან განწერა, რომელთა სტაციონარში დაყოვნების სამედიცინო ჩვენება არ არსებობს

ფსიქიატრიული დაწესებულების ღირებულებას

- აწარმოონ ფხიზელი მეთვალყურეობა საკუთარი პერსონალის, განსაკუთრებით ექთნის თანაშემწეების, ქცევაზე და რეგულარულად შეახსენონ მათ, რომ პაციენტთა მიმართ ნებისმიერი ფორმის არასათანადო მოპყრობა მიუღებელია და მკაცრად დაისჯება; ასეთი მოპყრობის აღმოჩენის შემთხვევაში მოახდინონ ადეკვატური რეაგირება, მათ შორის შეატყობინონ საგამოძიებო ორგანოს
- უზრუნველყონ პერსონალის რეგულარული სწავლება ადამიანის უფლებების დაცვის, აწიტირებული პაციენტის მართვის, არაძალადობრივი დეესკალაციის და ფიზიკური შეზღუდვის ზომების გამოყენების საკითხებში
- უზრუნველყონ დაწესებულებაში არსებული მატერიალური პირობების გაუმჯობესება, რათა პაციენტები იმყოფებოდნენ ადამიანის ღირსებასთან თავსებად პირობებში და თერაპიულ გარემოში
- უზრუნველყოს ადამიანის ღირსების შემლახავი ნებისმიერი პრაქტიკის აღმოფხვრა და პრევენცია
- უზრუნველყოს იმ პაციენტთა სტაციონარიდან განწერა, რომელთა სტაციონარში დაყოვნების სამედიცინო ჩვენება არ არსებობს

4. პაციენტთა შორის ძალადობა, უსაფრთხოება

ფსიქიატრიული დაწესებულება, როგორც წესი, უნდა იყოს უსაფრთხო ადგილი, როგორც პაციენტებისთვის, ასევე პერსონალისთვის. ფსიქიატრიულ პაციენტებს უნდა მკურნალობდნენ პაციენისცემითა და ღირსების დაცვით, უსაფრთხო, ჰუმანურ გარემოში, მათი არჩევანისა და თვითგამორკვევის პაციენისცემით. ამ მხრივ, მინიმალური მოთხოვნაა პერსონალის მხრიდან პაციენტების ან პაციენტთა შორის ძალადობისა და შეურაცხყოფის თავიდან აცილება.⁵²

მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არსებობს პაციენტთა შორის ძალადობის და უსაფრთხოების სათანადოდ დაცვის პრობლემა. ასე მაგალითად, **ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში** ხშირია პაციენტთა შორის კონფლიქტური სიტუაციები. პაციენტებს შორის შეინიშნება გარკვეული, არაფორმალური იერარქია. ერთ-ერთი პაციენტის განცხადებით, კონფლიქტები ხდება ტელევიზორით სარგებლობასთან დაკავშირებითაც. მწვავე განყოფილებაში მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ინტერვიურებულ ერთ-ერთ ახალგაზრდა მამაკაცს თვალის არეშე სილურჯე აღენიშნებოდა, რაც არ იყო დოკუმენტირებული პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ სტაციონარში მოთავსების დროს გაკეთებულ ჩანაწერში და არც მიმდინარე ჩანაწერებში. დოკუმენტაციის შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ ეს პაციენტი ორჯერ, სხვადასხვა დროს ფიზიკურად იყო შებოჭილი სხვა პაციენტებთან კონფლიქტის გამო.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში პაციენტები აცხადებენ, რომ სამედიცინო პერსონალის და დაცვის თანამშრომლების მხრიდან პაციენტებისადმი დამოკიდებულება ამორჩევითაა, “მიკერძოებული”; არსებობენ “ელიტარული პაციენტები”. პაციენტები ასევე საუბრობენ პაციენტთა შორის კონფლიქტზე და ფიზიკური დაპირისპირების ფაქტებზე.

ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში პაციენტთა შორის ძალადობას სისტემატური ხასიათი აქვს. მონიტორინგის ჯგუფის ვიზიტის მიმდინარეობისას, მამაკაცთა განყოფილების დერეფანში პაციენტების დიდი ნაწილი ფსიქო-მოტორულად აგზნებული იყო, ყვიროდნენ და ერთმანეთს ეჩხუბებოდნენ. ქალთა განყოფილებიდან გამოდიოდა პაციენტების ჩხუბის ხმა და ტირილი. ერთ-ერთი პაციენტი მეორე პაციენტს ემუქრებოდა, ხოლო მეორე პაციენტი თხოვდა, არ დაერტყა. მონიტორინგის ჯგუფის დაკვირვებით, დაწესებულების პერსონალი ვერ ახდენდა დროულ და ადეკვატურ რეაგირებას, რაც სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შემოფოთებას იწვევს.

ინტერვიურებულ მამაკაც პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს სახეზე სისხლნაჟღერებები და ექსკორიაციები აღენიშნებოდა და ისინი აცხადებდნენ, რომ პაციენტებმა სცემეს. ინტერვიურებული მამაკაცი პაციენტები საუბრობენ პაციენტებს შორის ძალადობის ფაქტებზე და მათი განმარტებით, პაციენტებზე ძალადობის

52 ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მე-16 საერთო ანგარიში [CPT/Inf (2006) 35], პარ. 37, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm> [ბოლოს ნანახია 10.03.2016].

მხრივ ძირითადად სანიტრების მიერ „პრივილეგირებული“ მამაკაცთა განყოფილების ორი პაციენტი და ქალთა განყოფილების ე.წ. „უბორშიკები“ (დამლაგებლები) გამოირჩევიან.

პაციენტებს შორის კონფლიქტსა და ძალადობას ხშირად აქვს ადგილი სასადილოში. კონფლიქტის მიზეზს ძირითადად პაციენტების მიერ ერთმანეთისთვის საკვების წართმევა წარმოადგენს, არის შემთხვევები, როდესაც ზოგიერთი პაციენტის საკვების გარეშე რჩება. ერთმანეთთან ჩხუბის მიზეზი ასევე ხდება პალატებიდან საჭმლის, სიგარეტის ან ტანსაცმლის მოპარვა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, დაწესებულებაში არ ხდება კონფლიქტების და ძალადობის ფაქტების და ამ ფაქტების საპასუხოდ გატარებული ღონისძიებების დოკუმენტირება, რაც აჩენს საფუძვლიან ეჭვს, რომ დაწესებულების პერსონალი ცდილობს დაფაროს პრობლემები ან/და ავლენს შექმნილი მდგომარეობისადმი შემგუებლურ დამოკიდებულებას.

ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, პერსონალის განმარტებით, რიგ შემთხვევებში, ადგილი აქვს პაციენტებს შორის კონფლიქტებს და ძალადობას. ასე მაგალითად, ერთ-ერთმა პაციენტმა სხვა პაციენტს სახეში შეშის ნაჭერი ჩაარტყა. პერსონალის განმარტებით, ასეთი შემთხვევები მოულოდნელად ხდება და პრევენცია ვერ ხერხდება. აღსანიშნავია, რომ ექიმის და ექთნების დღიურში ამგვარი შემთხვევების შესახებ ინფორმაცია არ ფიქსირდება, თუმცა ექიმს მსგავსი შემთხვევები, არაოფიციალურად, ცალკე ფურცლებზე აქვს მონიშნული. მისი განმარტებით, მედპერსონალი ყოველდღიურად, ზეპირსიტყვიერად აწვდის მას ინფორმაციას, თუ რა ხდება განყოფილებაში. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, დაწესებულებაში პაციენტთა შორის კონფლიქტების და ძალადობის პრევენციის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობაა. მნიშვნელოვანია, რომ პერსონალს ჰქონდეს კონფლიქტების და ძალადობის პრევენციის წინასწარ განსაზღვრული სტრატეგია და პერსონალი შეძლებისდაგვარად, მაქსიმალურად აქტიურად უნდა ახორციელებდეს პაციენტებზე უშუალო მეთვალყურეობას და დაკვირვებას. ასევე მნიშვნელოვანია ყველა შემთხვევაში, დეტალურად ხდებოდეს კონფლიქტების და ძალადობის შემთხვევების და ამ შემთხვევების საპასუხოდ გატარებული ზომების დოკუმენტირება.

თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში ფიზიკური შეზღუდვის ჟურნალში და ექთნების დღიურში არის აღნიშნული პაციენტთა შორის ძალადობის შემთხვევები, ასევე პაციენტების აგრესიის შემთხვევები პერსონალის მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებაში არის კონფლიქტების, ძალადობის და სხვა ინციდენტების სრულყოფილი დოკუმენტირების პრობლემა არსებობს, მონიტორინგის ჯგუფმა რამდენიმე საყურადღებო შემთხვევა მაინც გამოავლინა. ერთ-ერთ შემთხვევაში პაციენტმა გამოხატა აგრესია ექთნის თანაშემწეების მიმართ და ფანჯრიდან გადახტომა სცადა, რის შემდეგაც მოხდა მისი ფიზიკური შებოჭვა. სხვა შემთხვევაში ერთ-ერთი პაციენტი ფანჯრიდან გადახტა, თუმცა, საბედნიეროდ, შემთხვევა ფატალური შედეგით არ დასრულდა. ასევე იყო შემთხვევა, როდესაც ფიზიკურად შემოჭილმა პაციენტმა, მოახერხა შებოჭვის საშუალებების ასხნა და ლეიბს ცეცხლი წაუკიდა. ამ შემთხვევასთან მიმართებით აღსანიშნავია, რომ ფიზიკური შეზღუდვის ჟურნალში და

ექთნის დღიურში მითითებულია, რომ „მონმდებოდა ფიქსაციის ხარისხი“, ანუ მიმდინარეობდა დაკვირვება, მაგრამ მიუხედავად ამისა პაციენტმა მოახერხა შებოჭვის საშუალებების ახსნა და ლეიბისთვის ცეცხლის ნაკიდება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ასკვნის, რომ მიუხედავად ხსენებული ჩანაწერისა, ფაქტობრივად ფიზიკურად შებოჭილ პაციენტზე არ მიმდინარეობდა სათანადო მეთვალყურეობა, რაც დაუშვებელია.

იმ ინციდენტთან დაკავშირებით, ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ დაწესებულების პერსონალმა მსგავსი შემთხვევების თავიდან ასაცილებლად, მწველ პაციენტებს ჩამოართვათ სანთებელა და ასანთი. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ შესაძლებელია დაწესებულებაში გარკვეული შეზღუდვები დაწესდეს უსაფრთხოების დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, მაგრამ ეს შეზღუდვები, ყველა შემთხვევაში, უნდა იყოს მისაღწევი მიზნის ადეკვატური და პროპორციული, ასევე ასეთი შეზღუდვები არ უნდა დაწესდეს დაწესებულების პერსონალის კომფორტისთვის და არ იქნას გამართლებული პერსონალის მიერ მათი ძირითადი ფუნქციის - პაციენტებზე სათანადო მეთვალყურეობისა და დაკვირვების - შესრულების შეუძლებლობით.

განხორციელებული მონიტორინგის შედეგებზე დაყრდნობით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არ არის ჩამოყალიბებული, ერთიანი მიდგომა პაციენტთა შორის კონფლიქტების და ძალადობის, ასევე ზოგადად უსაფრთხოების საკითხებთან დაკავშირებით. შესაბამისად, დაწესებულებებში არ არის ძალადობისგან დაცული, უსაფრთხო გარემოში. კონფლიქტების, ძალადობის და სხვადასხვა ინციდენტების რისკ ფაქტორებს წარმოადგენს პაციენტთა მჭიდრო განთავსება პალატებში, დაწესებულებაში არსებული პირობები და ყოფითი პრობლემები, პერსონალის მხრიდან კონკრეტული პაციენტებიდან მომდინარე რისკების წინასწარი შეფასების სათანადო სისტემის არარსებობა, კვალიფიციური პერსონალის საკმარისი რაოდენობის უზრუნველყოფის პრობლემა, პერსონალის მიერ პაციენტებზე სათანადო მეთვალყურეობის/დაკვირვების განხორციელება⁵³ და საფრთხის წარმოქმისთანავე დროული და ადეკვატური ინტერვენცია დეესკალაციის წინასწარ განსაზღვრული სტრატეგიით, ასევე დაწესებულების პერსონალის ანგარიშვალდებულების და პასუხისმგებლობის ნაკლებობა. განსაკუთრებით საყურადღებოა დაწესებულების პერსონალის მცდელობა დაწესებულებაში წესრიგი და უსაფრთხოება დაიცვას პაციენტთა გარკვეული ჯგუფის გამოყენებით, რომელსაც ინტერვიურებული პაციენტები „პრივილეგირებულ“ პაციენტებად მოიხსენიებენ. ასეთი პრაქტიკა, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მიუღებელია. ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია გადამწყვეტი ზომების მიღება ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ ფაქტორების აღმოსაფხვრელად.

53 2014 წლის 1-11 დეკემბერს საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ ქუტირის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში (ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი) დელეგაციის წევრები პაციენტებს შორის აგრესიის ეპიზოდებს, რაც დელეგაციის წევრებისთვის გასაკვირი არ იყო დაწესებულებაში პერსონალის ნაკლებობისა და პაციენტთა ქაოტური საცხოვრებელი პირობების გათვალისწინებით. ანგარიში ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/documents/geo/2015-42-inf-eng.pdf> [ბოლოს ნანახია 28.02.2016].

რეკომენდაციები

რეკომენდაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა შორის ძალადობის პრევენციის და უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, მათ შორის ნორმატიული ბაზის შექმნის გზით, რომელიც დაარეგულირებს ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის მიერ კონკრეტული პაციენტებიდან მომდინარე რისკების წინასწარი შეფასების სათანადო სისტემის დანერგვის, მულტიდისციპლინური მუშაობის, პაციენტების ძალადობისაგან დაცვის და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით გასატარებელი პრევენციული ღონისძიებების, პერსონალის მიერ პაციენტებზე სათანადო მეთვალყურეობის/დაკვირვების განხორციელების, პერსონალის სათანადო სწავლების, სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების და დეესკალაციის სტრატეგიის შემუშავების, ასევე საფრთხის წარმოქმისთანავე დროული და ადეკვატური ინტერვენციის, ძალადობის შემთხვევების/ინციდენტების და საპასუხოდ გატარებული ზომების დოკუმენტირების, დაწესებულების პერსონალის ანგარიშვალდებულებისა და პასუხისმგებლობის საკითხებს
- უზრუნველყოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა შორის ძალადობისა და უსაფრთხოების კუთხით არსებული მდგომარეობის ზედამხედველობის სათანადო, ჯანდაცვის სისტემის შიდა მექანიზმის შექმნა
- უზრუნველყოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის სწავლება აფიტირებული პაციენტის მართვის, არაძალისმიერი დეესკალაციის, მედიაციის და უსაფრთხოების დაცვის სხვადასხვა საკითხებზე

რეკომენდაცია ფსიქიატრიული დაწესებულებების დირექტორებს

- უზრუნველყონ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა შორის ძალადობის პრევენცია და უსაფრთხოების დაცვა, მათ შორის პერსონალის მიერ კონკრეტული პაციენტებიდან მომდინარე რისკების წინასწარი შეფასების სათანადო სისტემის დანერგვის, პაციენტების ძალადობისაგან დაცვის და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით გასატარებელი პრევენციული ღონისძიებების გეგმის შემუშავების, პერსონალის მიერ პაციენტებზე სათანადო მეთვალყურეობის/დაკვირვების განხორციელების, პერსონალის სათანადო სწავლების, სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების და დეესკალაციის სტრატეგიის შემუშავების, ასევე საფრთხის წარმოქმისთანავე დროული და ადეკვატური ინტერვენციის, ძალადობის შემთხვევების/ინცი-

დენტების და საპასუხოდ გატარებული ზომების დოკუმენტირების, დანესებულების პერსონალის ანგარიშვალდებულების გაზრდისა და პერსონალის მხრიდან დარღვევებზე ადეკვატური რეაგირების გზით

- უზრუნველყოს პერსონალის სწავლება აწიტირებული პაციენტის მართვის, არაძალისმიერი დეესკალაციის, მედიაციის და უსაფთხიების დაციის სხვადასხვა საკითხებზე.

5. ფიზიკური შეზოჭვა, იზოლაცია და ქიმიური შეზღუდვა

ნებისმიერ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ზოგჯერ დგება ალგზნებულ და/ან აგრესიულ პაციენტთა მიმართ შეზღუდვების მეთოდის გამოყენების აუცილებლობა.⁵⁴ ამდენად, მნიშვნელოვანია არსებობდეს პაციენტთა შეზღუდვის საკითხისადმი მიდგომის მკაფიოდ განსაზღვრული პოლიტიკა. ასეთი პოლიტიკა ცალსახად უნდა იყოს მიმართული იმისკენ, რომ სანყის ეტაპზე, შეძლებისდაგვარად, გამოიყენებოდეს აგრესიული ან ალგზნებული პაციენტის შეზღუდვის არაფიზიკური მეთოდები (მაგ. სიტყვიერი ინსტრუქცია), ხოლო გამოყენების აუცილებლობის შემთხვევაში, ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, პრინციპში, შემოიფარგლებოდეს მანუალური შეზოჭვით. ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალმა უნდა გაიაროს მომზადება⁵⁵ აგრესიული და ალგზნებული პაციენტების არაფიზიკური და მანუალური შეზღუდვის ტექნიკაში. ამგვარი ტექნიკის ფლობა შესაძლებლობას მისცემს პერსონალს, რთულ სიტუაციაში მოხვედრისას, აირჩიოს ვითარებისათვის ყველაზე მეტად შესატყვისი მეთოდი, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს პერსონალისა და პაციენტთა დაზიანების რისკს.⁵⁶

ფიზიკური შემოჭვის საშუალებების (ღვედი, დამანყნარებელი პერანგები და ა.შ.) გამოყენება გამართლებულია მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევებში მხოლოდ ექიმის უშუალო ბრძანებით ან მათი გამოყენების შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს ექიმს მისგან ნებართვის მიღების მიზნით. თუ, გამონაკლისის სახით, დაშვებულ იქნა ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენება, შეზოჭვის საშუალებების გამოყენება უნდა შეწყდეს პირველი შესაძლებლობისთანავე⁵⁷; დაუშვებელია ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენება ან მათი გამოყ-

54 აღსანიშნავია, რომ გაეროს სპეციალური მომხსენებელი წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის საკითხებში, ხუან მენდესი გამოდის ინიციატივით, რომ სახელმწიფოებმა სრულად აკრძალონ ფიზიკური შეზოჭვა და იზოლაცია, გაეროს წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის საკითხებზე სპეციალური მომხსენებლის ხუან მენდესის ანგარიში, A/HRC/22/53, პარ. 89(ბ) იხილეთ ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf [ბოლოს ნანახია 27.02.2016].

55 პერსონალის მომზადების მნიშვნელობა ასევე ხაზგასმულია ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში Rec (2004)10 „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ“, მუხ. 11, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685> [ბოლოს ნანახია 27.02.2016].

56 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 47. ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/lang/geo/geo-standards.pdf> [ბოლოს ნანახია 27.02.2016].

57 გაეროს წამების პრევენციის ქვეკომიტეტი მიიჩნევს, რომ ფიზიკური შეზღუდვა წარმოადგენს თავისუფლების შეზღუდვის ფორმას და შესაბამისად მასზე უნდა ვრცელდებოდეს სამართლებრივი დაცვის ყველა გარანტია. ეს ზომები მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, უსაფრთხოების მოსაზრებებიდან გამომდინარე უნდა გამოიყენებოდეს. ვინაიდან ამ ზომების გამოყენება ძალადობის მაღალ რისკს წარმოადგენს, უმჯობესია საერთოდ არ გამოიყენებოდეს, მაგრამ თუ მისი გამოყენება მაინც ხდება, ეს უნდა მოხდეს მკაცრი სამართლებრივი რეგულირების, შესაბამისი კრიტერიუმების, მაქსიმალური ვადის, ზედამხედველობის, კონტროლისა და გასაჩივრების შესაძლებლობის არსებობის პირობებში (Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on the rights of persons institutionalized and medically treated without informed consent, para. 9, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx> [ბოლოს ნანახია 29.02.2016]).

ენების გახანგრძლივება დასჯის მიზნით. ასევე დაუშვებელია ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება იმის გამო, რომ ეს ზომა მოსახერხებელია პერსონალის, ახლობლებისა და სხვა პირებისთვის.⁵⁸

ადამიანის უფლებათა სართაშორისო სამართალში დამკვიდრებული სტანდარტის თანახმად, პაციენტის იზოლაცია ან ფიზიკური შეზღუდვა უნდა გამოიყენებოდეს შესაბამის ინფრასტრუქტურულ პირობებში, ამ პაციენტის ან სხვა პაციენტთა იმწუთიერი, გარდაუვალი დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით და ამ ზომის გამოყენების რისკების პროპორციულად. იზოლაცია⁵⁹ და ფიზიკური შეზღუდვა უნდა გამოიყენებოდეს მხოლოდ სამედიცინო მეთვალყურეობისა და სათანადო დოკუმენტირების პირობებში. ამ ზომების გამოყენების მიზეზი და ხანგრძლივობა უნდა მიეთითოს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში და სპეციალურ რეესტრში.⁶⁰ პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის ან იზოლაციის შესახებ ჩანაწერი დამატებით უნდა შეიცავდეს ამ ზომის გამოყენების გარემოებებს, იმ ექიმის სახელს, რომელმაც გასცა ბრძანება ან ნებართვა და ინფორმაციას პაციენტის ან პერსონალის მიერ მიღებული ნებისმიერი ტრავმის შესახებ. ეს მნიშვნელოვნად გაამარტივებს როგორც მსგავსი სიტუაციების მართვას, ასევე აღნიშნული მეთოდების გამოყენების სიხშირის კონტროლს.⁶¹

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის თანახმად, ექიმ-ფსიქიატრს უფლება აქვს, სტაციონარში მყოფი პაციენტის მიმართ გამოიყენოს ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, თუ არსებობს პაციენტის მიერ საკუთარი თავის ან გარშემომყოფთა დაზიანების რეალური საფრთხე და მისი თავიდან აცილება სხვაგვარად შეუძლებელია. ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდებია პაციენტის სპეციალიზებულ პალატაში იზოლაცია ან/და ფიზიკური შეზღუდვა. ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენება ნყდება ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული საფრთხის ამოწურვისთანავე. აკრძალულია პაციენტის დასჯის ან დაშინების მიზნით ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების ან მედიკამენტების გამოყენება. პაციენტის მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს მკურნალი ექიმი ან სტაციონარის მორიგე ექიმი, რომლის დასაბუთებაც ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში. პაციენტს, რომლის მიმართაც გამოყენებული იქნა ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდი, მის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო ასეთის არარსებობის შემთხვევაში – ნათესავს უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის გამოყენების მიზანშეწონილობა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის N92/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „ფსიქიკური აშლილო-

58 იქვე.

59 წამების პრევენციის ქვეკომიტეტის შეფასებით, პაციენტის იზოლაციის შემთხვევაში უნდა ხდებოდეს შესაბამისად მომზადებული პერსონალის მიერ მეთვალყურეობა და იზოლაცია უნდა განხორციელდეს იმგვარად, რომ უსაფრთხოების შესაბამისი ზომების მიღებით, იზოლირებულ პირს შეეძლოს სხვებთან კონტაქტი. იზოლაცია მაქსიმალურად მოკლე ვადით უნდა გამოიყენებოდეს, ხდებოდეს ამ ზომის გამოყენების დოკუმენტირება და კონტროლი, მათ შორის საჩივრების განმხილველი დამოუკიდებელი ორგანოს და სასამართლოს მიერ (Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment on the rights of persons institutionalized and medically treated without informed consent, para. 10).

60 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია Rec (2004)10, მუხ. 27.

61 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 50.

ბის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ ინსტრუქციის“ თანახმად, ფიზიკური შეზღუდვის მიზანია შემცირებულ იქნეს პაციენტის აგრესიის გამოვლენა და პაციენტს ჩაუტარდეს მისთვის აუცილებელი მკურნალობა. პაციენტის იზოლაციის შემთხვევაში პალატა უნდა იყოს სპეციალურად აღჭურვილი, რათა თავიდან იქნას აცილებული პაციენტის თვითდაზიანება. ფიზიკური შებოჭვისათვის გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვისთვის არსებული სპეციალური საშუალებები. ფიზიკური შეზღუდვის ნებართვა გაიცემა 4 საათით.

ამავე ინსტრუქციის შესაბამისად, ფიზიკურ შეზღუდვას ახორციელებს დანესებულების შინაგანანესით განსაზღვრული შესაბამისი პერსონალი, რომელსაც გააჩნია საჭირო კვალიფიკაცია და გამოცდილება ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების საკითხებში. დანესებულების შინაგანანესით განსაზღვრული პასუხისმგებელი პირი მეთვალყურეობას უწევს პაციენტს, რომლის მიმართაც განხორციელდება ფიზიკური შეზღუდვა. პასუხისმგებელი პირი ყოველ 15 წუთში აკვირდება პაციენტის მდგომარეობას საჭიროების შემთხვევაში მისთვის დახმარების აღმოსაჩენად. დაკვირვებისას ყურადღება ექცევა შემდეგ ფაქტორებს: საჭიროებს თუ არა პაციენტი დამატებით სამედიცინო დახმარებას; აქვს თუ არა პაციენტს რაიმე სახის მექანიკური-ტრავმული დაზიანების ნიშნები; განიცდის თუ არა სერიოზულ დისკომფორტს; არის თუ არა საკვების, სითხის მიღებისა და სხვა ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დამყოფილების აუცილებლობა. პაციენტი, რომლის მიმართაც განხორციელდა ფიზიკური შეზღუდვა, უნდა იმყოფებოდეს სათანადო პირობებში. თუ 4 საათის გასვლის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა კვლავ საჭიროებს ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენებას, ფსიქიატრი ხელახლა აკეთებს ჩანაწერს და გრძელდება მეთვალყურეობა იმავე პირობებით.

აღსანიშნავია, რომ არც „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი და არც ზემოთ ხსენებული ინსტრუქცია არ შეიცავს ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების მაქსიმალურ ვადას, რაც საფრთხის შემცველია, ვინაიდან ფორმალურად შესაძლებელია ფიზიკური შეზღუდვა რამდენჯერმე გაგრძელდეს 4 საათით. აღნიშნული ნორმატიული აქტები ასევე არ ადგენენ ვალდებულებას ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ ჩანაწერი გაკეთდეს როგორც პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში, ასევე სპეციალურ რეესტრში (სპეციალურ ჟურნალში). ამდენად მნიშვნელოვანია ამ ნორმატიული აქტების სრულყოფილს მიზნით, მათში ცვლილების შეტანის გზით, დარეგულირდეს ხსენებული ორი საკითხი.

საყურადღებოა, რომ არც კანონი და არც ინსტრუქცია არ ახსენებს ქიმიურ შეზღუდვას, როგორც შეზღუდვის ზომას. ქიმიურ შეზღუდვის⁶² კონცეფცია დამოკიდებულია იმაზე, პაციენტი მედიკამენტს იღებს, როგორც მკურნალობის შემადგენელ ნაწილს, თუ უბრალოდ, პაციენტის ქცევის კონტროლის მიზნით. თუ მედიკამენტი არის მკურნალობის ნაწილი, დანიშნული სტატუსის შეფასების შედეგად და მასზე ზრუნვის რაციონალური გეგმის შემადგენელია, სახეზეა ჩვეულებრივი მკურნალობის პროცესი, ხოლო, თუ მედიკამენტს პაციენტი იღებს, როგორც რეაქციას პაციენტის ქცევაზე, ეს წარმოადგენს ქიმიურ შეზღუდვას.

62 „აუტიტრებული პაციენტი და მისი მოვლა“ - სატრენინგო მოდული (2011). გიფ-თბილისი.

შესაბამისად, ერთი და იგივე მედიკამენტის დანიშვნა სხვადასხვა შემთხვევაში, შეიძლება შეფასდეს, როგორც მკურნალობა ან როგორც ქიმიური შეზღუდვა. დაუშვებელია ქიმიური შეზღუდვის გამოყენება დასჯის მიზნით და პერსონალის დისკომფორტის თავიდან ასაცილებლად.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ქიმიური შეზღუდვის შემთხვევები დაწესებულებებში ხშირია და არ დოკუმენტირდება შესაბამისად. დაწესებულებებში არსებობს რუტინული პრაქტიკა, როდესაც ფიზიკურ შეზღუდვასთან ერთად გამოიყენება ქიმიური შეზღუდვა და ეს მაშინ, როდესაც არ არსებობს ქიმიური შეზღუდვის მარეგულირებელი მკაფიო სამართლებრივი ჩარჩო და არ ხდება ქიმიური შეზღუდვის გამოყენების მიზანშეწონილობის დასაბუთება, რაც ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში დამკვიდრებულ სტანდარტებს.⁶³ შეზღუდვის ქიმიური საშუალებების გამოყენების შემთხვევაში დაცვის იმავე გარანტიები უნდა იყოს უზრუნველყოფილი, როგორც შებოჭვის მექანიკური საშუალებების გამოყენებისას.⁶⁴

მონიტორინგის შედეგები ცხადყოფს, რომ დაწესებულებებში ფიზიკური შეზღუდვა ხდება საწოლზე ტილოს/ზეწრის ფართო სახვევებით და დაფიქსირება ჩვეულებრივ გრძელდება საშუალოდ 20-დან 60 წუთამდე, რაც შეესაბამება სედატიური ნივთიერების ორგანიზმში შეყვანის/ინექციის და მისი მოქმედების დაწყებისთვის საჭირო დროს. თითქმის ყველა დაწესებულებას ჰქონდა გამოუყენებელი სპეციალური ღვედები. პერსონალის განმარტებით, ეს ღვედები „უხეშია და ხეხავს კანს“. მონიტორინგის ჯგუფმა პაციენტებთან ინტერვიუს დროს მიიღო რამდენიმე შეტყობინება ფიზიკური შეზღუდვის ზომის გამოყენებისას ძალის გადამეტებისა და ფიზიკური ძალადობის შესახებ.



63 „შეზღუდვის ქიმიური საშუალებების გამოყენებისას, როგორიცაა სედატიური, ანტიფსიქოტური, ჰიპნოტური პრეპარატები თუ ტრანკვილიზატორები, დაცვის იმავე გარანტიები უნდა იყოს დაცული, როგორც შებოჭვის მექანიკური საშუალებების გამოყენებისას. ყოველთვის მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული უკუჩვენებები, რომელიც შეიძლება ახლდეს მედიკამენტების გამოყენებას კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში, განსაკუთრებით, როცა მედიკამენტები გამოიყენება მექანიკურ საშუალებებსა ან იზოლაციასთან კომბინაციაში (წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, გვ. 96, პარ. 41, ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/lang/geo/geo-standards.pdf> [ბოლოს ნანახია 28.02.2016]).

64 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას 2014 წლის 1-11 დეკემბერს საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ, პარ. 152.

“უნიმედი კახეთის” ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის არანებაყოფლობით სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფი ერთ-ერთი პაციენტის განცხადებით, მის მიმართ ფიზიკური შებოჭვის მეთოდის გამოყენების პროცესში ადგილი ჰქონდა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ფიზიკურ ძალადობას (სახეში დარტყმას). პაციენტის განმარტებით, შებოჭვის პროცესში ხდება გადამეტებული ძალის გამოყენება და ექთნის თანაშემწეებმა “არ იციან, როგორ მიუდგენენ პაციენტს”. მისი თქმით, „ზოგიერთი მათგანი განსაკუთრებით აგრესიულია“.

პაციენტთა განმარტებით, ფიზიკური შეზღუდვა ხშირად გამოიყენება თვითდაზიანების შემთხვევებშიც. პაციენტებისგან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, ყოფილა მათი ფიზიკური შებოჭვის შემთხვევები 4 საათზე მეტი დროის განმავლობაში, სათანადო დასაბუთების გარეშე. ერთ-ერთი პაციენტის თქმით, იგი მთელი ღამე იმყოფებოდა დაბმულ მდგომარეობაში, რა დროსაც ფიზიოლოგიური მოთხოვნების დაკმაყოფილება უნევდა საწოლში, რადგან პერსონალი მას ყურადღებას არ აქცევდა. ერთ-ერთი პაციენტის გადმოცემით, მას ფიზიკურ შებოჭვამდე შესთავაზეს ჰიგიენური საფენის ჩაცმა, რაც მან დამამცირებლად აღიქვა.

ფიზიკური შეზღუდვა ხდება საპროცედუროსთან ახლოს მდებარე სამ პალატაში, ძირითადად კი მეხუთე პალატაში, რადგან პერსონალის განმარტებით, ექთნები “პირდაპირ უყურებენ ამ პალატას”. მიუხედავად იმისა, რომ ამ პალატაში მოთავსებული არიან პაციენტები, საჭიროების შემთხვევაში გამოჰყავთ მოთავსებული პაციენტები და ფიზიკურად ბოჭვენ აღგზნებულ პაციენტებს სპეციალური რბილი სარტყელებით. ფიზიკური შებოჭვის შემდეგ პაციენტებს აცმევენ ჰიგიენურ საფენს, ვინაიდან, როგორც პერსონალი აცხადებს, “ზოგი იტყუება და საპირფარეშოში გასვლის მიზნით ითხოვს ახსნას, რომ გათავისუფლდეს ფიზიკური შეზღუდვისაგან”.

შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში არსებობს გენერალური დირექტორის 2015 წლის 17 სექტემბრის №01/109 ბრძანება, რომელიც არეგულირებს ფსიქიატრიულ მოკლევადიან და გრძელვადიან განყოფილებებში ფიზიკური შეზღუდვის და სპეციალური ოთახის გამოყოფის საკითხს. დირექტორის ბრძანების თანახმად, პაციენტთა ფიზიკური შებოჭვისთვის უნდა გამოიყონ თითო ოთახი ცენტრის ფსიქიატრიულ მოკლევადიან და გრძელვადიან განყოფილებებში. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის დროს დადგინდა, რომ მწვავე განყოფილებაში ასეთი ოთახი არ იყო გამოყოფილი. ამასთან, ბრძანების თანახმად, პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა უნდა განხორციელდეს სპეციალურად გამოყოფილ ოთახში პაციენტის უსაფრთხოების და პერსონალის დაცვის მიზნით, მკურნალი ექიმის/მორიგე ექიმის თანდასწრებით, 3 ექთნის თანაშემწის და საპროცედურო ექთნის (ან მორიგე ექთნის) მონაწილეობით. პროცესში უნდა მონაწილეობდეს უმცროსი მედპერსონალი, რომელსაც გავლილი აქვს შესაბამისი მომზადება. დასახელებული აქტის თანახმად, პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ უფლებამოსილი პირები ვალდებული არიან პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ გადაწყვეტილება შეიტანონ მის სამედიცინო სტაციონარულ ბარათში მიზეზისა და ფიზიკური შეზღუდვის დანყების დროის ზუსტი მითითებით. ჩანაწერი უნდა გაკეთდეს ფიზიკური შეზღუდ-

ვის დასრულების შემდგომაც. პაციენტის დაფიქსირებისას ძალა გამოყენებულ უნდა იქნეს პროპორციულად, რათა არ გადაიზარდოს ძალადობაში. ფიზიკურ შეზღუდვაზე (შებოჭვა) ზედამხედველობის განხორციელება ბრძანებით ევალება ფსიქიატრიის სტაციონარული მოკლევადიანი და გრძლევადიანი განყოფილებების უფროსებს, ხოლო ბრძანების შესრულებაზე კონტროლი ცენტრის კლინიკურ დირექტორს.

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ დაწესებულებაში ფიზიკური შეზღუდვის კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების დარღვევას აქვს სისტემატური ხასიათი. პაციენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ ხშირად ხდება მათი „დაბმა“ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, რა პერიოდშიც მათზე არ ხორციელდება ადეკვატური ზედამხედველობა. პაციენტების გადმოცემით, „ფიქსაციის“ დროს განხორციელებული არასათანადო მეთვალყურებიდან გამომდინარე, ისინი ხშირად ახერხებენ თავის გათავისუფლებას. ამასთან, ზენრებით დიდი ხნით დაბმის შემთხვევებში იღებენ სხვადასხვა სახის დაზიანებებს.

ერთ-ერთი პაციენტის გადმოცემით, ფიზიკური შებოჭვის შემდეგ მან მოითხოვა ბუნებრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილების მიზნით საპირფარეშოში გაყვანა, რაც პერსონალმა არ დააკმაყოფილა და იძულებული გახდა, ფიზიოლოგიური მოთხოვნილება სანოლში დაექმაყოფილებინა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ამგვარი მოპყრობა წარმოადგენს ღირსების შემლახავ მოპყრობას და დაუშვებელია.

მონიტორინგის პროცესში მნიშვნელოვანი ხარვეზები გამოიკვეთა ფიქსაციის ჟურნალში არსებული ჩანაწერების პაციენტების სამედიცინო დოკუმენტაციასა და მორიგე ექიმის დღიურებში არსებულ ჩანაწერებთან შესაბამისობის კუთხით. არსებული ჩანაწერები ნაკლებ ინფორმატიულია, თუ რატომ გახდა ფიზიკური შებოჭვა აუცილებელი და იყო თუ არა სხვა ალტერნატიული ზომების გამოყენების შესაძლებლობა. ასე მაგალითად, ერთ-ერთი პაციენტის სამედიცინო ბარათში მისი ფიზიკური შებოჭვის მიზეზი დაფიქსირებულია შემდეგნაირად: „ხტუნაობდა ფანჯრის რაფებზე და თვალებს ქაჩავდა“. ჩანაწერი არ შეიცავს ინფორმაციას იმის თაობაზე, რატომ არ შეიძლებოდა ფიზიკური შებოჭვის გარდა სხვა ალტერნატიული ზომების გამოყენება. აღსანიშნავია, რომ მოცემულ შემთხვევაში ფიზიკური შებოჭვის პარალელურად გამოყენებულ იქნა ქიმიური შეზღუდვაც. კერძოდ, 17:30 საათზე მას გაუკეთდა „ტიზერცინის“ და „კორდიამინის“ ინექცია. 18:00 საათზე კი კვლავ გაუკეთდა „ტიზერცინი“, „კორდიამინი“, რელანიუმი“ და „ჰალოპერიდოლი“. ამავე პაციენტს 2015 წლის 3 თებერვალს, დღის პირველ ნახევარში გაუკეთდა „კორდიამინი“, „რელანიუმი“, „ამინაზინი“, „კრეპიდოლი“, მოგვიანებით კი - „კორდიამინი“, „რელანიუმი“, „ტიზერცინი“ და „კრეპიდოლი“.

სამედიცინო ბარათში არსებული ჩანაწერის მიხედვით, ერთ-ერთი პაციენტი პერსონალმა ფიზიკურად შებოჭა 2015 წლის 1 ოქტომბერს, 04:00 სთ-დან 05:40 სთ-მდე, თუმცა ფიქსაციის ჟურნალში აღნიშნულის თაობაზე ჩანაწერი არ არის. ამასთან, ფიქსაციის ჟურნალში დაფიქსირებულია 2 ოქტომბერს ფიზიკური შებოჭვის ფაქტი, რომელიც არ არის ასახული სამედიცინო ბარათში. იგივე მდგომარეობაა 3 ოქტომბერს ფიზიკური შებოჭვის ფაქტთან დაკავშირებით. ამავე

პაციენტის სამედიცინო ბარათში 5 ოქტომბერს შესრულებული ჩანაწერის თანახმად, ფიქსაციის შედეგად პაციენტს აღნიშნებოდა საფიქსაციო თასმის შედეგად განვითარებული ექსკორაციები, რაც არ არის მითითებული ფიქსაციის ჟურნალში.

კიდევ ერთი პაციენტის, რომელიც სტაციონარში მკურნალობის მიზნით მოთავსებული იყო ნებაყოფლობით, ფიზიკურად შებოჭილი ჰყავდათ 23:30 სთ-დან 00:15 სთ-მდე, რის თაობაზეც სამედიცინო ბარათში და მორიგე ექიმის ჟურნალში ჩანაწერი არ არის. შესაბამისად, გაურკვეველია, რა გახდა პაციენტის შებოჭვის მიზეზი, რამდენად იყო დაცული კანონმდებლობით დაწესებული მოთხოვნები და ხორციელდებოდა თუ არა მასზე სათანადო მეთვალყურეობა.

რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში მონიტორინგის ჯგუფმა სამედიცინო ბარათების შესწავლის დროს აღმოაჩინა პაციენტის ფიზიკური დაზიანების შემთხვევა, რაც არასრულად იყო დოკუმენტირებული. ფიქსაციის ჟურნალში 2015 წლის 1 ივლისს აღნიშნულია პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ. ფიზიკური შეზღუდვის შემთხვევა ასევე დაფიქსირებულია პაციენტის სამედიცინო ბარათში და ექთნის დღიურში. აღსანიშნავია, რომ ექთნის დღიურში აღწერილია პაციენტის მიერ დაზიანების მიღების შემთხვევაც, რომელიც არ არის მითითებული სამედიცინო ბარათში. ჩანაწერი ექთნის დღიურში არსებული ჩანაწერის თანახმად, პაციენტი დღის პირველ ნახევარში იყო მშვიდად, საღამო ხანს კი დაეწყო აგრესიული მოქმედებები, ყვიროდა, იჭამდა ტუჩებს, იკბენდა თავის ხელებს, არ იყო ორიენტირებული დროში და გარემოში. კიბეზე გაქცევის დროს დაეცა, რის გამოც დაუზიანდა თვალის მარცხენა არე, 18:20 საათზე მოხდა მისი ფიქსაცია ექიმთან შეთანხმებით და გაუკეთდა „ტიზერცინი“ ერთი ამპულა. 18:30 საათზე პაციენტს მიაღებინეს 1 ტაბ. „ანაპრილინი“. პაციენტი ყვიროდა, ილაძლებოდა უშვერი სიტყვებით. 19:30 საათზე გაუკეთდა „რელანიუმი“. შედარებით დამშვიდდა, 19:55 საათზე მოეხსნა ფიქსაცია. ჩაძინება გაუჭირდა, 22:30 საათზე გაუკეთდა 1 ამპულა „ტიზერცინი“ 1 და „კორდიამინი“. უნდა აღინიშნოს, რომ ფიქსაციის ჟურნალში არ არის 15 წუთიანი ჩანაწერები პაციენტის დინამიკაში დაკვირვების შესახებ. დირექტორის მოადგილემ აღნიშნა, რომ ეს შემთხვევა საეჭვოდ მოეჩვენა თავად ადმინისტრაციას და შესაბამისად, შეისწავლეს ინციდენტი, თუმცა ვერ დაადგინეს ფიზიკური ძალადობის ფაქტი. მონიტორინგის ჯგუფისთვის ინციდენტის შესწავლის რაიმე დამადასტურებელი რაიმე მასალა წარმოდგენილი არ ყოფილა.

ა. ქაჯაიას სახ სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში შესწავლილ იქნა ფიქსაციის ჟურნალი, სადაც 2015 წელს დაფიქსირებული იყო ფიზიკური შეზღუდვის 3 შემთხვევა თარიღების მითითების გარეშე. ერთ-ერთ შემთხვევაში, ექთნის დღიურში, 2015 წლის 16 სექტემბერს გაკეთებულია ჩანაწერი: „პაციენტი გვიან ღამე გახდა ცუდად, მოითხოვა გაკოჭვა, მორიგე ექიმის ნებართვით გაუკეთდა „ამინაზინი“ 4,0 მლ, საჭიროებისათვის დატოვებული“. აღნიშნული შემთხვევის შესახებ ჩანაწერი პაციენტის სამედიცინო ბარათში არ მოიძებნა, ვინაიდან ბარათში ბოლო ჩანაწერი 2015 წლის 15 სექტემბრით თარიღდებოდა. აღნიშნული ცხადყოფს, რომ უგულვებელყოფილია კანონმდებლობის მოთხოვნები ფიზიკურ შეზღუდვასთან მიმართებით.

ლუდუშაურის სახ. საავადმყოფოს მწვავე განყოფილებაში 2015 წელს დაფიქსირებული აქვთ ფიზიკური შეზღუდვის 40 შემთხვევა, რომელთა უმრავლესობის შესახებ ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში არასრულია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მონიტორინგის ჯგუფი შეესწრო ერთ-ერთი პაციენტის ფიზიკური შებოჭვის ფაქტს. ქალი პაციენტი, რომელსაც დაწესებულების პერსონალი „დემენტურ პაციენტად“ მოიხსენიებდა, ითხოვდა გარეთ გასვლას, რაზეც დაცვის თანამშრომელი უარს ეუბნებოდა. პაციენტი, რომელიც ფორმალურად ნებაყოფლობით იყო სტაციონირებული, პერსონალს ეკითხებოდა, თუ როდის გაუშვებდნენ სახლში. მონიტორინგის ჯგუფის შთაბეჭდილებით, პაციენტი მაშინ აღიგზნო, როდესაც დაწესებულების პერსონალმა მოუწოდა დამშვიდებულიყო და დაიწყო მისი მანუალური შებოჭვა. ფსიქიატრიული განყოფილების უფროსმა პერსონალს დაუყოვნებლივ მისცა პაციენტის ფიზიკური შებოჭვის მითითება. მონიტორინგის ჯგუფის შეფასებით, იმ მომენტისთვის არ არსებობდა ფიზიკური შეზღუდვის სამართლებრივი საფუძვლები და გადანაცვებიდან ნაჩქარევად იყო მიღებული, რამაც საბოლოო ჯამში პაციენტის უკიდურესი აღგზნება გამოიწვია.

აღგზნებული პაციენტი აიყვანეს შენობის მეორე სართულზე. კიბეებზე ასვლისას პაციენტმა გაუწია წინააღმდეგობა და არსებობდა ფიზიკური დაზიანების საფრთხე. მეორე სართულის დერეფანში პაციენტი, მცირე ხნით, იატაკზე დასვეს კედელთან ახლოს, რა დროსაც კედელთან სიახლოვის გამო არსებობდა კედელზე თავის მიგრტყმით თვითდაზიანების მაღალი რისკი. მონიტორინგის ჯგუფის განსაკუთრებული შეშფოთება გამოიწვია იმ ფაქტმა, რომ პალატამდე, სადაც საბოლოო ჯანმში მოხდა პაციენტის სანოლზე დაფიქსირება, რამდენიმე მეტრი პაციენტი ხელებზე მოქაჩვით იატაკზე ათრიეს. პაციენტს სანოლზე დაფიქსირების შემდეგ გაუკეთდა ინექცია და ცოტა ხანში დამშვიდდა. მიმდინარეობდა მუდმივი მეთვალყურეობა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი შეშფოთებულია ზემოთ აღწერილი შემთხვევით და თვლის, რომ ეს შემთხვევა აჩვენებს ამ დაწესებულებაში პაციენტთა ფიზიკური შებოჭვის გაუმართლებელ პრაქტიკას. აშკარაა ფიზიკური შებოჭვის შესახებ გადანაცვლების ნაჩქარევი მიღების პრობლემა მაშინ, როდესაც ფიზიკური შებოჭვა არ წარმოადგენს უკიდურეს აუცილებლობას და ჯერ კიდევ არსებობს სხვა საშუალებები შემთხვევის სამართავად. ამავდროულად, აშკარად გამოჩნდა ფიზიკური შებოჭვის შესახებ გადანაცვლების უსაფრთხოდ, ადამიანის ღირსების დაცვის პირობებში აღსრულების პრობლემა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მოიწოდებს დაწესებულების პერსონალს, გააკეთონ ყველაფერი იმისათვის, რომ თავიდან იქნას აცილებული ამგვარი შემთხვევები. აუცილებელია პერსონალს ჩაუტარდეს შესაბამისი სწავლება და განხორციელდეს მკაცრი ზედამხედველობა მათ მიერ ფუნქციების კვალიფიციურად შესრულებაზე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუთირი) მონიტორინგის ჯგუფის წევრებთან ინტერვიუს დროს, ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის შესახებ საუბრისას პაციენტები განსაკუთრებით ფრთხილები იყვნენ, რასაც სპე-

ციალური პრევენციული ჯგუფი თვითცენზურას უკავშირებს. პაციენტებთან გასაუბრების შედეგად ირკვევა, რომ ფიზიკური შეზღუდვა „ისე ხშირად აღარ ხდება, როგორც ადრე ხდებოდა“, მაგრამ ხდება და ამ პროცედურას პაციენტები არა როგორც საკუთარი ან ირგვლივ მყოფების უსაფრთხოების დაცვისკენ მიმართულ პროცედურას, არამედ პაციენტების მორჩილებაში ყოლისა და დასჯის ხერხად აღიქვამენ.

პაციენტთა გადმოცემით, არის შემთხვევები, როცა ფიზიკური შეზღუდვა ქიმიურ შეზღუდვასთან (როგორც თვითონ უწოდებენ „დაბორკვა“, „დაკოჭვა“, „დანემსვა“) ერთად კომბინაციაში, პაციენტის ღირსების შემლახავი ფორმით და ხანგრძლივად ხდება, როცა ფიზიოლოგიური მოთხოვნილების დაკმაყოფილებაც კი სანოლზე მწოლიარეებს, ტანსაცმელში უწევთ.

პაციენტების გადმოცემით, ისინი აბების სახით დანიშნულ მედიკამენტებს, რომლის დასახელება პაციენტებმა არ იციან, ძირითადად დაფხვნილ მდგომარეობაში იღებენ და თუ დანიშნული მედიკამენტების შესახებ ინფორმაცია მოითხოვს, გვერდითი ეფექტების გამო პრეტენზია გამოხატეს ან მიღებაზე უარი განაცხადეს ან შესამჩნევი გახდა, რომ მედიკამენტის მიღებისთვის თავის არიდებას ცდილობენ, პერსონალი ინექციების გაკეთებით ემუქრება და თუ ინექციის გაკეთებაზეც უარი განაცხადეს, მაშინ ამ მუქარას ასრულებენ კიდეც. პაციენტები ჰყვებიან, რომ პერსონალი (დაცვის თანამშრომელი, მომვლელი, სანიტარი) პაციენტს მანუალურად შეზღუდავს და ექთანი ინექციას უკეთებს. თუ პაციენტმა ინექციის გაკეთების მცდელობისას წინააღმდეგობა გასწია და აგრესია გამოავლინა, მაშინ ხდება მათი ფიზიკური შეზღუდვა დანარჩენი პაციენტების თვალწინ დერეფანში, პალატაში ან ძალზედ იშვიათად იზოლატორში/საიზოლაციო ოთახში. სპეციალურ პრევენციული ჯგუფის შეფასებით ამგვარი პრაქტიკა მიუღებელია. დაუშვებელია სათანადო მომზადების არქმონე დაცვის თანამშრომელთა მონაწილეობა⁶⁵ ფიზიკური შეზღუდვის და ინექციის იძულებით გაკეთების პროცესში, ასევე მიუღებელია პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა სხვა პატიმრების თვალწინ.⁶⁶ არანებაყოფლობით სამედიცინო ინტერვენციებთან მიმართებით უნდა აღინიშნოს, რომ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში დამკვიდრებული სტანდარტის შესაბამისად, ზოგადად თავიდან უნდა იქნას აცილებული ინფორმირებული თანხმობის გარეშე, არანებაყოფლობითი სამედიცინო ინტერვენცია⁶⁷, ვინაიდან ის წინააღმდეგობაში მოდის პაციენტის პირად ავტონომიურობასთან.⁶⁸ მხოლოდ კანონის საფუძველზე, მკაფიოდ და მკაცრად განერილ საგამონაკლისო გარემოებებში შესაძლებელია განხორ-

65 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მოსაზრებით, სასურველია დაცვის თანამშრომელთა ფუნქციად მხოლოდ გარე პერიმეტრის დაცვა განისაზღვროს, ვინაიდან მათი ყოფნა განყოფილებაში არ უწყობს ხელს თერაპიული გარემოს შექმნას (წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას 2014 წლის 1-11 დეკემბერს საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ, პარ. 143).

66 იქვე, პარ. 152.

67 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, მუხ. 24(d).

68 “Dignity must prevail” – An appeal to do away with non-consensual psychiatric treatment World Mental Health Day – Saturday 10 October 2015, United Nations Special Rapporteurs on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas-Aguilar, and on the right to health, Dainius Pūras, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16583&LangID=E> [ბოლოს ნანახია 01.03.2016].

ციელდეს ასეთი ინტერვენცია.⁶⁹

პაციენტები ასევე აცხადებენ, რომ საყოფაცხოვრებო გარემო-პირობების ან არსებული რეჟიმის გამო უკმაყოფილების გამოხატვა, პერსონალისათვის არაკომფორტული შეკითხვების დასმა, შეკამათება, უფლებადამცველებთან დარეკვა შესაძლებელია ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის მიზეზი გახდეს; თუ პაციენტმა პერსონალს წინააღმდეგობა გაუწია, “პროცედურა” ხანგრძლივი (მაგ. ორი დღე) ფიზიკური შეზღუდვით ან იზოლირებით მთავრდება.

მონიტორინგის ჯგუფის წევრების მიერ ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ სხვა-დასხვა პაციენტების ინტერვიუების შედეგად მიღებული ინფორმაცია ერთ-მანეთის იდენტურია, მაგრამ მათ მიერ მითითებული ფიზიკური შეზღუდვის შემთხვევების შესახებ ჩანაწერები ფიზიკური შეზღუდვის რეგისტრაციის ჟურნალში, სამედიცინო ბარათებსა და პერსონალის დღიურებში ან საერთოდ არ იძებნება ან ფიზიკური შეზღუდვის დრო გაცილებით ნაკლებია.

ფიზიკური შეზღუდვის რეგისტრაციის ჟურნალის მიხედვით, 2015 წლის განმავლობაში ორჯერ მოხდა ერთ-ერთი პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა, ერთ შემთხვევაში - 2 საათის, ხოლო მეორე შემთხვევაში 2 საათისა და 15 წუთის ხანგრძლივობით და 2 სთ და 15 წთ-ის ხანგრძლივობით, რაც პაციენტის მონათხრობს არ შეესაბამება. პაციენტის გადმოცემით, იმის გამო, რომ მის ოთახში წყალი ჩამოდიოდა და სიცივე იყო, ექთნების ოთახში შევიდა გასათბობად; ექთნების შენიშვნაზე კი აფექტური რეაქცია და ვერბალური აგრესია გამოავლინა, რაც მისი ფიზიკური (14:00 საათიდან მეორე დილამდე, 19 საათის განმავლობაში) და ქიმიური შეზღუდვის, ასევე შემდეგ ერთი თვით იზოლირებულ, ჩაკეტილ ოთახში გადაყვანის მიზეზი გახდა. ფიზიკური შეზღუდვის პერიოდში პერსონალს მისთვის საპირფარეშოთი სარგებლობის შესაძლებლობა არ მიუცია და საწოლში იშარდავდა. საკვებს კი ფიზიკურ შეზღუდვაზე პროტესტის ნიშნად არ იღებდა.

ერთ-ერთი პაციენტი ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურას ანალოგიურად აღწერს: როცა პერსონალს შენიშვნებს მისცემს და რაიმეზე უკმაყოფილებას გამოხატავს და მერე კი „ატყდება“, მას იზოლატორში ან საძინებელ ოთახში, სხვა პაციენტების თანდასწრებით, პერსონალი ზეწრებით ბოჭავს და ყოფილა შემთხვევა, როცა შებოჭვა იზოლირებასთან ერთად 2 დღე გაგრძელებულა და პაციენტი იძულებული გამხდარა საწოლში მოეშარდა, საკვებს კი შეზღუდვაზე პროტესტის ნიშნად ამ პერიოდში არ იღებდა. პერსონალს შეზღუდვის პერიოდში, არცერთი პაციენტისათვის შარდით დასველებული საცვლები და ლოგინი არ გამოუცვლია.

69 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის თანახმად, „პრინციპულად მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს ჰქონდეს თავისუფალი ინფორმირებული თანხმობის უფლება მისთვის დანიშნულ მკურნალობასთან დაკავშირებით. პირის არანებაყოფილობით მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არ უნდა იქნას გაგებული, როგორც მისი თანხმობის გარეშე მკურნალობის ჩატარების ნებართვა. აქედან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ნებაყოფლობით თუ არანებაყოფლობით მოთავსებულ ნებისმიერ ქმედუნარიან პაციენტს, უნდა ჰქონდეს მკურნალობისა და სხვა სამედიცინო ჩარევაზე უარის თქმის უფლება. ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან ნებისმიერი გადახვევა შესაძლებელი უნდა იყოს მხოლოდ კანონის საფუძველზე, ნათლად და მკაცრად განსაზღვრულ საგამონაკლისო გარემოებებში (წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, გვ. 84, პარ. 41).

სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის სტაციონარულ განყოფილებაში პაციენტები აცხადებენ, რომ “დაფიქსირებები არ ხდება”; “ვინც ცუდადაა - მას ნემსებს უკეთებენ და სძინავთ”. დღის ექთანმა მონიტორინგის ჯგუფს აუხსნა, რომ ფიქსაციის რვეული ცარიელია, რადგან ფიზიკური შეზღუდვის შემთხვევები არ ჰქონიათ. მონიტორინგის ჯგუფს შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ დაწესებულებაში ქიმიური შეზღუდვის გამოყენების გამო, ფიზიკური შებოჭვის საჭიროება არ არსებობს.

ქ. თბილისის მეხუთე საავადმყოფოს მწვავე განყოფილებაში ფიქსაციის ჟურნალში 2015 წელს არცერთი ჩანაწერი არ არის გაკეთებული. ადმინისტრაციის წარმომადგენელთა განმარტებით, დაფიქსირებას უკიდურეს შემთხვევაში დათითქმის არ მიმართავენ. თუ ეს გარდაუვალია, აუცილებლად კეთდება ჩანაწერები შესაბამის დოკუმენტაციაში. ფიზიკური შებოჭვის ნაცვლად, საჭიროების შემთხვევაში, აგზნებულ პაციენტებს ათავსებენ 1 ადგილიან პალატაში განსაკუთრებული მეთვალყურეობის პირობებში.

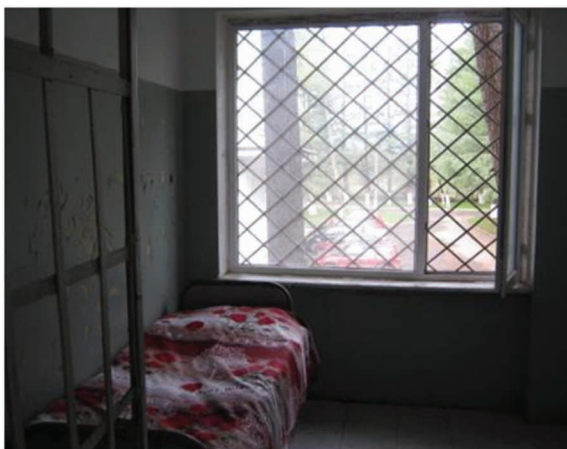
რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს (ხელვაჩაური) მწვავე განყოფილებაში არის 3 საიზოლაციო პალატა, რომელსაც აქვს რკინის კარები გისოსით, რომელიც იკეტება ბოქლომით. ეს საიზოლაციო ოთახი, პერსონალის განმარტებით, გამოიყენება “მღელვარე პაციენტთა დასაწყნარებლად, თერაპიული მიზნებისათვის”, თუმცა ამ ოთახებში მოთავსება პაციენტების მიერ აღიქმებოდა, როგორც დასჯის გარკვეული ფორმა.



საიზოლაციო ოთახში გადაყვანა სამედიცინო დოკუმენტაციაში არ არის დაფიქსირებული. პერსონალის განცხადებით, “ოფიციალურად განყოფილება ერთია და პალატიდან პალატაში გადაყვანა ხდება”, რამდენიმე დღეში კი პაციენტი ისევ უკან საკუთარ პალატაში გადაჰყავთ. ერთ-ერთი პაციენტი აცხადებს, რომ „წყნარებიდან მღელვარეში გადაჰყავთ ადამიანები დასაშინებლად, უკეთებენ ნემსს, კეტავენ ბოქლომით, დაბმით არ აბამენ“.

საიზოლაციო ოთახი („იზოლატორი“) ასევე გამოიყენება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში. პაციენტებთან გასაუბრებისა და დოკუმენტაციის შემოწმების შედეგად დგინდება, რომ საიზოლაციო პალატაში პაციენტთა

მოთავსება ხდება რამდენიმე დღით, რაც საიზოლაციო ოთახებში არსებული პირობების გათვალისწინებით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შემფოთებას იწვევს.



თანამედროვე ფსიქიატრიაში აღინიშნება პაციენტთა იზოლაციის მეთოდი-სათვის თავის არიდების ნათელი ტენდენცია. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი მოხარულია აღნიშნოს, რომ ბევრ ქვეყანაში ასეთი პრაქტიკა აღარ გამოიყენება. იქ, სადაც პაციენტთა იზოლაცია კვლავ გამოიყენება, უნდა არსებობდეს ამ საკითხისადმი მიდგომის მკაფიოდ განსაზღვრული პოლიტიკა, კერძოდ, თუ რა შემთხვევებშია დასაშვები მისი გამოყენება, გამოყენების მიზანი, მისი ხანგრძლივობა და რეგულარული მეთვალყურეობის აუცილებლობა, ადამიანებთან სათანადო კონტაქტის არსებობა და განსაკუთრებული ყურადღება პერსონალის მხრიდან. დაუშვებელია იზოლაციის გამოყენება დასჯის მიზნით.⁷⁰ ამასთან, აღსანიშნავია, რომ საიზოლაციო ოთახის გამოყენების შემთხვევის დოკუმენტირებასთან მიმართებით ვრცელდება წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის იგივე მოთხოვნები, რაც ფიზიკური შეზღუდვის სხვა მეთოდების მიმართ.⁷¹

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის N92/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ ინსტრუქციის“ თანახმად, პაციენტის იზოლაციის შემთხვევაში პალატა უნდა იყოს სპეციალურად აღჭურვილი, რათა თავიდან იქნას აცილებული პაციენტის თვითდაზიანება. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, როგორც რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონერვოლიგიური საავამყოფოსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში, ასევე სხვა ფსიქიატრიულ დანესებულებებში არსებული საიზოლაციო ოთახები არ არის სპეციალურად, სათანადოდ აღჭურვილი და იქ პაციენტთა მოთავსების შემთხვევაში მაღალია თვითდაზიანების რისკი. ამასთან, სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს მიაჩნია, რომ მიუღებელია გისოსებიანი კარისა და ფანჯრის არსებობა, როგორც უსაფრთხოების თვალსაზრისით, ასევე იმ გარემოების გამო,

70 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 49.

71 იქვე, პარ. 50.

რომ ის არღვევს თერაპიულ გარემოს და ასოცირდება ციხესთან, სადამსჯელო საკანთან. ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ასეთ საიზოლაციო ოთახში პირის მოთავსება შეიძლება გაუტოლდეს დამამცირებელ მოპყრობას.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შემოფოთებას იწვევს ასევე ის ფაქტი, რომ მიუხედავად ფიზიკური შეზღუდვისა და სპეციალიზებულ პალატაში იზოლაციის მიმართ, ამ ზომების გამოყენების ხანგრძლივობის, მეთვალყურეობისა და დოკუმენტირების კუთხით „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლითა და ზემოთ ნახსენები ინსტრუქციით დაწესებული თანაბარი მოთხოვნებისა, პაციენტის იზოლაცია არ არის დასაბუთებული, სათანადოდ არ დოკუმენტირდება და კანონმდებლობის მოთხოვნების დარღვევით გამოიყენება ხანგრძლივი დროით. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მოუწოდებს როგორც საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ასევე ფსიქიატრიული დაწესებულებების დირექტორებს, მიიღონ ყველა საჭირო ზომა აღნიშნული მანკიერი პრაქტიკის აღმოსაფხვრელად. ასევე მოუწოდებს მათ საიზოლაციო პალატების სათანადოდ, სპეციალურად აღჭურვამდე და კანონმდებლობის შესაბამისი მოთხოვნების დაცვის უზრუნველყოფამდე არცერთ შემთხვევაში არ გამოიყენონ პაციენტის იზოლაცია.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მივიდა დასკვნამდე, რომ ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების მოთხოვნათა დარღვევას აქვს სისტემატიური ხასიათი. თვალსაჩინო გახდა, რომ უმეტეს დაწესებულებაში შეზღუდვის შემთხვევათა რეგისტრაციის მკაფიო სისტემა არ არსებობს - ხშირ შემთხვევაში ჩანანერი ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ გაკეთებულია ფიზიკური შეზღუდვის ჟურნალში და არ ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო ბარათში ან - პირიქით. უმეტესად არსად გვხვდება 15 წუთიანი ინტერვალში პაციენტის მდგომარეობის დინამიკის შესახებ ჩანანერი და ზოგჯერ არ არის მითითებული ფიზიკური შეზღუდვის დაწყებისა და დასრულების დრო.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი წუხილს გამოთქვამს იმ ფაქტის გამო, რომ ფიზიკური შეზღუდვა თანაბრად გამოიყენება ფორმალურად ნებაყოფლობით და არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მიმართ, რაც ამავედროულად ეწინააღმდეგება წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის პოზიციას, რომლის თანახმადაც ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა მიმართ არ უნდა იქნას გამოყენებული ფიზიკური შეზღუდვის საშუალება. თუ ფიზიკური შეზღუდვის საჭიროება არსებობს, დაუყენებლივ უნდა იქნას ინიცირებული პაციენტის სტატუსის (ნებაყოფლობითი/არანებაყოფლობითი) გადახედვის სამართლებრივი პროცედურა.⁷²

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ ინსტრუქციას ფიზიკური შეზღუდვის საშუალებების გამოყენების შესახებ უნდა დაემატოს ქიმიური შეზღუდვის ზომის გამოყენების ინსტრუქციაც. ამასთან, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს რეგულარული ტრენინგი აუთიტირებული პაციენტის მართვის, სიტუაციის დეესკალაციის და შეზღუდვის ტექნიკის შესახებ, რომელშიც მონაწილეობა

72 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის ანგარიში საქართველოს მთავრობას 2014 წლის 1-11 დეკემბერს საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ, პარ. 151.

უნდა მიიღოს ამ პროცესში ჩართულმა მთელმა პერსონალმა (ექიმებმა, ექთნებმა, ექთნის თანაშემწეებმა); შემუშავებული პრინციპები რეგულარულად უნდა გადაიხედოს/განახლდეს. ძალზე მნიშვნელოვანია ის, რომ სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავებაში ჩართული იყვნენ და მას მხარს უჭერდნენ როგორც თანამშრომლები, ასევე ადმინისტრაციის წარმომადგენლები. ამ პრინციპების პრაქტიკაში განხორციელებაზე სისტემურ, რეგულარულ ზედამხედველობას უნდა ახორციელებდეს ფსიქიატრიული დანესებულების მენეჯმენტი. პერსონალის მხრიდან ამ პრინციპების დარღვევას უნდა მოჰყვებოდეს ადეკვატური რეაგირება.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ასევე თვლის, რომ პაციენტები, მათთვის გასაგებ ენაზე, რეგულარულად უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი (როგორც წერილობით, ასევე ზეპირსიტყვიერად) ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის დანესებულებაში არსებული ინსტრუქციების და გასაჩივრების პროცედურის შესახებ. ამგვარი ინფორმირება ხელს შეუწყობს პაციენტებს (და მათ კანონიერ წარმომადგენლებს) ფიზიკური შეზღუდვის ზომების გამოყენების დასაბუთების/საფუძვლის გაცნობიერებაში. ეს მნიშვნელოვანია იმდენად, რამდენადაც ამჟამად ფიზიკური შეზღუდვა პაციენტების მიერ აღიქმება, როგორც დასჯის გარკვეული ფორმა. ინფორმირება ხელს შეუწყობს ამ აღქმის შეცვლას. აგრეთვე, მნიშვნელოვანია, რომ ფიზიკური შეზღუდვის დასრულების შემდეგ პერსონალი გაესაუბროს იმ პაციენტებს, რომელთა მიმართაც გამოყენებული იყო ფიზიკური შეზღუდვა ან/და მათ, რომლებიც ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების მოწმენი გახდნენ. ეს ხელს შეუწყობს ექიმი-ექთანი-პაციენტის თერაპიულ რაპორტს და ურთიერთობას და ასევე, სავარაუდოდ, მისცემს პაციენტს საშუალებას არტიკულაცია გაუკეთოს საკუთარ განცდებს და ემოციებს ფიზიკური შეზღუდვის წინ, რაც, შესაძლოა, მისი ქცევის უკეთესი გაგების საწინდარი გახდეს პერსონალისთვის.

რეკომენდაციები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის

- შევიდეს ცვლილებები „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის N92/ნ ბრძანებაში, რათა განისაზღვროს ფიზიკური შეზღუდვის მაქსიმალური ხანგრძლივობა; ფიზიკური შეზღუდვის, მათ შორის ამ პროცესში პაციენტის ან/და პერსონალის მიერ მიღებული სხეულის დაზიანებების, შესახებ, სპეციალურ რეესტრში (სპეციალურ ჟურნალში) წანაწერის გაკეთების ვალდებულება; სპეციალური რეესტრის (სპეციალური ჟურნალის) ფორმა; ფიზიკური შეზღუდვის უშუ-

ალოდ განხორციელების შესახებ დეტალური ინსტრუქცია; ფიზიკური შებოჭვის დროს გამოსაყენებელი სპეციალური საშუალებების კონკრეტული მახასიათებლები; სად უნდა განხორციელდეს ფიზიკური შებოჭვა და ვინ შეიძლება ესწრებოდეს ამ პროცესს; რა მოთხოვნებს უნდა აკმაყოფილებდეს სპეციალიზებული საიზოლაციო პალატა; ფიზიკური შეზღუდვის პროცესში ვიდეომეთვალყურეობის სისტემის გამოყენებასთან დაკავშირებული საკითხები და ფიზიკური შეზღუდვის დასრულების შემდეგ ფსიქიატრიული დაწესებულების პერსონალის პაციენტთან გასაუბრების და გასაჩივრების უფლების შესახებ ინფორმირების ვალდებულება

- გაატაროს ყველა საჭირო ზომა, რათა საიზოლაციო პალატების სათანადოდ, სპეციალურად აღჭურვამდე და კანონმდებლობის შესაბამისი მოთხოვნების დაცვის უზრუნველყოფამდე არცერთ შემთხვევაში არ იქნას გამოყენებული პაციენტის იზოლაცია
- შექმნას ფიზიკური შებოჭვის, იზოლაციისა და ქიმიური შეზღუდვის პრაქტიკაზე ეფექტური ზედამხედველობის და დარღვევებზე ადეკვატური რეაგირების სისტემა
- განსაზღვროს იმ სავალდებულო ტრენინგების ჩამონათვალი, რომელიც უნდა გაიაროს პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის პროცესში ჩართულმა პერსონალმა
- უზრუნველყოს ტრენინგების ორგანიზება ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის საკითხებზე, შემუშავდეს ქიმიური შეზღუდვის წესი და ინსტრუქცია

წინადადება საქართველოს პარლამენტს

- შევიდეს ცვლილებები „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში განისაზღვროს ქიმიური შეზღუდვის განმარტება და საგამონაკლისო წესით მისი გამოყენების სამართლებრივი საფუძვლები და პროცედურა, ასევე დადგინდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით ქიმიური შეზღუდვის დეტალური ინსტრუქციის დამტკიცების ვალდებულება
- შევიდეს ცვლილებები „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლში და განისაზღვროს ფიზიკური შეზღუდვის მაქსიმალური ხანგრძლივობა, ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ სპეციალურ რეესტრში (სპეციალურ ჟურნალში) ნანაწერის გაკეთების ვალდებულება, რა მოთხოვნებს უნდა აკმაყოფილებდეს სპეციალიზებული საიზოლაციო პალატა, ფიზიკური შეზღუდვის პროცესში ვიდეომეთვალყურეობის სისტემის გამოყენებასთან დაკავშირებული საკითხები და ფიზიკური შეზღუდვის დასრულების შემდეგ ფსიქი-

ატრიული დაწესებულების პერსონალის პაციენტთან გასაუბრების და გასაჩივრების უფლების შესახებ ინფორმირების ვალდებულება

- შევიდეს ცვლილებები „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლში და განისაზღვროს, რომ ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა მიმართ, როგორც წესი, არ უნდა იქნას გამოყენებული ფიზიკური შეზღუდვის საშუალება, მაგრამ თუ არსებობს ფიზიკური შეზღუდვის უკიდურესი აუცილებლობა, დაუყოვნებლივ უნდა იქნას ინიცირებული პაციენტის სტატუსის (ნებაყოფლობითი/არანებაყოფლობითი) გადახედვის სამართლებრივი პროცედურა

ფსიქიატრიული დაწესებულებების ღირებულებები

- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რათა უზრუნველყონ, რომ ფიზიკური შეზღუდვა, იზოლაცია და ქიმიური შეზღუდვა გამოყენებული იქნება მხოლოდ, როგორც უკიდურესი ზომა, როდესაც ყველა სხვა გონივრული საშუალება არაეფექტურია და არცერთ შემთხვევაში არ იქნება გამოყენებული კვალიფიციური პერსონალის სიმცირის საკომპენსაციოდ და პერსონალის კომფორტისთვის, ასევე დასჯის მიზნით
- გაატარონ ყველა საჭირო ზომა, რათა საიზოლაციო პალატების სათანადოდ, სპეციალურად აღჭურვამდე და კანონმდებლობის შესაბამისი მოთხოვნების დაცვის უზრუნველყოფამდე არცერთ შემთხვევაში არ იქნას გამოყენებული პაციენტის იზოლაცია; ასევე უზრუნველყონ, რომ არ მოხდეს პაციენტის იზოლაცია მისი დასჯის ან/და დაწესებულების პერსონალზე დაკისრებული მოვალეობების შესრულების შემსუბუქების მიზნით
- უზრუნველყონ, რომ ფიზიკური შეზღუდვის ზომები შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად მოკლე ვადით იქნას გამოყენებული
- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რათა ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა მიმართ ზოგადად არ გამოიყენებოდეს ფიზიკური შეზღუდვის საშუალება, ხოლო იმ შემთხვევებში, როდესაც არსებობს ფიზიკური შეზღუდვის უკიდურესი აუცილებლობა, დაუყოვნებლივ უნდა იქნას ინიცირებული პაციენტის სტატუსის (ნებაყოფლობითი/არანებაყოფლობითი) გადახედვის სამართლებრივი პროცედურა
- უზრუნველყონ, რომ შესაბამის პერსონალს ჩაუტარდეს რეგულარული სწავლება დეესკალაციის ტექნიკაში და ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის გამოყენების საკითხებში; გაუწიონ მკაცრი კონტროლი ინსტრუქციის მოთხოვნების შესრულებასა და სწავლების დროს მიღებული ცოდნის პერსონალის მიერ პრაქტიკაში განხორციელებას

- უზრუნველყონ, რომ პაციენტის ფიზიკური შებოჭვა არ განხორციელდეს სხვა პაციენტების თანდასწრებით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც შებოჭილი პაციენტი მოითხოვს სხვა პაციენტის დასწრებას
- უზრუნველყონ, რომ პაციენტს, რომლის მიმართაც გამოყენებული იქნა ფიზიკური შეზღუდვის ზომა, შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე თანამშრომელი უწყვეტად მეთვალყურეობდეს და ეხმარებოდეს, მათ შორის ბუნებრივი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაში, წყლისა და საკვების მიღებაში
- გაატარონ ყველა საჭირო ზომა, რათა უზრუნველყონ შესაბამისი პერსონალის მიერ ფიზიკური შებოჭვის, იზოლაციისა და ქიმიური შეზღუდვის კანონმდებლობით დადგენილი წესით, სრულყოფილად პაციენტის სამედიცინო ბარათში და სპეციალურ რეესტრში (სპეციალურ ჟურნალში), ასევე ექიმის და ექთნის დღიურებში დოკუმენტირება
- უზრუნველყონ ფიზიკური შეზღუდვის დასრულების შემდეგ პაციენტთან გასაუბრება და გასაჩივრების უფლების შესახებ პაციენტის ინფორმირება
- განახორციელონ პერსონალის მიერ უფლება-მოვალეობების შესრულების მკაცრი კონტროლი, რათა თავიდან იქნას აცილებული პაციენტების არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობა; პერსონალის მხრიდან ფიზიკური შეზღუდვის განხორციელებასთან დაკავშირებული მოთხოვნების შეუსრულებლობისა და უხეში მოპყრობის შემთხვევებზე მოახდინონ სათანადო რეაგირება; პერსონალის მიერ დანაშაულის შემცველი ქმედების ჩადენის შემთხვევაში, მიმართონ საგამოძიებო ორგანოებს

6. მატერიალური პირობები – სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, თერაპიული და უსაფრთხო გარემო

ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი ხაზგასმით აღნიშნავს, პაციენტთა საცხოვრებელი პირობებისა და მათდამი პატივისა და ღირსების პირობებში მოპყრობის აუცილებლობას, რადგანაც ამ კუთხით არსებულმა დარღვევებმა შეიძლება ძალიან მალე შექმნან ვითარება, რომელიც უტოლდება „არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას“. მთავარი მიზანი უნდა იყოს პაციენტთათვის ისეთი მატერიალური პირობების შექმნა, რომელიც ხელს შეუწყობს მათ გამოჯანმრთელებასა და კეთილდღეობას, რასაც ფსიქიატრიაში ეწოდება ხელსაყრელი თერაპიული გარემოს შექმნა. ეს მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პაციენტებისათვის, არამედ ფსიქიატრიულ დანესებულებაში მომუშავე პერსონალისთვისაც. გარდა ამისა, პაციენტისათვის უზრუნველყოფილი უნდა იყოს როგორც ფსიქიატრიული, ასევე სომატური ხასიათის შესაბამისი მკურნალობა და მოვლა, თანაბარი მოპყრობის პრინციპის გათვალისწინებით.⁷³ ფსიქიატრიულ დანესებულებებში არსებული პირობები უნდა იყოს მაქსიმალურად მიახლოებული იმ პირობებს, რომლებიც აქვთ ნორმალურ ცხოვრებაში იმავე ასაკის მქონე პირებს.⁷⁴

პაციენტთა საცხოვრებელი პირობებისა და მკურნალობის ხარისხი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული არსებული ფინანსური რესურსების ოდენობაზე. მიუხედავად ამისა, ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი აღნიშნავს, რომ რიგი სასიცოცხლო და აუცილებელი მოთხოვნები დაკმაყოფილება ყოველთვის უნდა იყოს გარანტირებული იმ დანესებულებებში, სადაც პირი სახელმწიფოს მეურვეობის ქვეშ იმყოფება ან დაკავებულია. ეს მოიცავს როგორც სათანადო კვებას, გათბობასა და ტანსაცმლით უზრუნველყოფას, ასევე - სამედიცინო დანესებულებებში ყოფნის შემთხვევაში აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფას.⁷⁵

საქართველოს ფსიქიატრიულ დანესებულებებში ხელსაყრელი თერაპიული გარემოსათვის აუცილებელი პირობების შეფასების მიზნით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებმა შეამოწმეს 12 ფსიქიატრიული დანესებულება თბილისში, რუსთავეში, იმერეთში, სამეგრელოში, სამცხე-ჯავახეთსა და აჭარაში.

73 ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, გვ. 80, პარა. 32, ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/lang/geo/geo-standards.pdf> [ბოლოს ნანახია 03.03.2016].

74 გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუცია, ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დაცვა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, 1991 წლის 17 დეკემბერი, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> [ბოლოს ნანახია 03.03.2016].

75 ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, გვ. 80, პარა. 33, ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/lang/geo/geo-standards.pdf> [ბოლოს ნანახია 03.03.2016].



დანესებულების შენობის გარე და შიდა ვიზუალური დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა არის ძველი და გაუმართავი, ხოლო დანესებულებაში არსებული მატერიალური პირობები ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას.

დანესებულებაში გათბობის უზრუნველსაყოფად გამოყენებული შეშის ღუმელი და ფანჯრების ცელოფნებით შეფუთვა ვერ უზრუნველყოფს სათანადო გათბობას. მამაკაცთა და ქალთა განყოფილების პაციენტებს აქვთ ინდივიდუალური საწოლები, მაგრამ პაციენტები პალატებში არ არიან უზრუნველყოფილნი სტანდარტის შესაბამისი 8 კვ.მ ფართით.⁷⁶ მრავალადგილიანი საერთო პალატებში არის გადატვირთულობა. თოთოეულ ადამიანზე საშუალოდ მოდის 4.5 კვ.მ., ან ზოგ შემთხვევაში უფრო ნაკლები ფართი.⁷⁷ ორივე განყოფილებაში არის სივინროვე და საწოლებს შორის დაშორება ზოგ შემთხვევაში არის 1 მეტრზე ნაკლები.



76 საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დანესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“, დანართი N2.

77 მაგალითად, მამაკაცთა განყოფილებაში არის 8 პალატა, (9,3 კვ.მ. პალატაში 2 პაციენტი, 15,7 კვ.მ. პალატაში 4 პაციენტი, 48,16 კვ.მ. პალატაში 11 პაციენტი და ა.შ). ქალთა განყოფილებაში არის 5 პალატა, (24,2 კვ.მ. პალატაში 7 პაციენტი, 24, კვ.მ პალატაში 8 პაციენტი, 17,5 კვ.მ. პალატაში 3 პაციენტი და ა.შ).

მამაკაცთა განყოფილებაში არსებობს ერთმანეთში გამავალი არაიზოლირებული (N4 და N5) პალატები, რომლებშიც არ არის ცალკე გათბობა უზრუნველყოფილი, აღნიშნულ პალატებში სითბო შემოდის სხვა ოთახიდან. როგორც მამაკაცთა აგრეთვე ქალთა განყოფილების პალატებში არსებული პირობები ეწინააღმდეგება სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონალური დაწესებულების ნებართვის გაცემის შესახებ დებულებით დადგენილ სტანდარტებს.⁷⁸



განყოფილებებში არსებული სანიტარული კვანძები საჭიროებს სარემონტო სამუშაოების ჩატარებას. კაცთა განყოფილებაში არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა. ქალთა განყოფილების სანიტარულ კვანძებში შედარებით დაცული სანიტარულ ჰიგიენური პირობების მიუხედავად, მნიშვნელოვანია განახლებითი სარემონტო სამუშაოების ჩატარება. სანიტარულ კვანძებში არ არის უზრუნველყოფილი პირადი სივრცის ხელშეუხებლობა. სათანადოდ არ არის გათვალისწინებული ხანში შესული და მობილობის შეზღუდვის მქონე პაციენტების საჭიროებები. სასადილოებში და კაცთა განყოფილების მოსასვენებელ ოთახში არსებული სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. მიუხედავად ამისა, მიზანშეწონილია განახლებითი სარემონტო სამუშაოების ჩატარება. სამზარეულოს კორპუსის ინფრასტრუქტურა გასარემონტებელია. მოძველებულია საჭმლის მოსამზადებელი ტექნიკა და არ არის დაცული სანიტარულ ჰიგიენურ მდგომარეობა.



78 საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 385, „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“.

დღიასახლისების ოთახში არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, ოთახი საჭიროებს სარემონტო სამუშაოებს. დაწესებულებაში არსებულ არცერთ საწყობში არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა. არ არის გათვალისწინებული პროდუქციის შენახვისათვის აუცილებელი პირობები. სამრეცხაოდ განკუთვნილი ოთახები მოძველებულია და საჭიროებს განახლებითი სამუშაოების ჩატარებას.



არტ თერაპიის ოთახში დაცულია სანიტარულ ჰიგიენური მდგომარეობა და უზრუნველყოფილია არტ თერაპიისათვის აუცილებელი სათანადო გარემო.

დაწესებულებას აქვს საკმარისი ფართის ეზო, გამწვანებით, თუმცა, პრობლემას წარმოადგენს მოსასვენებელი ოთახის სივინროვე და შესაბამისი ინვენტარის არარსებობა.

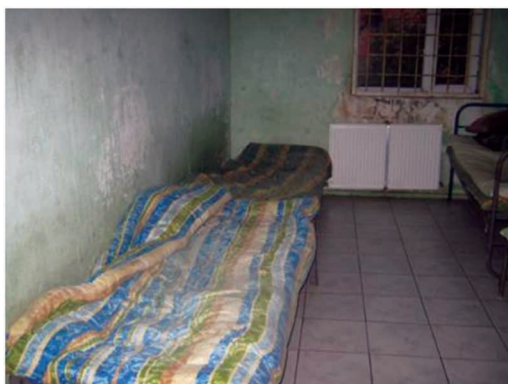
რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო (ხელვაჩაური)



რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს პირველ და მეორე ძირითადი შენობების ინფრასტრუქტურა და სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების დაცვის ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისა-

გან. იმ დროს, როდესაც პირველი ძირითადი შენობის ინფრასტრუქტურა კარგ მდგომარეობაშია, პალატებში უზრუნველყოფილია შესაბამისი განათება, ვენტილაცია და სანიტარულ ჰიგიენური პირობები, მეორე ძირითადი შენობის ინფრასტრუქტურა სავალალო მდგომარეობაშია. ეს უკანასკნელი ვერ უზრუნველყოფს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას თანაბარ პირობებში.

პირველ ძირითადი შენობაში არსებულ სტაციონარის III განყოფილებაში ჩატარებულია სარემონტო სამუშაოები. განყოფილების ერთადგილიან პალატებში, პაციენტები უზრუნველყოფილნი არიან სტანდარტის შესაბამისი ფართით.⁷⁹ მეორე ძირითადი შენობის ინფრასტრუქტურა სავალალო მდგომარეობაშია, კედლები არის დასვრილი, ინტერიერი ნესტისაგან არის დაზიანებული და სარემონტოა, ინვენტარი არის ძველი და მწირი. ოთახებში დგას სუნი, პალატებში არიან მწერები და არის გადატვირთულობა.⁸⁰ პალატებში არის ზედმეტი სანოლები.



პირველი ძირითადი შენობის სანიტარული კვანძები შედარებით უკეთეს მდგომარეობაშია სხვა განყოფილებებთან შედარებით. მეორე ძირითადი შენობის განყოფილებაში არსებული კაცთა და ქალთა სანიტარულ კვანძებში ანტისანიტარიაა, კედლები ჩამოშლილია და საჭიროებს კაპიტალურ სარემონტო სამუშაოების ჩატარებას. სააბაზანოში კედლები და იატაკი ნესტიანი და დაზიანებულია.



79 (თითოეულ პაციენტზე მოდის 9,9 კვ.მ ფართი) მრავალადგილიანი პალატებში ორადგილიანი პალატისათვის განკუთვნილია 14,24 კვ.მ. ფართი. სამ ადგილიან პალატებში კი 18,75 კვ.მ.

80 მამაკაცთა განყოფილებაში არის 9 მწვევე და ამდენივე გრძელვადიანი განყოფილების პალატა (19 კვ.მ. 3 პაციენტი, 21,59 კვ.მ. 4 პაციენტი). რამდენიმე პალატაში არის ზედმეტი სანოლების პრობლემა. მაგალითად, (21,24 კვ.მ. არის 3 სანოლი და 2 პაციენტი, 41,24 კვ.მ. 6 სანოლი და 5 პაციენტი.)

მეორე ძირითადი შენობის სამრეცხაო წარმოადგენს ცალკე შენობას, რომელიც ძველი აშენებულია და არის სარემონტო. რაც შეეხება პირველი ძირითადი შენობის სამრეცხაოს აქ დამონტაჟებულია კარგ მდგომარეობაში მყოფი სარეცხი მანქანები. საერთო სამზარეულო კარგ მდგომარეობაშია. მუსიკის ოთახში პირობები დამაკმაყოფილებელია. აქ მუსიკაზე გადმოდიან პირველი, მეორე, მესამე განყოფილებები. ოთახში არის მუსიკალური ცენტრი. აჩვენებენ ფილმებს, არის, პიანინო, მაგიდა, სკამები, დეკორატიული ყვავილები.



წვიმიანი ამინდის შემდეგ დაწესებულების პერსონალი პაციენტებს ეზოში არ უშვებს, ვინაიდან ეზოში არსებულ ორმოებში დგება წყლის გუბები.



თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი



შენობის გარე და შიდა ვიზუალური დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა საჭიროებს დამატებით სარემონტო სამუშაოების ჩატარებასა და გამართვას. არსებული გარემო საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. ზოგადად დანესებულების ყველა პალატა და სველი ნერტილი სარემონტოა. არ არის საკმარისი ინვენტარი, არსებულის დიდი ნაწილი დაზიანებულია. პალატებში არ არის უზრუნველყოფილი შესაბამისი ვენტილაცია. დადებითად უნდა აღინიშნოს პალატების უზრუნველყოფა ცენტრალური გათბობით.

მამაკაცთა⁸¹ და ქალთა⁸² განყოფილების პაციენტებს აქვთ ინდივიდუალური საწოლები, მაგრამ ისინი ძირითადად არ არიან უზრუნველყოფილნი სტანდარტის შესაბამისი 8 კვ.მ ფართით. გამონაკლის წარმოადგენს რამდენიმე პალატა.⁸³



81 ორივე პალატა არის ოთხ ადგილიანი და თითო ფართ შეადგენს (17,57 კვ.მ და 23,24 კვ.მ).

82 3 ადგილით (საწოლით) – 3 პალატა – 17,00მ², 4 ადგილით (საწოლით) – 2 პალატა – 34,00მ² 5 ადგილით (საწოლით) – 3 პალატა – 32,690მ², 7 საწოლით – 1 პალატა – 41,645მ², 6 საწოლით – 2 პალატა – 35,885მ²

83 მამაკაცთა განყოფილების პალატა (7 პალატა – 3 ადგილით 24,760 მ²), ქალთა განყოფილების პალატა (2 ადგილიანი 4 პალატა 17,87კვ.მ და 4 ადგილიანი 2 პალატა 34,00კვ.მ)

ქალთა და მამაკაცთა განყოფილებებში არის სანიტარული კვანძების სიმცირე. არსებული სანიტარულ კვანძებში არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები და სარემონტოა. დაწესებულებაში არის საერთო აბაზანა ყველა განყოფილებისათვის, რომლითაც სარგებლობისათვის დაწესებულია გრაფიკი განყოფილებების მიხედვით. ქალთა და მამაკაცთა შერეულ განყოფილებაში არსებული სველი წერტილები მუშა მდგომარეობაშია. საერთო სასადილოებისა და საწყობების მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

დაწესებულებას აქვს საკმარისი ფართის ეზო, რისი გამოყენებაც რეკრეაციის მიზნებისთვის შესაძლებელია. შენობაში არსებული სპორტდარბაზი ამორტიზირებულია და მისი გამოყენება არ ხდება.

აქად. ო. ლუღუგაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი



დაწესებულების შენობის გარე და შიდა ვიზუალური დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა საჭიროებს დამატებით სარემონტო სამუშაოებსა და გამართვას. არსებული გარემო საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. დაწესებულებაში ცენტრალური გათბობა უზრუნველყოფილია მხოლოდ დერეფნებში, ხოლო შიდა პალატების გათბობა ხდება კონდიციონერით. წყლის გაყვანილობის ხშირი დაზიანების გამო ხდება დერეფნის დატბორვა.

დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ მამაკაცთა და ქალთა განყოფილებებში პაციენტები უზრუნველყოფილნი არიან სტანდარტით განსაზღვრული 8 კვ.მ საცხოვრებელი ფართით. პალატებში ზოგადად სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა რამდენიმე საწოლის მატრასი არის დასერილი და დაზიანებული. ინვენტარი საჭიროებს შეკეთებას, ხოლო დაწესებულებაში ჩასატარებელია განახლებითი სარემონტო სამუშაოები.



ქალთა და მამაკაცთა სანიტარულ კვანძებში ჭერი და კედლები ნესტიანი და ობიანია, იატაკი სველია და დასვრილი. სანიტარულ კვანძებში არ არის გამწოვი და ბუნებრივი ვენტილაცია. საპირფარეშოში არ არის პლასტმასის საჯდომი, რითაც ის არ იძლევა დაჯდომის შესაძლებლობას და გამოუსადეგარია პაციენტებისათვის. დაწესებულების სამზარეულოში არსებული საერთო მდგომარეობა ნორმალურია, მაგრამ კედლები ნესტიანია და საჭიროებს განახლებით სარემონტო სამუშაოებს.

დაწესებულებას აქვს ეზო, სადაც დაგებულია ხელოვნური საფარი, დგას გადახურული მაგიდა და სკამები. ერთ ოთახში პაციენტებს შეუძლიათ ითამაშონ მაგიტის ჩოგბურთი. ტელევიზორის ყურება პაციენტებს შეუძლიათ სპეციალურად გამოყოფილ მოსასვენებელ ადგილას, სადაც დგას ამორტიზებული დივანი და სავარძლები.

ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი



დაწესებულების დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობაში არსებული ფიზიკური გარემო და სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის დამაკმაყოფილებელი. შენობა ბოლოს გარემონტდა 4 წლის წინ. შენობის შემოსასვლელი ადაპტირებულია ეტლით მოსარგებლე შეზღუდული შესაძლებლობის

მქონე პირებისთვის. შენობა აღჭურვილია ცენტრალური გათბობის სისტემით. შენობას აქვს სასაქონლო ეზო, რომელიც შემოღობილია რკინის გისოსებიანი ღობით და კარგ მდგომარეობაშია.



პალატების საერთო მდგომარეობა არის დამაკმაყოფილებელი. დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ მამაკაცთა და ქალთა განყოფილების პაციენტებს აქვთ ინდივიდუალური საწოლები, ისინი უზრუნველყოფილნი არიან სტანდარტით განსაზღვრული 8 კვ.მ საცხოვრებელი ფართობით.⁸⁴ დაწესებულებაში არსებული სველი წერტილები ზოგადად კარგ მდგომარეობაშია. მცირედენ რემონტს საჭიროებს მამაკაცთა საშხაპე და ქალთა საპირფარეშო. სამზარეულოში არის სისუფთავე.

დაწესებულებას აქვს ეზო და ოთახი სხვადასხვა აქტივობებისთვის, რაც უზრუნველყოფს რეკრეაციას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი



შენობის გარე და შიდა ვიზუალური დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა საჭიროებს დამატებით სარემონტო სამუშაოებსა და გამართვას. გრძელვადიან პალატებში პაციენტებს აქვთ ინდივიდუალური საწოლები, მაგრამ ისინი არ არიან უზრუნველყოფილნი

84 ორადგილიანი პალატების ფართობი, 16,27 კვ.მ. 17.86

სტანდარტით განსაზღვრული 8 კვ.მ საცხოვრებელი ფართით.⁸⁵ საწოლის მატრასები დასვრილია. ყველა პალატაში აყენია კონდიციონერი, მაგრამ კონდიციონერების უმრავლესობა მწყობრიდან არის გამოსული.

გრძელვადიან განყოფილებაში არის რეაბილიტაციის ოთახი. ოთახში არის სივინროვე და ბევრი პაციენტის ყოფნის შემთხვევაში უჭაერობა. მწვავე განყოფილებაში უკეთესი მატერიალური პირობებია, ვიდრე გრძელვადიან განყოფილებაში. მწვავე განყოფილებაში ძირითადად დაცულია პალატებისათვის სტანდარტით განსაზღვრული ფართის ოდენობა. გამონაკლისს წარმოადგენს რამდენიმე სამ ადგილიანი პალატა, რომლის ფართი შეადგენს 15 კვ.მ.-ს.



დანესებულების სანიტარული კვანძები დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაშია, მაგრამ მიზანშეწონილია განახლებით სამუშაოები, რადგანაც სააბაზანოს კუთხეებში მოდებულია ნესტის ობი. საპირფარეშოში უნიტაზი არ არის აღჭურვილი პლასტმასის საჯდომით. ორი ნახევრად იზოლირებული საშხაპე კაბინისა და საპირფარეშოს ერთ სივრცეში არსებობა არ იძლევა პაციენტების პირადი სივრცის ხელშეუხებლობის შესაძლებლობას. სამზარეულოში არსებული მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, დაცულია სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები.



85 (ორადგილიანი პალატების ფართობი, 14 კვ.მ. სამადგილიანი პალატის 17.88, 16,64)

წამლების სამარაგო ოთახში არ არის წამლების შენახვისათვის აუცილებელი სათანადო პირობები. მაცივარი, სადაც მეკამენტები ინახებოდა, გაფუჭებული იყო. წამლების საწყობში არ არის კონდიციონერი და ვერ ხდება წამლების შენახვისათვის აუცილებელი ტემპერატურული რეჟიმის დაცვა.

განყოფილებებში არის ოთახები საერთო აქტივობებისთვის. ასევე, ტერიტორიაზე არის ეზო, სადაც დამონტაჟებული ფრენბურთის ბადე, კალათბურთის ფარი, გრძელი სკამები და კედლები არის ნახატებით გაფორმებული. აღსანიშნავია, რომ ეზო მოქცეულია შენობებს შორის, რის გამოც შეფერხებულია ჰაერის თავისუფალი მოძრაობა და არ ხდება პირდაპირი მზის სხივები.



N5 კლინიკური საავადმყოფო



დანესებულების შენობის გარე და შიდა ვიზუალური დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა საჭიროებს დამატებით სარემონტო სამუშაოებსა და გამართვას. არსებული გარემო საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას.

დანესებულების მეორე განყოფილება დაყოფილია ბავშვებისა და მოზრდილების განყოფილებად.

მოზრდილთა განყოფილებაში არ არის უზრუნველყოფილი სათანადო ვენტილაცია. პალატები უზრუნველყოფილია შესაბამისი განათებით. პალატის გასათბობად გამოიყენება თბილი ჰაერის შემომტანი სისტემა. აღსანიშნავია, რომ პალატებისაგან განსხვავებით დერეფნებში ცენტრალური გათბობის სისტემა არის დამონტაჟებული. მოსაწევ ოთახში არ არის უზრუნველყოფილი სათანადო ვენტილაცია. ყველა პალატაში არ არის უზრუნველყოფილი სტანდარტების შესაბამისი ფართი.⁸⁶ ბავშვთა განყოფილებაში უზრუნველყოფილია სტანდარტების შესაბამისი ფართი⁸⁷, განათება და ვენტილაცია. ბავშვთა განყოფილებაში მოწყობილია გასართობი კუთხე. საკვები დანესებულებაში შემოდის გამზადებული სახით თერმოსებსა და პლასტმასის კონტეინერებში. სასადილო ოთახი კარგ მდგომარეობაშია.

მოზრდილთა განყოფილებაში არის სანიტარული კვანძები ქალებისთვის და მამაკაცებისთვის. ქალთა განყოფილებაში არსებულ სანიტარულ კვანძებში არ არის ბუნებრივი ვინტილაცია. მამაკაცთა სანიტარულ კვანძებში დაზიანებულია რამდენიმე უნიტაზის პლასტმასის დასაჯდომი. აბაზანის კედლებს ობი აქვს მოდებული. ბავშვთა განყოფილებაში არსებული სანიტარული კვანძები გამართულ მდგომარეობაშია, დაცულია სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები.

დანესებულების ეზო პაციენტებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი, ხოლო შენობაში რაიმე ოთახი, საერთო აქტივობებისთვის არ არის, გარდა ბავშვთა განყოფილებისა.

რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სანტარი



დანესებულების შენობის გარე და შიდა ვიზუალური დათვალიერების შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა

86 პალატის საერთო ფართი მერყეობს 12,5 მ²-დან 17 მ²-მდე, პალატებში დგას ორი საწოლი.

87 თითო ფართი დაახლოებით 17 მ²-ია, სადაც დგას ორი საწოლი.

დამაკმაყოფილებელია. დაწესებულების ამბულატორია და ეზოს შესასვლელი აღჭურვილია პანდუსით. შენობა უზრუნველყოფილია ცენტრალურ გათბობით, რომელიც დამონტაჟებულია, როგორც დერეფნებში აგრეთვე სანიტარულ კვანძებში. ყველა პალატაში დამონტაჟებულია კონდიციონერი.

პალატაში პაციენტები არ არიან უზრუნველყოფილნი სტანდარტის შესაბამისი ფართით.⁸⁸ ზოგადად პალატებში არსებული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები დამაკმაყოფილებელია.

საბაზანოებში და საპირფარეშოებში სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, თუმცა პირველ სართულზე არსებულ საპირფარეშოში არ არის უზრუნველყოფილი სათანადო ვენტილაცია. ქალების საპირფარეშოში უნიტაზი არ არის აღჭურვილი პლასტმასის სახურავით. დაწესებულებას აქვს საერთო სარგებლობის სასადილო, რომელიც კარგ მდგომარეობაშია.



მოსასვენებელი ფართი მოწყობილია შენობის მეორე სართულის დერეფანში. დაწესებულებას ასევე აქვს პაციენტებისათვის განკუთვნილი შიდა ეზო.

88 მაგალითად, 10,63 მ². ოთახი გათვლილია 2 პაციენტისათვის.



დანესებულების შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა არის ძველი და გაუმართავი, რაც საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას.

შენობის ჩრდილოეთ ნაწილში არსებული ოთახების უმეტესობა ნესტიანია. ზოგიერთ პალატის კარებს არ აქვს მინა და თითქმის ყველა კარის საკეტი მოშლილია. პალატებში არსებული ფანჯრები არის მუდმივად დაკეტილ მდგომარეობაში, რაც ვერ უზრუნველყოფს ბუნებრივ ვენტილაციას და ასევე, არ არის უზრუნველყოფილი ხელოვნური ვენტილაცია. პალატებში არ არის საკმარისი ხელოვნური განათება. ნათურების უმეტესობა არ ფუნქციონირებს, ამასთან მათი რეგულირება(ჩართვა/გამორთვა) შესაძლებელია მხოლოდ ოთახის გარედან.

დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტები უზრუნველყოფილნი არიან სტანდარტით განსაზღვრული 8კვ.მ საცხოვრებელი ფართობით. მიუხედავად ამისა, საწოლის მატრასები არის დასვრილი და დაზიანებული. სანიტარულ კვანძები საჭიროებს სარემონტო სამუშაოების ჩატარებას. სააბაზანოში არ არის დაცული პაციენტების პირადი სივრცის ხელშეუხებლობა.



დანესებულებას აქვს ეზო, გამწვანებით, თუმცა იგი არ არის მოწყობილი მოსასვენებელი სკამებითა და სხვა ინვენტარით, რაც სრულყოფილად ვერ უზრუნველყოფს რეკრეაციული გარემოს შექმნას.

სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსარი

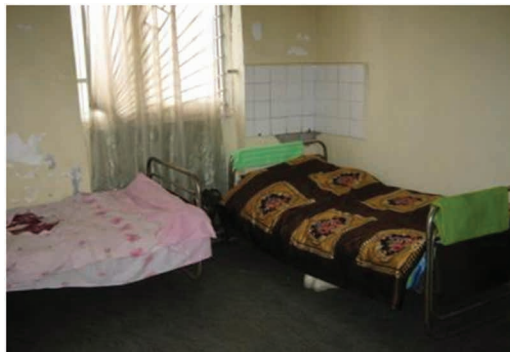
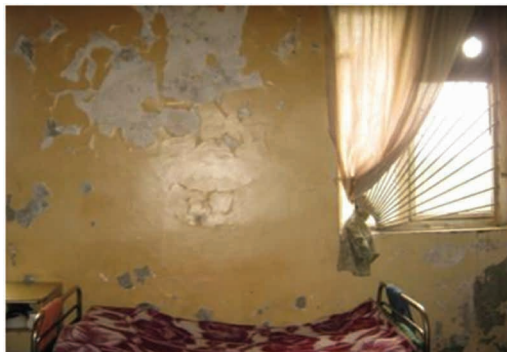


დანესებულების შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა არის ძველი და გაუმართავი, რაც საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. დანესებულების შენობა საკმაოდ ძველია. შენობას 2002 წელს გაუკეთდა კოსმეტიკური რემონტი, თუმცა კედლები, როგორც გარედან ისე შიგნით ნესტისგან არის დაზიანებული. სამზარეულოს კედლიდან გამომავალი კანალიზაციის მილი დაზიანებულია, რაც იწვევს ეზოს დაბინძურებას. ეზოს ტერიტორიაზე დაყრილია სამედიცინო და საყოფაცხოვრებო ნარჩენები.



დანესებულებაში არსებული პალატების კედლები დაზიანებულია, იატაკის კიდეებში არის ხვრელები. პაციენტები არ არიან უზრუნველყოფილნი სტანდ-

არტის შესაბამისი ფართით.⁸⁹ გამონაკლისია, რამდენიმე პალატა.⁹⁰ პალატებში შუქი იწებება განყოფილების გარეთ არსებული ჩამრთველები, რომელსაც აკონტროლებს პერსონალი.



მედიკამენტების ძირითადი მარაგი ინახება დაწესებულების პირველ სართულზე არსებულ აფთიაქში, თუმცა ექთნის ოთახში ჯგუფის მიერ აღმოჩენილ იქნა ვადაგასული წამლები. ლაბორატორიაში, რომელიც ანალიზების ჩასატარებლად არის განკუთვნილი (სისხლის საერთო, შაქრისა და სიფილისის), კედლები ნესტიანია. მონიტორინგის განხორციელების პროცესში ლაბორატორიაში არ იყო სტერილიზაცია.

დაწესებულების ორივე სართულზე არის სანიტარული კვანძები, თუმცა მხოლოდ პირველ სართულზეა შესაძლებელი ცხელი წყლით სარგებლობა. სანიტარულ კვანძებში კედლები ნესტისგან არის დაზიანებული. ხელსაბან ოთახში მხოლოდ ცივი წყლით სარგებლობაა შესაძლებელი. ორივე საპირფარეშოში ვენტილაცია უზრუნველყოფილია პატარა ზომის ფანჯრებით. საპირფარეშოებში არსებული ჩამრეცხი ბაკი გაუმართავია.

სველი წერტილების გვერდით განთავსებულია სამრეცხაო. შენობის კედლების ნაწილი ნესტისგანაა დაზიანებული. სამზარეულოში არ მოდის ცხელი წყალი და ჭურჭლის გარეცხვა ხორციელდება გაზის ბალონზე გამთბარი წყლით, რაც არ იძლევა სათანადო სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების დაცვის შესაძლებლობას. სასადილოში და სამზარეულოში ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.



89 სამი პაციენტი 20 კვ. მ, ხუთი პაციენტი 26 კვ.მ და ა.შ.

90 ერთი პაციენტი 16 კვ.მ, სამი პაციენტი 32 კვ.მ და ა.შ.

დანესებულებას აქვს ეზო, თუმცა დაცული არ არის სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, იგი არ არის მოწყობილი მოსასვენებელი სკამებითა და სხვა ინვენტარით, რაც შესაბამისად ვერ უზრუნველყოფს რეკრეაციული გარემოს შექმნას.

აღ. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო



დანესებულების შენობის მთლიანი ინფრასტრუქტურა არის ძველი და გაუმართავი, რაც საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. ტერიტორიაზე განთავსებულ შენობებს სახელმწიფოს მხრიდან კაპიტალური რემონტი დაახლოებით ოცი წელია არ ჩატარებია. შენობების გასათბობად იყენებენ ქვანახშირს. მონიტორინგის განხორციელების პროცესში გათბობა დანესებულების არცერთ ნაწილში არ იყო ჩართული.

პალატებში არ არის უზრუნველყოფილი არც გათბობა და არც ხელოვნური განათება. თერმოიზოლაციის არარსებობის პირობებში, პალატაში შემოდის სიცივე. უმეტეს პალატებში კედელები ნესტისგან ჩამოშლილია და ყველა პალატაში არის ძველი ინვენტარი. შენობებში არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები და დგას მძიმე, არასასიამოვნო სუნი. მამაკაცთა განყოფილება გადატვირთულია, პაციენტები არ არიან უზრუნველყოფილი სტანდარტის შესაბამისი საცხოვრებელი ფართით.⁹¹ ძირითადად, ოთახებში ინვენტარი და გარემო პირობები ერთმანეთისგან არ განსხვავდება.

91 მაგალითად, რვა პაციენტი განთავსებულია 35,74 კვ.მ, ცხრა პაციენტი 35,26 კვ.მ.



აღსანიშნავია, რომ დაწესებულების სანიტარული კვანძები ცუდ მდგომარეობაშია. მოშლილია ინფრასტრუქტურა და არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები. გამონაკლის წარმოადგენს მამაკაცთა განყოფილებაში არსებული ერთი სანიტარული კვანძი, რომელიც ერთი წლის წინ გარემონტდა, თუმცა ტექნიკურად გაუმართავია.



დაწესებულების სამრეცხაო არის ძველი, ამორტიზებული და სარემონტო. სასადილოს კედლები და ჭერი ნესტიანია, იატაკი დასვრილია. არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები.



შენობების მძიმე სანიტარულ-ჰიგიენური გარემოს პირობებში, დაწესებულების ეზო წარმოადგენს ერთადერთ ადგილს, რომლის გამოყენება შესაძლებელია დასვენებისა და რეკრეაციისთვის.

აქად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



დაწესებულების შენობების ძირითადი ნაწილის ინფრასტრუქტურა არის ძველი და გაუძარტავი, რაც საერთო ჯამში ხელს ვერ უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას და პაციენტებს ამყოფებს ღირსების შემლახავ პირობებში.

დაწესებულებაში მყოფი პაციენტები არ არიან უზრუნველყოფილნი ცხოვრებისათვის საკმარისი (სტანდარტი 8 კვ.მ⁹²) ფართით. გამოწვევას იწვევს რამდენიმე პალატა.⁹³ მრავალადგილიანი საერთო პალატებში არის გადატვირთულობა. თოთოეულ ადამიანზე საშუალოდ მოდის 4 კვ.მ ან ზოგ შემთხვევაში, უფრო ნაკლები ფართი.⁹⁴ პალატების უმრავლესობაში დგას რკინის საწოლები, და ზოგ შემთხვევაში პაციენტებს უწევთ ლეიბის გარეშე წოლა. პალატების და დერეფნების კედლების დიდი ნაწილი ნესტისგან გაფუჭებული და სარემონტოა.

პალატების ნაწილში წვიმის დროს ჩამოდის წყალი და კარები დაზიანებულია. დაწესებულებაში არის ცენტრალური გათბობა, თუმცა უმეტეს განყოფილებებში არ მუშაობს და არ არის უზრუნველყოფილი ცენტრალური ვენტილაცია. პალატებში არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა.

92 25, 27 კვ.მ 10 პაციენტი, 33,19 კვ.მ 10 პაციენტი.

93 52,8 კვ.მ 4 პაციენტი, 51,9 4 პაციენტი.

94 მაგალითად, მამაკაცთა განყოფილებაში არის 8 პალატა, (9,3 კვ პალატაში 2 პაციენტი, 15,7 კვ პალატაში 4 პაციენტი, 48,16 კვ პალატაში 11 პაციენტი და ა.შ). ქალთა განყოფილებაში არის 5 პალატა, (24,2 კვ.მ პალატა 7 პაციენტი, 24, კვ.მ პალატა 8 პაციენტი, 17,5 პალატა 3 პაციენტი და ა.შ).



სანიტარულ კვანძებში ინტერიერი და ინვენტარი არის ამორტიზებული და სარემონტო. კედლები და ჭერი დასვრილია და არ არის დაცული სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები. ჭერიდან ჩამოდის წყალი, ხოლო კედლებზე გავრცელებულია ობის სოკო. ცხელი წყალი უზრუნველყოფილია მხოლოდ სააბაზანოში.



სამზარეულოში არსებული მდგომარეობა ნორმალურია. მიუხედავად ამისა, პრობლემას წარმოადგენს სასადილოებში სანიტარულ ჰიგიენური პირობების დაცვა. საჭმლის მოსამზადებელი ტექნიკის ნაწილი მოძველებულია.



ოფილებები, სადაც მოთავსებული არიან იძულებით მკურნალობაზე მყოფი და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან არანებაცოდლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით გადაყვანილი პაციენტები, დაწესებულების მთლიანი ტერიტორიიდან იზოლირებულია. აღნიშნულ ტერიტორიაზე შენობების წინ მოწყობილია პაციენტთა სასეირნო ეზო, რომელიც შემოღობილია რკინის გისოსებით და ასეთივე გისოსებით არის გადახურული.

რაც შეეხება დაწესებულების დანარჩენ ტერიტორიას, განყოფილებების შენობები განლაგებულია ეზოში, სადაც არის რეკრეაციისთვის შესაფერისი გამწვანება და გარემო, თუმცა როგორც ვიზიტის შედეგად გაირკვა, აღნიშნულ ეზოში უშვებენ პაციენტების მხოლოდ იმ ნაწილს, რომლებიც მას ასუფთავებენ და ალაგებენ. დანარჩენი პაციენტები კი ძირითად ნაწილს ატარებენ განყოფილებების შენობებში და მის წინ მეტალის ბადით შემოღობილ მცირე ტერიტორიაზე.

რეკონსტრუქციის საპროექტო შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების მინისტრს

- მიიღოს ყველა ზომა, რათა ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს, აჭარის რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს მეორე ძირითადი შენობას, სენაკის სარაიონთამორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერს, „უნიმედი კახეთი“ – თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალს, ალ. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს, აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრს ჩაუტარდეთ სრული კაპიტალური რემონტი და უზრუნველყოფილ იქნეს ხელსაყრელი თერაპიული გარემო
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა გლდანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრს, ღუდუშაურის ფსიქიატრიულს, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს, N5 კლინიკურ საავადმყოფოს, რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრს ჩაუტარდეთ ინფრასტრუქტურის განახლებით სამუშაოები და უზრუნველყოფილ იქნეს ხელსაყრელი თერაპიული გარემო
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა პაციენტებისათვის ყველა დაწესებულებაში უზრუნველყოფილი იქნეს თანაბარი მოვლის პირობები
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა სისტემური მონიტორინგის გზით გაკონტროლდეს ფსიქიატრიული დაწესებულებების პირობების შესაბამისობა სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონალური დაწესებულების ნებართვის გაცემის შესახებ დებულებით დადგენილ სტანდარტებთან

- მიიღოს ყველა ზომა, რათა ყველა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში თითოეული პაციენტი უზრუნველყოფილ იქნას სტანდარდით დადგენილი, ცხოვრებისათვის საკმარისი ფართით
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა ყველა დაწესებულება აღიჭურვოს პაციენტებისათვის შესაბამისი საყოფაცხოვრებო ინვენტარით, მათ შორის ტუმბოებითა და კარადებით რათა პაციენტს ჰქონდეს გარკვეული პირადი ნივთების შენახვის საშუალება
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა დაწესებულებებში გაუქმდეს მრავალადგილიანი საერთო პალატები
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა ყველა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში პაციენტი უზრუნველყოფილ იქნეს სათანადო განათებით, გათბობითა და ვენტილაციით
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა დაწესებულებებში უზრუნველყოფილ იქნეს სათანადო სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა სათანადოდ იქნას გათვალისწინებული ხანში შესული და/ან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტთა მოთხოვნილებები
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა ყველა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს, როგორც პაციენტთა პალატების მოწყობას, ასევე დასვენების ადგილებს, რათა მოხდეს პაციენტთა სტიმულირება
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა უზრუნველყოს სანიტარული კვანძების გამართვა და პირადი სივრცის ხელშეუხებლობა
- მიიღოს ყველა ზომა, რათა პაციენტებს საკვები მიეწოდებოდეთ დამაკმაყოფილებელ სანიტარულ-ჰიგიენურ პირობებში

7. სამართლებრივი დასვის გარანტიები

7.1. სტასიონირება და ინფორმირებული თანხმობა

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ ვალდებულებას, ჯანდაცვის პროფესიონალებს მოსთხოვონ თანაბარი ხარისხის მომსახურება გაუწიონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, მათ შორის, თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, ადამიანის უფლებების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ავტონომიისა და საჭიროებათა შესახებ ცნობიერების ამაღლებით, ტრენინგების, სახელმწიფო და კერძო ჯანდაცვის სისტემაში ეთიკური სტანდარტების მიღებით.⁹⁵

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებზე და ჯანმრთელობის უფლებაზე გაეროს სპეციალური მომხსენებლები მოუწოდებენ სახელმწიფოებს აღმოფხვრან ნებისმიერი ფსიქიატრიული მკურნალობა, რომელიც არ არის დაფუძნებული პაციენტის თანხმობაზე, ასევე წერტილი დაუსვან თვითნებურ დაკავებას, იძულებით ინსტიტუციონალიზაციას და მკურნალობას, რათა მოხდეს განვითარების და ფსიქო-სოციალური შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ადამიანის უფლებების პატივისცემა. მომხსენებლების თვალთახედვით, „სამედიცინო საჭიროების“ კონცეფცია, რომელიც საფუძვლად უდევს პირის სტაციონარში არანებაყოფლობით მოთავსებას და მკურნალობას, განიცდის მეცნიერული მტკიცებულებებისა და ჯანსაღი კრიტერიუმების ნაკლებობას. ფსიქიატრიაში იძულების გამოყენების მემკვიდრეობა ეწინააღმდეგება პრინციპს - „არ ავნო“ (primum non nocere) და მიუღებლად უნდა იქნას მიჩნეული.⁹⁶

პირის ღირსებასა და პირად ხელშეუხებლობაზე დაფუძნებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის წინაპირობას სწორედ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა უნდა წარმოადგენდეს. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის თანახმად, მკურნალობაზე თანხმობას შეიძლება ეწოდოს თავისუფალი და ინფორმირებული მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი დაფუძნებულია პაციენტის მდგომარეობისა და მისთვის შეთავაზებული მკურნალობის შესახებ სრულ, ზუსტ და დეტალურ ინფორმაციაზე.⁹⁷

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილების თანახმად, „თანამედროვე საერთაშორისო სამართალი კოგნიტური ნაკლის მქონე და სხვაგვარად უნარშეზღუდული პირების მკურნალობისას პაციენტის ნების მაქსიმალურ გათვალისწინებაზეა ორიენტირებული და ადგენს სხვადასხვა მექანიზმებს, რითაც მინიმუმამდე ამცირებს პიროვნულ ავტონომიაში ჩარევის შესაძლებლობას. ანალოგიურ მიდგომას იზიარებს მრავალი ქვეყნის კანონმდე-

95 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, მუხ. 25(1)(d).

96 Dignity must prevail – An appeal to do away with non-consensual psychiatric treatment World Mental Health Day – Saturday 10 October 2015, United Nations Special Rapporteurs on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas-Aguilar, and on the right to health, Dainius Pūras.

97 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 41.

ბლობა და ითვალისწინებს პირის მოსაზრების გათვალისწინების ვალდებულებას სამკურნალო დანესებულებაში მისი იძულებითი მოთავსების და, კიდევ უფრო ხშირად, მკურნალობის საკითხთან დაკავშირებით. ფსიქიკურმა აშლილობამ შესაძლებელია გავლენა იქონიოს პირის უნარზე, განაცხადოს თანხმობა მკურნალობაზე. დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში მკურნალობის საწყის ეტაპზე პირს შესაძლებელია არ გააჩნდეს ინფორმირებული თანხმობის გაცემის უნარი, თუმცა მკურნალობის შედეგად მას ეს უნარი შესაძლოა დაუბრუნდეს. ამიტომ, როდესაც სრულწლოვანს შესწევს უნარი, განაცხადოს თავისუფალი და გაცნობიერებული თანხმობა მის ჯანმრთელობაში ჩარევასთან დაკავშირებით, ასეთი ჩარევა მხოლოდ მისი თანხმობით უნდა განხორციელდეს. დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში, როდესაც სრულწლოვანს არ შესწევს უნარი განაცხადოს თავისუფალი და შეგნებული თანხმობა, ჩარევა შესაძლებელია ამის მიუხედავად მაინც განხორციელდეს, თუ ის ემსახურება თავად ამ პირის უშუალო კეთილდღეობას.⁹⁸

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „კ“ პუნქტის თანახმად, ინფორმირებული თანხმობა არის პირის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ფსიქიატრიული დახმარების მიღებაზე, მისთვის დაავადებისა და სამედიცინო ჩარევის შესახებ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ. ამავე კანონის მე-15 მუხლის პირველი პუნქტის თანახმად, სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ნებაყოფლობითია, გარდა ამ კანონის მე-16 (პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები), მე-18 (არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება) და 22¹-ე (იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა) მუხლებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა, და პაციენტს გაეწევა აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, შესაბამისი ნებართვის მქონე სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დანესებულებაში. მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადების და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ; თუ პაციენტს არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინფორმაცია მიეწოდება პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო მისი არარსებობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავს.

მონიტორინგის ჯგუფმა დაადგინა, რომ ინფორმირებული თანხმობის მიღებას ფორმალური ხასიათი აქვს, შესაბამისი ახსნა-განმარტების, სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაციის მიწოდების გარეშე. ინფორმირებული თანხმობის⁹⁹ მიღება ხდება პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონირების თავიდან ასაცილებლად და მთელი ეს პროცედურა მიმართულია ფორმალურად პაციენტის მიერ ხელმოწერილი თანხმობის ფორმის სამედიცინო ბარათში მოთავსებაზე.

98 საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ, საქართველოს სახელით საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს მეორე კოლეგიის გადაწყვეტილება №2/4/532,533, 2014 წლის 8 ოქტომბერი, პარ. 50.

99 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 მარტის N108/ნ ბრძანებით დამტკიცებული სამედიცინო დოკუმენტაცია - ფორმა NIV-300-12/ა - პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების განევაზე.

ფსიქიკური ჯანრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის პაციენტთა გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ ინფორმირებულ თანხმობას აქვს ფორმალური ხასიათი. კერძოდ, მათ არ აწვდიან ინფორმაციას საკუთარი უფლებების, განზრახული მკურნალობის არსის, მეთოდების და ხანგრძლივობის შესახებ. ამასთან, არ განუმარტავენ ინფორმირებული თანხმობის დანიშნულებას და იმ რეალურ ფაქტორივ/სამართლებრივ შედეგებს, რაც მოჰყვება მათი მხრიდან მკურნალობაზე თანხმობის მიღებას ან უარის თქმას.

ერთ-ერთი პაციენტის გადმოცემით, დაწესებულებაში მიყვანის დროს მას განუმარტეს, რომ ხელს აწერდა მხოლოდ 10 დღიან დაყოვნებაზე დაწესებულებაში. შესაბამისად, პაციენტისთვის გაუგებარი იყო ის, თუ რატომ არ ეძლეოდა სახლში წასვლის უფლება ზემოაღნიშნული ვადის გასვლის მიუხედავად.

ერთ-ერთი პაციენტის ინტერვიუების დროს გაირკვა, რომ მას სურდა დაწესებულების დატოვება. ამასთან, არ ჰქონდა თანხმობა მიცემული ნებაყოფლობით მკურნალობაზე და არც სასამართლოს ბრძანება არსებობდა მისთვის არანებაყოფლობით ფსიქიატრიული დახმარების განევის აუცილებლობის თაობაზე. აღნიშნული ინფორმაცია გადამოწმდა პაციენტის სამედიცინო ბარათში. პაციენტი ჰოსპიტალიზებულ იქნა 2015 წლის 15 სექტემბერს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადისა და მეტროპოლიტენის საპატრულო პოლიციის მიერ. დიაგნოზად დასმული აქვს მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა, ქცევის აშლილობითა და ფსიქოზური ჩართვებით F70.1. პაციენტის სამედიცინო ბარათში განთავსებული ინფორმირებული თანხმობის ფორმა არ იყო ხელმწერილი პაციენტის მიერ, ამასთან, დაწესებულებას არ ჰქონდა მიმართული სასამართლოსთვის არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ. შესაბამისად, იმ ეტაპზე არ არსებობდა პაციენტის დაწესებულებაში დაყოვნების სამართლებრივი საფუძველი.

მიუხედავად იმისა, რომ „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, სტაციონარში ნებაყოფლობითი მკურნალობისთვის მოთავსებული პაციენტის განერა ხდება მისი მოთხოვნით მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე, პაციენტების გამოკითხვით დადგინდა, რომ სისტემატურად ხდება მათი სურვილისა და აზრის უგულებელყოფა და ადგილი აქვს მათ იძულებით დაყოვნებას დაწესებულებებში.

მე-5 კლინიკური საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ერთ-ერთ პაციენტს, რომელიც იმყოფება ნებაყოფლობით ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე, აქვს სურვილი, დატოვოს განყოფილება, რადგან მისი მდგომარეობა გაუმჯობესდა. ინტერვიუს დროს აცხადებდა, რომ ექიმი არ უშვებს და არც ეუბნება, რამდენი ხანი დატოვებს სტაციონარში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუტირი), სამოქალაქო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, როგორც მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი, ასევე გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებზე მყოფი ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების აბსოლუტური უმრავლესობის მკურნალობა ფორმალურად ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების პრინციპით ხდება (ყველა სამედიცინო ანკეტაში დევს ინფორმირებული თანხ-

მოზის ფორმა), თუმცა პაციენტების ინტერვიუების შედეგად ირკვევა, რომ მიუხედავად მოთხოვნისა, არ ხდება პაციენტების განწერა სტაციონარიდან.

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში პაციენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ ან არ იცის, რაზე მოაწერა ხელი ან ამბობს, რომ გააფრთხილა ექიმმა, რომ თუ ხელს არ მოაწერდა, მაშინ სასამართლო მას ექვსთვიან მკურნალობას დაუნიშნავდა და ამას ხელმოწერა ამჯობინა.

ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს, გასაუბრების დროისთვის, საკუთარი ფსიქიკური მდგომარეობის გამო, არ შეეძლო ინფორმირებული თანხმობის არსის გაცნობიერება, ხოლო ნაწილი სრულად აცნობიერებდა საკუთარ ფსიქიკურ მდგომარეობას, გამოხატავდა განწერის და მკურნალობის ამბულატორიულ პირობებში გაგრძელების სურვილს და ვერ იგებდა, განწერაზე უარს რატომ ეუბნებოდნენ. ერთ-ერთი პაციენტი, რომელიც 2015 წლის ივლისიდან იმყოფება სტაციონარში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე, ამბობს, რომ სახლში უნდა წასვლა და არ იცის, რატომ არ უშვებენ, ასევე არ იცის, “რას მკურნალობს, რა წამლებს სვამს”, არც საკუთარი უფლებები იცის.

რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონერვოლიგიური საავადმყოფოში (ხელვაჩაური) ყველა სამედიცინო ბარათში მოიპოვება პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა, თუმცა ხშირია შემთხვევები, როდესაც სამედიცინო დოკუმენტაციით ირკვევა, რომ პაციენტი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანით ან საპატრულო პოლიციის მიერ არის მიყვანილი. გაუგებარია, თუ პაციენტი თანახმა იყო სტაციონირებაზე, რატომ დასჭირდათ საპატრულო პოლიცია და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. ექიმებმა მონიტორინგის ჯგუფს განუმარტეს, რომ “იყოლიებენ ამ პაციენტებს მკურნალობაზე”.

თვალშისაცემი იყო ასევე ის ფაქტი, რომ დაწესებულებაში არანებაყოფლობით მკურნალობაზე არცერთი პაციენტი არ ჰყავდათ და ეს მაშინ, როცა სტაციონარში იყვნენ პაციენტები, რომლებიც აცხადებდნენ, რომ აღარ სურდათ სტაციონარში ყოფნა და ითხოვდნენ განწერას. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ასეთ შემთხვევებში პაციენტი ან დაუყოვნებლივ უნდა განწერონ ან თუ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა შეესაბამება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმებს, მიმართონ სასამართლოს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პაციენტის სტაციონარში მოთავსების შესახებ შესაბამისი ბრძანების გამოცემის მოთხოვნით.¹⁰⁰

დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენლებმა მონიტორინგის ჯგუფს განუმარტეს, რომ “პაციენტს მარტო ვერ გაუშვებენ”, “პაციენტს არსად აქვს წასასვლელი”. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ასეთ შემთხვევებში მნიშვნელოვანია დაწესებულების სოციალური სამსახური დროული და ადეკვატური ინტერვენცია, რათა თავიდან იქნას აცილებული პაციენტის სტა-

100 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტის და მე-18 მუხლის შესაბამისად.

ციონარში სამედიცინო საჭიროების არარსებობის პირობებში¹⁰¹, სამართლებრივი საფუძვლის გარეშე დაყოვნება.¹⁰²

მონიტორინგის ჯგუფის შემოფოთებას იწვევს აგრეთვე ის ფაქტი, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების განცხადებით, მათ არ უშვებენ სასეირნოდ ეზოში, ასევე არ შეუძლიათ დანესებულების ტერიტორიის დროებით დატოვება.

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტის თანახმად, არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ტარდება, როდესაც პირს ფსიქიკური აშლილობის გამო არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და მისთვის ფსიქიატრიული დახმარების განევა შეუძლებელია სტაციონარში მოთავსების გარეშე, აგრეთვე თუ დახმარების დაყოვნება საფრთხეს შეუქმნის პაციენტის ან სხვის სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას; პაციენტმა საკუთარი მოქმედებით შეიძლება მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი.

არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების საჭიროებას განსაზღვრავს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ან შესაბამისი სერტიფიკატის მქონე ექიმი. შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოები ვალდებული არიან მოთხოვნის შემთხვევაში უზრუნველყონ პაციენტის სტაციონარში მოთავსება. პაციენტის სტაციონარში არანებაყოფლობითი წინასწარი მოთავსება ხდება სტაციონარის მორიგე ექიმის გადაწყვეტილებით. პაციენტის სტაციონარში მოთავსება ითვლება არანებაყოფლობითი მკურნალობის დასაწყისად. სტაციონარში მოთავსებიდან 48 საათში ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიამ უნდა შეისწავლოს პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა და გადაწყვიტოს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების მიზანშეწონილობის საკითხი. ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია გადაწყვეტილებას იღებს ხმათა უმრავლესობით. ხმების გაყოფის შემთხვევაში გადაწყვეტილებას იღებს ფსიქიატრიული დანესებულების კლინიკური ხელმძღვანელი, ხოლო მისი არყოფნისას – საამისოდ უფლებამოსილი პირი, რომელსაც წერილობით აქვს მინიჭებული ამგვარი უფლებამოსილება. განსხვავებული აზრის მქონე ექიმ-ფსიქიატრის მოსაზრება წერილობით დაერთვის კომისიის გადაწყვეტილებას.

101 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტი რეკომენდაციას აძლევს მონანილე სახელმწიფოს „გადასინჯოს კანონმდებლობა, რომელიც უშვებს პირის თავისუფლების აღკვეთას შეზღუდული შესაძლებლობის, მათ შორის ფსიქიკური, ფსიქოსოციალური ან გონებრივი შეზღუდვების საფუძველზე; [...] მიიღოს ზომები, რათა უზრუნველყოს, რომ ჯანდაცვის სერვისები, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები დაფუძნებულია პირის ინფორმირებულ თანხმობაზე“ დასკვნითი შენიშვნები ესპანეთის შესახებ (2011), CRPD/C/ESP/CO/1, პარ. 36, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fESP%2fCO%2f1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 05.03.2016].

102 გაეროს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტი რეკომენდაციას აძლევს მონანილე სახელმწიფოს „მიიღოს ზომები, რათა უზრუნველყოს, რომ არავინ არ იქნება მოთავსებული ფსიქიატრიულ დანესებულებებში სამედიცინო საჭიროების გარეშე [...] სამედიცინო საჭიროების შესაბამისად ჰოსპიტალიზაციის შესახებ გადაწყვეტილება მიღებული იქნება დამოუკიდებელი ექსპერტ-ფსიქიატრების რეკომენდაციით და იარსებებს ასეთი გადაწყვეტილების გასაჩივრების შესაძლებლობა“, გაეროს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები თურქმენეთის შესახებ, (2011), CAT/C/TKM/CO/1, პარ. 17 ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fTKM%2fCO%2f1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 05.03.2016].

თუ ექიმ-ფსიქიტრთა კომისია დაასკვნის, რომ არსებობს ამ მუხლის პირველი პუნქტით დადგენილი კრიტერიუმები და არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება აუცილებელია, ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია მიმართავს სასამართლოს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პაციენტის სტაციონარში მოთავსების შესახებ შესაბამისი ბრძანების გამოცემის მოთხოვნით პირის სტაციონარში მოთავსებიდან 48 საათში. კომისიის გადაწყვეტილების შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს პაციენტს, მის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო ასეთის არარსებობისას – ნათესავს; უცხო ქვეყნის მოქალაქის შემთხვევაში ეცნობება შესაბამის დიპლომატიურ წარმომადგენლობას.

სასამართლო ვალდებულია ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციის შესაბამისი მიმართვის მიღებიდან 24 საათის ვადაში, საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი წესით განიხილოს იგი და მიიღოს გადაწყვეტილება პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ. საკითხის განხილვაში პაციენტის მონაწილეობა აუცილებელია. სასამართლოში საკითხის განხილვისას პაციენტის ინტერესებს წარმოადგენს პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი, ხოლო ასეთის არარსებობისას – ნათესავი და ადვოკატი. თუ პაციენტს არ ჰყავს ადვოკატი, იგი მას სახაზინო წესით დაენიშნება.

სასამართლოს გადაწყვეტილებით პაციენტს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება გაენევა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმების ამონურვამდე, მაგრამ ეს ვადა არ უნდა აღემატებოდეს 6 თვეს. ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია ვალდებულია ყოველთვიურად განიხილოს პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაგრძელების მიზანშეწონილობის საკითხი.

მონიტორინგის შედეგები ცხადყოფს, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალი უფრო მეტად ცდილობს ფორმალურად მოიპოვოს პაციენტის თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობის ფორმალური მიღება ხდება სტაციონირების სანყის ეტაპზე და ამის შემდგომ პაციენტის უფლება და სურვილი, გაენეროს სტაციონარიდან უმეტესად უგულვებელყოფილია. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ ფორმალური თანხმობის მოპოვება ხშირად არაეთიკური გზით ხდება, კერძოდ, სასამართლოს მეშვეობით, არანებაყოფლობით 6 თვიანი დაყოვნებით „დაშინება“ და ამგვარად პაციენტის დაყოლიება.

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის სულისკვეთებიდან გამომდინარე, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ ყველა ზომა უნდა იქნას მიღებული, რათა ფსიქიატრიული დახმარება უპირატესად პაციენტის ინფორმირებულ, გაცნობიერებულ თანხმობას ემყარებოდეს და ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის არანებაყოფლობით სტაციონარში მოთავსების პრაქტიკა საბოლოოდ, თანდათანობით აღმოიფხვრას. თუმცა, ამავდროულად სპეციალური პრევენციული ჯგუფი შეშფოთებულია ფორმალურად ნებაყოფლობით, ხოლო რეალურად არანებაყოფლობით სტაციონირებული პირების მონყვლადი სამართლებრივი მდგომარეობით. ისინი, სასამართლო კონტროლს მიღმა მყოფნი, ვერ ახერხებენ საკუთარი უფლე-

ბების დაცვას და ექვემდებარებიან მათი ნების საწინააღმდეგო სამედიცინო ინტერვენციებს და ფიზიკურ შეზღუდვას. ამგვარად ირლენდა ამ პაციენტების პიროვნული თავისუფლებისა და ხელშეუხებლობის უფლება და თვითნებური დაკავების პირობებში, ხშირ შემთხვევაში, წარმოადგენენ არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის მსხვერპლებს.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ მოკლევადიან პერსპექტივაში, ზემოთ აღნიშნული მოწყვლადი სამართლებრივი მდგომარეობის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია ფსიქიატრიულმა დანესებულებამ დაუყოვნებლივ მიმართოს სასამართლოს იმ შემთხვევებში, სადაც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტი ითხოვს სტაციონარიდან განერას, მაგრამ ამავდროულად სახეზეა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ამავდროულად ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ვინაიდან სასამართლო კონტროლის პირობებშიც არსებობს დაუსაბუთებელი სტაციონირების ან/და ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაციის რისკი, ასევე მოკლევადიან პერსპექტივაში, ვიდრე მოხდება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების ცნების საბოლოო აღმოფხვრა, მნიშვნელოვანია ამ მიმართულებითაც შეიქმნას დაცვის მყარი გარანტიები.

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ“ განსაზღვრულია ფსიქიატრიულ დანესებულებაში არანებაყოფლობით მოთავსების შემდეგი კრიტერიუმები: ა) პირს აქვს ფსიქიკური დარღვევა; ბ) პირის მდგომარეობა არსებით საფრთხეს ქმნის, რომ ამ პირის ან სხვა პირთა ჯანმრთელობას მიაღებავს სერიოზული ზიანი; გ) ფსიქიატრიულ დანესებულებაში მოთავსებას აქვს თერაპიული მიზანი; დ) არ არსებობს სათანადო ზრუნვის უზრუნველსაყოფად ნაკლებად შემზღუდავი ზომა; ე) პირის მოსაზრება მხედველობაში იქნა მიღებული.¹⁰³

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი ძირითადად ასახავს ზემოთ მითითებულ კრიტერიუმებს, თუმცა სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, დაუშვებელია ერთ-ერთ კრიტერიუმად საკუთარი თავისთვის ან სხვისთვის მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალის მიყენების რისკის განსაზღვრა.¹⁰⁴ ასევე მნიშვნელოვანია მხედველობაში იქნას მიღებული პირის მოსაზრება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების განევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების პრაქტიკასთან დაკავშირებული პრობლემები. დაფიქსირდა შემთხვევები, როდესაც სასამართლოსათვის წარდგენილი შუამდგომლობები შეიცავს მითითებას მხოლოდ ერთ კრიტერიუმზე მაშინ, როდესაც სახეზე უნდა იყოს, სულ მცირე, ორი კრიტერიუმი. ამასთან, შუამდგომლობის დასაბუთება შაბლონურია, ასევე ძირითადად შაბლონურია მოსამართლის

103 ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაციაში Rec (2004)10 „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ“, მუხ. 17(1).

104 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი.

ბრძანებაც. ამასთან, ხშირ შემთხვევაში წარსულში სტაციონირების ფაქტი ნეგატიურ გავლენას ახდენს პირის არანებაყოფლობითი სტაციონირების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე. კერძოდ, მოქმედებს გარკვეული „ავადმყოფობის პრეზუმფცია“. მონიტორინგმა ცხადყო, რომ მოსამართლეები უმეტესად აკმაყოფილებენ ფსიქიატრიული დაწესებულებების შუამდგომლობებს. ისინი, როგორც წესი, ეთანხმებიან ექიმის აზრს და ნაკლებად აინტერესებთ პაციენტის მოსმენა. ექიმი ფსიქიატრები მიიჩნევენ, რომ მათ უკეთ იციან, რა სჭირდება პაციენტს და მოსამართლემ, სამედიცინო განათლების უქონლობის გამო, არ უნდა მიიღოს ექიმის აზრის საწინააღმდეგო გადაწყვეტილება. ასეთ პირობებში, სასამართლო განხილვის პროცესში, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც ხდება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების 6 თვიანი ვადის გაგრძელების მიზანშეწონილობის შეფასება, მნიშვნელოვანია დამოუკიდებელი ექიმ-ფსიქიატრის მოსაზრების მოსმენა. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტების მიხედვით, სასამართლოს მიერ არანებაყოფლობითი სტაციონირების საკითხის გადაწყვეტა უნდა ხდებოდეს დამოუკიდებელი ფსიქიატრის მოსაზრების გათვალისწინებით, რომელიც არ წარმოადგენს იმავე დაწესებულებას, რომელშიც პაციენტი არის განთავსებული.¹⁰⁵ აღნიშნული სტანდარტი არ არის გათვალისწინებული საქართველოს კანონმდებლობაში, რაც არსებითი ხასიათის ხარვეზს წარმოადგენს პაციენტის უფლებების სრული დაცვის თვალსაზრისით და დაუყოვნებლივ უნდა გამოსწორდეს.

რეკომენდაციები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- შეისწავლოს ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების რეალური ნების საწინააღმდეგოდ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები და მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა დაუყოვნებლივ მოხდეს იმ პაციენტთა სტაციონარიდან განწერა, რომელთა მიმართაც არ არსებობს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების პროცედურის გამოყენების სამართლებრივი საფუძველი
- გადადგას თანმიმდევრული ნაბიჯები, რათა სტაციონირების შემთხვევების შესამცირებლად უზრუნველყოს ჰოსპიტალ-გარეშე სამსახურების ინტენსიური განვითარება
- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა თანდათანობით შესაძლებელი გახდეს ფსიქიატრიული დახმარების მხოლოდ პაციენტის თანხმობაზე დაფუძნებული მოდელის დამკვიდრება

¹⁰⁵ წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის ანგარიში ფინეთში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ, CPT/Inf (2009) 5, პარ. 138-139, ხელმისაწვდომია <http://www.cpt.coe.int/documents/fin/2009-05-inf-eng.pdf> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

საქართველოს იუსტიციის უმაღლეს სკოლას

- უზრუნველყოს მოსამართლეთა სწავლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე და ამ კუთხით ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში არსებულ სტანდარტებზე

იურიდიული დახმარების სამსახურის ღირებულება

- უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ადვოკატების სწავლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე და ამ კუთხით ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალში არსებულ სტანდარტებზე
- „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლში შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები, რათა განისაზღვროს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პაციენტის სტაციონარში მოთავსების ან მოთავსების ვადის გაგრძელების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას დაწესებულებისგან დამოუკიდებელი ფსიქიატრის აზრის მოპოვების და გათვალისწინების ვალდებულება

დაწესებულების ღირებულება

- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რომ დაუყოვნებლივ მოხდეს სტაციონარიდან ფორმალურად ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი იმ პაციენტების განწერა, რომლებიც ამას ითხოვენ და რომელთა მიმართაც არ არსებობს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების პროცედურის გამოყენების სამართლებრივი საფუძველი
- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რათა დაწესებულების პერსონალმა პაციენტის მისთვის გასაგები ფორმით მიაწოდოს დაგეგმილი ფსიქიატრიული დახმარების და ამ დახმარებაზე უარის თქმის შედეგების შესახებ სრული, ზუსტი და დეტალური ინფორმაცია როგორც სტაციონირებისას, ასევე შემდგომ პერიოდში - რეგულარულად
- უზრუნველყოს პაციენტის სტაციონარიდან განწერის ხელშესაწყობად სოციალური მუშაკის საქმიანობის გაძლიერება
- დაუყოვნებლივ გადახედონ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების სტაციონარში ყოფნის ზედმეტად შემზღუდავ პირობებს და რეჟიმს; უსაფრთხოების რისკების გათვალისწინებით, უზრუნველყონ მათი თავისუფალი გადაადგილება დაწესებულების ტერიტორიაზე და ასევე მიეცეთ შესაძლებლობა ხანმოკლე დროით დატოვონ დაწესებულება

წინადადება საქართველოს პარლამენტს

- „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტიდან ამოღებულ იქნას „ბ“ ქვეპუნქტი, რო-

მელიც არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების ერთ-ერთ კრიტერიუმად განსაზღვრავს პაციენტის მიერ საკუთარი თავისთვის ან სხვისთვის მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალის მიყენების ალბათობას.

7.2. ხანგრძლივი მოსპობა ჯანდაცვის პრობლემა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტი შეშფოთებას გამოთქვამს შშმ პირთა ინსტიტუციონალიზაციის და თემში მხარდამჭერი სერვისების ნაკლებობის გამო. ის რეკომენდაციას აძლევს სახელმწიფოებს მოახდინონ მხარდამჭერი სერვისების დანერგვა და ეფექტური დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის იმპლემენტაცია შშმ პირთა ორგანიზაციებთან კონსულტაციის პირობებში.¹⁰⁶ დამატებით კომიტეტი მიმართავს სახელმწიფოებს

106 გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები ესპანეთის შესახებ (2011), CRPD/C/ESP/CO/1, პარაგრაფები 35-36 ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fESP%2fCO%2f1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები ჩინეთის შესახებ (2012), პარ. 26, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/CHN/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები არგენტინის შესახებ (2012), პარ. 24, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/ARG/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები პარაგვაის შესახებ (2013), პარ. 36, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/PRY/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები ავსტრიის შესახებ (2013), para. 30, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fAUT%2fCO%2f1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები შვედეთის შესახებ (2014), პარ. 34, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/SWE/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები კოსტა-რიკის შესახებ (2014), პარ. 30, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/CRI/CO/1&Lang=Sp [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები აზერბაიჯანის შესახებ (2014), პარ. 29, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/AZE/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები ეკვადორის შესახებ (2014), პარ. 29, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/ECU/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები მექსიკის შესახებ (2014), პარ. 30, ხელმისაწვდომია გაეროს ოფიციალურ ენებზე შემდეგ მისამართზე: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/MEX/CO/1&Lang=en [ბოლოს ნანახია 12.03.2016]

თემზე დაფუძნებული შესაბამისი სერვისების უზრუნველყოფის მიზნით მეტი ფინანსური რესურსის გამოყოფის რეკომენდაციით.¹⁰⁷ კომიტეტის ამ მოთხოვნების საპირისპიროდ, მონიტორინგმა მნიშვნელოვანი პრობლემები და გამოწვევები გამოავლინა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში იმყოფებიან პაციენტები, რომელთაც პირობითად შეიძლება ვუწოდოთ „უვადო“ პაციენტები. „უვადო“ პაციენტები ამ შემთხვევაში აღნიშნავს პაციენტთა იმ კატეგორიას, რომლებიც თვეების და წლების მანძილზე, ფაქტიურად, „გაუსვლელად“ იმყოფება სტაციონარში, ხშირად არ საჭიროებს აქტიურ მკურნალობას, მაგრამ ვერ ტოვებს საავადმყოფოს იმის გამო, რომ „წასასვლელი არ აქვს“ ან იმიტომ, რომ ოჯახი თავს არიდებს მის სახლში წაყვანას.

აღსანიშნავია, რომ ყველა იმ დაწესებულების მენეჯმენტი, სადაც გრძელვადიანი მკურნალობის განყოფილებაა¹⁰⁸, აცხადებს, რომ „უვადო“ პაციენტები მათი ხანგრძლივი დაყოვნების კონტიგენტის 30-40 %-ს შეადგენს. ფსიქიატრიული პაციენტის ინსტიტუციაში ხანგრძლივი დაყოვნება ხდება, მიუხედავად მისი ნებაყოფლობითი მკურნალობის სტატუსისა და განერის მუდმივი მოთხოვნისა. ასევე, აშკარაა, რომ ეს დაყოვნება ყოველთვის არ არის გამოწვეული პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობით. ხანგრძლივი დაყოვნების პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ ბედიანის და სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუტირი) დგას.

ინტერვიურებული ექიმები პაციენტთა ხანგრძლივი დაყოვნების რამდენიმე მიზეზს ასახელებენ: განერილი პაციენტის მხარდამჭერი სისტემის არარსებობა, მატერიალური დაუცველობა, თანამდევროვე საცხოვრისის/ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულების არარსებობა, არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული სერვისების გეოგრაფიული ხელმიუწვდომლობა და თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების დეფიციტი, ასევე დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო პაციენტთა უნარ-ჩვევების დეფიციტი.

107 გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები ჩინეთის შესახებ, (2012), პარ. 26; გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები ავსტრიის შესახებ, (2013), პარ. 31; გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები შვედეთის შესახებ, (2014), პარ. 36.

108 ნამების პრევენციის ევროპულ კომიტეტში არსებობს მოსაზრება, რომ უმჯობესია, ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებები არ არსებობდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ვინაიდან გრძელვადიანი მოვლა უფრო მეტად დაკავშირებულია ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციასთან, რაც უზრუნველყოფილი უნდა იყოს სოციალური მზრუნველობის ინსტიტუციაში. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში უნდა ხდებოდეს მხოლოდ მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის თერაპია. პაციენტები, რომლებიც არ ავლენენ მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის ნიშნებს, უნდა იღებდნენ თემზე დაფუძნებულ მომსახურებას („Institutionalisation Versus Timely Discharge from a Psychiatric Institution (Factors that impede timely discharge)“, document prepared by Mr Vladimir Ortakov, 2005, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-2005-91-eng.pdf> [ბოლოს ნანახია 13.03.2016]).

აღსანიშნავია, რომ „უვადო“ პაციენტები, უმეტესად, ავლენენ ე.წ. ინსტიტუციურ/ჰოსპიტალიზმის სინდრომს¹⁰⁹ და დასწავლილ უსუსურობას.¹¹⁰ ზოგჯერ ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია (გამალარიბებელ გარემოში) იმდენად ართმევს ცხოვრებისეულ უნარ-ჩვევებს ადამიანს და ისეთი სიღრმის შეზღუდულ შესაძლებლობებს იწვევს, რომ ამ ბენეფიციარის საზოგადოებაში რეინტეგრაცია მძიმე ბარიერებთან არის დაკავშირებული და ხანგრძლივი პროცესია.

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის მე-19 მუხლი ადგენს ამ პირთა უფლებას, იცხოვრონ დამოუკიდებლად და ჩართულნი იყვნენ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. შშმ პირების ხანგრძლივი დროით სეგრეგაცია ინსტიტუციაში, როგორცაა ფსიქიატრიული დაწესებულება, თავისთავად წარმოადგენს ადამიანის უფლებების დარღვევას, რადგან ინდივიდს ართმევს საზოგადოებაში დამოუკიდებელი ცხოვრების უფლებას. ინსტიტუციაში მაცხოვრებელ ორ ყველაზე დიდ ჯგუფს მიეკუთვნებიან ფსიქიკური აშლილობის და ინტელექტუალური დარღვევების მქონე ადამიანები.¹¹¹ ინსტიტუცია მხოლოდ მისი ზომის მიხედვით არ განისაზღვრება.¹¹² ინსტიტუცია არის ნებისმიერი ადგილი, სადაც ხდება შშმ პირების იზოლაცია, სეგრეგაცია და/ან თავმოყრა. ტერმინები „ინსტიტუციონალიზაცია“ და „ინსტიტუციონალიზებული“ გამოიყენება იმ შშმ პირის დასახასიათებლად, რომელიც იმყოფება ინსტიტუციაში, ხშირად არანებაყოფლობით და ჩამორთმეული აქვს საკუთარი ცხოვრების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება. ინსტიტუციონალიზაცია აძლიერებს სტიგმას და ცრურწმენას, რომ შშმ პირებს არ შეუძლიათ, ან არ არიან ღირსნი მონაწილეობა მიიღონ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში¹¹³

შშმ პირთა უფლებების კონვენციის მე-19 მუხლი ავალდებულებს სახელმწიფოებს უზრუნველყონ შშმ პირთა თანაბარი უფლება იცხოვრონ საზოგადოებაში, და „მოახდინონ საზოგადოებისაგან იზოლაციისა და სეგრეგაციის პრევენცია“¹¹⁴.

109 Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J.. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68–90. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2676361>[ბოლოს ნანახია 13.03.2016].

110 Leite, L. C., & Schmid, P. C. (2004). Institutionalization and psychological suffering: notes on the mental health of institutionalized adolescents in Brazil. *Transcultural psychiatry*, 41(2), 281-293.

111 Mansell J და სხვ., დეინსტიტუციონალიზაცია და თემში ცხოვრება – შედეგები და დანახარჯები: კვლევის ანგარიში, გამოცემა 2: ძირითადი ანგარიში (კენტერბერი: თაიზარდის ცენტრი, კენტის უნივერსიტეტი, 2007 წ.) http://www.kent.ac.uk/tizard/research/DECL_network/documents/ [ბოლოს ნანახია 13.03.2016].

112 Parker C და Clements L, ევროპის კავშირი და თემში ცხოვრების უფლება: სტრუქტურული ფონდები და ევროპის კავშირის მიერ შშმ პირთა უფლებების კონვენციის შესაბამისად აღებული ვალდებულებები (ღია საზოგადოების ფონდები, 2012 წ.). <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/europe-community-living-20120507.pdf>;

თემში ცხოვრების ევროპული კოალიცია, დაკარგული დრო, დაკარგული ფული, დაკარგული ცხოვრება, დაკარგული შესაძლებლობა? (2010 წ.): 78. [http://community-living.info/documents/ECCL](http://community-living.info/documents/ECCL ინკლუზიის საერთაშორისო ორგანიზაცია, ინკლუზიის საერთაშორისო ორგანიზაციის გამაჰანია შშმ პირთა უფლებების კონვენციის მე-19-ე მუხლის შესახებ. www.inclusion-international.org/home/inclusion-international-campaign-on-article-19/) ინკლუზიის საერთაშორისო ორგანიზაცია, ინკლუზიის საერთაშორისო ორგანიზაციის გამაჰანია შშმ პირთა უფლებების კონვენციის მე-19-ე მუხლის შესახებ. www.inclusion-international.org/home/inclusion-international-campaign-on-article-19/.

113 ამერიკის შეერთებული შტატების უზენაესი სასამართლო, გადაწყვეტილება ოლმსტედი LC-ს წინააღმდეგ, 527 US 581 (1999 წ.)

114 წამების საკითხებში გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/> [ბოლოს ნანახია 04.03.2016].

პრევენციის ეროვნული მექანიზმი იზიარებს აღიარებულ ნორმას, რომ პაციენტები, რომლის ფსიქიკურ მდგომარეობა აღარ მოითხოვს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სტაციონირებას, მათ იძულებით დაყოვნებას, ჰოსპიტალ-გარე ცხოვრებისა და მოვლის სათანადო პირობების არარსებობის გამო, უნდა იქნან სათანადოდ შეფასებულნი და დეინსტიტუციონალიზებულნი. პრევენციის ეროვნული მექანიზმი მოუწოდებს სახელმწიფოს მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებები თანადათან შეიცვალოს თანამედროვე მოდერნიზებული დაწესებულებებით, რაც მოითხოვს თემზე დაფუძნებული ხანგრძლივი მოვლის, დაცული სერვისების განვითარებას¹¹⁵.

რეკომენდაციები

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დასვენის მინისტრს

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა მოხდეს ხანგრძლივი დაყოვნების, ე.წ. “უვადო” პაციენტების მოვლის და რეაბილიტაციის სპეციფიკური, დიფერენცირებული პროგრამების შემუშავება, რათა თანდათან აღდგეს მათი დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარ-ჩვევები
- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა დაიწყოს გრძელვადიან მკურნალობაზე მყოფი, განსაკუთრებით ოჯახის მიერ უგულვებელყოფილი, პაციენტების ფსიქიკური საჭიროებების და სოციალური მდგომარეობის თანმიმდევრული შეფასების პროცესი და მოხდეს ამ პაციენტთა თანდათანობით გადაყვანა დაცულ საცხოვრისებში მათი რესოციალიზაციის მიზნით
- უზრუნველყოს დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის შემუშავება, განსაკუთრებული აქცენტით ხანგრძლივი, თემზე დაფუძნებული, რეზიდენტული ზრუნვის (დაცული საცხოვრისის) საწარმოების შექმნაზე
- უზრუნველყოს სათემო სამსახურების განვითარება ჰოსპიტალური მომსახურების სიმძიმის შესამცირებლად და პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვის სამსახურების ჯაჭვის შესაქმნელად

ფსიქიატრიული დაწესებულებების ღირებულებებს

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა მოხდეს ხანგრძლივი დაყოვნების, ე.წ. “უვადო” პაციენტების მოვლის და რეაბილიტაციის სპეციფიკური, დიფერენცირებული პროგრამების შემუშავება, რათა თანდათან აღდგეს მათი დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარ-ჩვევები.

115 Shepherd G, MacPherson R. Residential care. In: Thornicroft G, Szukler G, Mueser K, Drake RE, editors. *Oxford Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 178-187.

7.3. გასაჩივრების პროცედურა და ინსპექტირება

გასაჩივრებისა და ინსპექტირების ეფექტური პროცედურების არსებობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, სადაც ძალადობის და ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებათა დარღვევის მაღალი რისკი არსებობს. გაეროს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის განმარტებით, წამების და სხვა არასათანადო მოპყრობის აკრძალვის და პრევენციის სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულება ვრცელდება ყველა იმ ადგილზე, სადაც ხდება თავისუფლების აღკვეთა/შეზღუდვა ან კონტროლი, როგორიცაა ციხეები, საავადმყოფოები, სკოლები, ბავშვზე, ხანდაზმულებზე, ფსიქიკური დარღვევების ან სხვა შეზღუდვების მქონე პირებზე ზრუნვის ინსტიტუციები. ეს ვალდებულება ვრცელდება ასევე ყველა იმ ინსტიტუციაზე და კონტექსტზე, სადაც სახელმწიფოს ჩაურევლობა ზრდის კერძო დონეზე ზიანის მიყენების საფრთხეს.¹¹⁶ ამასთან, წამებისა და სხვა არასათანადო მოპყრობის პრევენციის ვალდებულება ვრცელდება არა მარტო საჯარო მოხელეების, არამედ ასევე სამედიცინო პერსონალისა და სოციალური მუშაკების მიმართ. სახელმწიფომ უნდა გამოიჩინოს სათანადო გულისხმიერება და მოახდინოს ადამიანის უფლებათა დარღვევის პრევენცია, ხოლო ასეთი დარღვევის კერძო პირების მიერ ჩადენის შემთხვევაში, უზრუნველყოს გამოძიება, მათი დევნა და დასჯა.¹¹⁷

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ყველა ეფექტური საკანონმდებლო, ადმინისტრაციული, იურიდიული და სხვა ზომები, რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვა წამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან, სხვებთან თანასწორობის საფუძველზე. ამავდროულად კონვენციის მე-16 მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად, ნებისმიერი სახის ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფის თავიდან აცილების მიზნით, მონაწილე სახელმწიფოები უზრუნველყოფენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მომსახურებისათვის შექმნილი ყველა პროგრამისა და მოწყობილობის ეფექტურ მონიტორინგს დამოუკიდებელი უწყებების მიერ.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციაში მკაფიოდ არის განსაზღვრული მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის მნიშვნელობა. კერძოდ, მე-13 მუხლი ადგენს, რომ მონაწილე სახელმწიფოები უზრუნველყოფენ მართლმსაჯულების ეფექტურ მისაწვდომობას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის, იმ პროცესუალური და ასაკთან შესაბამისი კორექტივების გათვალისწინებით, რომელიც ხელს უწყობს მათ მიერ პირდაპირი და არაპირდაპირი მონაწილის როლის ეფექტურად განხორციელებას, მათ შორის, მონაწილის სახით, იურიდიული პროცედურების ყველა საფეხურზე, გამოძიებისა და საქმეთა წარმოების სხვა საწყისი საფეხურების ჩათვლით. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის მართლმსაჯულების ეფექტური მისაწვდომობის

116 წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის N2 ზოგადი კომენტარი (2007), პარ. 15.

117 General comment No. 2, paras. 15, 17 and 18. See also Committee against Torture, communication No. 161/2000, Dzemajl et al. v. Serbia and Montenegro, para. 9.2; Human Rights Committee, general comment No. 20 (1992), para. 2.

უზრუნველყოფისათვის, მონაწილე სახელმწიფოები ხელს უწყობენ სამართლის ადმინისტრირების სფეროში მომუშავე, მათ შორის პოლიციისა და ციხის პერსონალის შესაბამის განათლებას.

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ზ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, პაციენტს უფლება აქვს შეიტანოს საჩივარი და განცხადება სასამართლოსა და სხვა სახელმწიფო დაწესებულებებში. ამავე პუნქტის „ვ“ ქვეპუნქტის კი განსაზღვრავს პაციენტის უფლებას ისარგებლოს დამცველის მომსახურებით. ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია უზრუნველყოს პაციენტის დამცველთან შეხვედრა მესამე პირის გარეშე, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა არ იძლევა ამის შესაძლებლობას. „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონით დაკონკრეტებულია პაციენტის, მისი კანონიერ წარმომადგენლის, ხოლო ასეთის არარსებობისას – ნათესავის უფლება გაასაჩივროს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით სტაციონარში მოთავსების შესახებ მოსამართლის ბრძანება,¹¹⁸ ასევე სასამართლოში გაასაჩივროს ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის გამოყენების მიზანშეწონილობა.¹¹⁹

აღსანიშნავია, რომ „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი არ შეიცავს დებულებებს, რომელიც არეგულირებს საჩივრების განხილვის პროცედურას და მონიტორინგის განხორციელების საკითხს.¹²⁰ მიუხედავად ამისა, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში შემავალ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს, რომელიც, სხვა კომპეტენციებთან ერთად, ახორციელებს იურიდიული და ფიზიკური პირების მიერ პაციენტთათვის განეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის (მათ შორის, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში¹²¹) კონტროლს და მოქალაქეთა განცხადებების (საჩივრების) შესწავლას.¹²² სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მოქალაქეთა განცხადებებს, საჩივრებსა და წინადადებებს ასევე განიხილავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი - სოციალური მომსახურების სააგენტო.

118 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-14 პუნქტი.

119 იქვე, მე-16 მუხლის მე-6 პუნქტი.

120 შედარებისთვის, მაგალითად, საქართველოს კანონი „პატიმრობის კოდექსი“ შეიცავს ცალკე თავებს – „პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის აღსრულების მონიტორინგი“ (IV თავი) და „მოთხოვნისა და საჩივრის განხილვის პროცედურები“ (XVI თავი).

121 „2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 ივლისის N308 დადგენილების N11 დანართის - ფსიქიკური ჯანმრთელობა (პროგრამული კოდი 35 03 03 01) - მე-7 მუხლის თანახმად, პროგრამის განმახორციელებელ ორგანოს წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირი - სოციალური მომსახურების სააგენტო.

122 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 28 დეკემბრის N01-64/6 ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს დებულების“ მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტი.

მონიტორინგის შედეგებმა ცხადყო, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებობს სათანადო ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველყოფის სახელმწიფო ზედამხედველობისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის მონიტორინგის პრობლემა. ამ კუთხით გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პრევენციის ეროვნული მექანიზმის საქმიანობას, თუმცა სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის სპეციფიკური ხასიათის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ამავდროულად სახელმწიფო კონტროლის სხვა მექანიზმების ეფექტური საქმიანობის უზრუნველყოფა.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ფორმალურად არის შიდა გასაჩივრებისა და უკუკავშირის პროცედურა, დამონტაჟებულია საჩივრების ყუთები, მაგრამ პაციენტები ამ პროცედურას და საჩივრის ყუთებს პრაქტიკულად არ იყენებენ. ინტერვიუებულმა პაციენტებმა არ იციან მათი უფლებები, ასევე არ აქვთ ინფორმაცია, თუ ვის უნდა მიმართონ საჩივრით. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მნიშვნელოვანია ზომების მიღება შემდეგი სამი საკითხის მოსაგვარებლად: ა) პაციენტთა ინფორმირება მათთვის გასაგებ ენაზე პაციენტის უფლებების შესახებ; ბ) პაციენტთა სპეციალური საჭიროებების გათვალისწინებით, საჩივრების განხილვის მარტივი და ეფექტური პროცედურის შექმნა; გ) ჰოსპიტალშიგა და ჰოსპიტალგარე (სექტორული სახელმწიფო კონტროლის ფარგლებში) პროაქტიური მონიტორინგის უზრუნველყოფა. პრევენციის ეროვნული მექანიზმი ასევე მიიჩნევს, რომ საჩივრების განხილვის პროცედურის ფარგლებში ვადებისა და სხვა პროცედურული საკითხების განსაზღვრისას, აუცილებელია მხედველობაში იქნას მიღებული ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა სპეციალური საჭიროებები და პრაქტიკული სირთულეები, რასაც შეიძლება წააწყდნენ პაციენტები გასაჩივრების უფლების რეალიზაციისას.¹²³

რეკომენდაციები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- უზრუნველყოს სათანადო ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველყოფის სახელმწიფო ზედამხედველობის და პაციენტთა უფლებების დაცვის მონიტორინგის არსებული სისტემის გადახედვა და დანერგოს როგორც საჩივრების განხილვის მარტივი და ეფექტური პროცედურა, ასევე ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველყოფის სახელმწიფო ზედამხედველობის და პაციენტთა უფლებების დაცვის მონიტორინგის ეფექტური მექანიზმი
- ნორმატიული აქტით განსაზღვროს ყველა ფსიქიატრიული დაწესებულებისთვის სავალდებულო საჩივრების განხილვისა და უკუკავშირის ერთიანი ჰოსპიტალშიგა პროცედურა

¹²³ გასაჩივრების უფლების რეალიზებასთან დაკავშირებული პრობლემები მიმოხილულია სახალხო დამცველის 2012 წლის საპარლამენტო ანგარიშში, გვ. 188-190, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/0/86.pdf> [ბოლოს ნანახია 13.03.2016].

ფსიქიატრიული დაწესებულებების ღირებულება

- უზრუნველყონ ფსიქიატრიულ პაციენტთა ინფორმირება პაციენტის უფლებების შესახებ, მათ შორის დაწესებულების სოციალური სამსახურის საქმიანობის გაძლიერებისა და სერვისებისა და პაციენტის უფლებების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით
- უზრუნველყონ ფსიქიატრიულ პაციენტთა ინფორმირება საჩივრების განხილვისა და უკუკავშირის შიდა და გარე პროცედურების, მათ შორის საჩივრების ადრესატებისა და იურიდიული დახმარების შესახებ; ასევე ჰოსპიტალგარე, სექტორული მონიტორინგის ორგანოების თაობაზე

წინადადება საქართველოს პარლამენტს

- უზრუნველყოს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში შესაბამისი ცვლილების განხორციელება, რათა მკაფიოდ განისაზღვროს საჩივრების განხილვის პროცედურა და ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდების ზედამხედველობისა და პაციენტთა უფლებების დაცვის მონიტორინგის ჰოსპიტალგარე, სექტორული ორგანოების მიერ ზედამხედველობისა/მონიტორინგის განხორციელების საფუძვლები

8. ფსიქიატრიული დახმარება

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „გ“ პუნქტის თანახმად, „ფსიქიატრიულ დახმარება“ გულისხმობს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომლის მიზანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის გამოკვლევა, მკურნალობა და დაავადების გამწვავების თავიდან აცილება, მისი სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის¹²⁴ (პროგრამული კოდი 35 03 03 01) თანახმად, ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მოიცავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა სტაციონარულ მომსახურებას, კერძოდ მწვავე შემთხვევების სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას ან ისეთი ქცევითი ან აფექტური სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან გარშემოყოფთა სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას; გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე იმ პირთა მკურნალობას სტაციონარის პირობებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევები და/ან გახანგრძლივებული ფსიქოზური სიმპტომატიკა (მათ შორის, მწვავე შემთხვევების სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელება); იმ პაციენტების მკურნალობით და დამატებითი მომსახურებით (დაცვა და უსაფრთხოება) უზრუნველყოფას, რომელთა მიმართაც არსებობს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლით გათვალისწინებული სასამართლო გადაწყვეტილება იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ. ამ პირთა დამატებით მომსახურებაში შედის კვებით, პირადი ჰიგიენის საგნებითა და გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფა, ასევე ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაცია გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობის დროს.

პროგრამა ასევე ითვალისწინებს ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფას. ამ პირთა დამატებითი მომსახურება მოიცავს ყოველდღიურ მომსახურებას მინიმუმ სამჯერადი კვებით, რომელთაგან ერთ-ერთი უნდა იყოს სამკომპონენტო სადილი; ბენეფიციართა მოვლა-პატრონობისა და ინდივიდუალური რეაბილიტაციის პროგრამების შედგენას და განხორციელებას; საყოფაცხოვრებო უნარ-ჩვევების სწავლებას; სათანადო სამედიცინო დახმარებითა და ფსიქოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფას; ბენეფიციართა შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მათი კულტურულ ღონისძიებებში მონაწილეობის უზრუნველყოფას, მათ შორის, სპეციალიზებული დაწესებულების გარეთაც.

124 საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 ივნისის N308 დადგენილება „2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.

8.1. მკურნალობა

8.1.1. მკურნალობის ხანგრძლივობა და რეკომენდაციების დაცვის პრობლემა

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობის სტანდარტების შემოწმებისას სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა დაადგინა, რომ უმეტეს დანესებულებაში, როგორც მენეჯერების, ასევე პერსონალის მიერ, მკურნალობა გაგებულია და დაყვანილია ფარმაცოლოგიურ თერაპიამდე, რაც თანამედროვე ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის პრიციპებს არ შეესაბამება.

ფსიქიატრიულ დანესებულებებში ფსიქიკური აშლილობების მართვა კვლავ ემყარება ფარმაცოთერაპიას, მიუხედავად წლების განმავლობაში პრევენციის ეროვნული მექანიზმის¹²⁵ და წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის¹²⁶ მიერ გაცემული რეკომენდაციებისა და ფსიქიკური აშლილობების ეფექტური მართვის გაიდლაინების რეკომენდაციებისა. შენობებში არ არის თერაპიული გარემო და არ მიმდინარეობს პაციენტთა გამოჯანმრთელებაზე (recovery) ზრუნვა - ჯერაც წამყვანია პათოლოგიაზე მიმართული სამედიცინო მოდელი.

ფარმაცოთერაპიის ინტენსიური მეთოდი, სავარაუდოდ, დაკავშირებულია მწვავე განყოფილებებში დამკვიდრებულ პრაქტიკასთან, რაც შეიძლება სწრაფად განერონ პაციენტი განყოფილებიდან. მწვავე განყოფილების რამდენიმე ექიმის განმარტებით, ფსიქიატრიული დანესებულების მწვავე განყოფილებიდან პაციენტის სწრაფი განერა, სამწუხაროდ, ნაკლებად არის დაფუძნებული შესაბამის სამედიცინო ჩვენებაზე და ძირითადად უკავშირდება მწვავე შემთხვევის სამართავად გამოყოფილი თანხის ოდენობას, ასევე დროის მონაკვეთს, რომელიც ოპტიმალურია ამ თანხის ასათვისებლად (შემთხვევის ღირებულება - 840 ლარი). მწვავე განყოფილებებში დაყოვნების საშუალო ვადა მერყეობს 10-დან 21 დღემდე.

ფსიქიკური განმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის განყოფილების გამგის ოთახში მონიტორინგის ჯგუფმა ნახა დაფა პაციენტთა გვარებით, შემოსვლის თარიღით და იქვე მიწერილი სავარაუდო განერის თარიღით, 10 დღიანი პერიოდის “დაცვით”.

გასაგებია, რომ ამ პერიოდში პაციენტის მდგომარეობის სტაბილიზაციის მიზნით პერსონალი ცდილობს ინტენსიური მედიკამენტოზური მკურნალობის კურსის ჩატარებას, მაგრამ ჩნდება კითხვება, რამდენად საკმარისია ეს “წინასწარ დადგენილი” ვადები ინდივიდუალური პაციენტის მწვავე ეპიზოდის სამართავად და მწვავე განყოფილებიდან განერის ან ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებაში გადაყვანის შემდეგ, რამდენად ადეკვატურად წარმართება მკურნალობის კურსი, როცა ამ ტიპის მკურნალობისთვის გამოყოფილი თანხა თითქმის ორჯერ ნაკლებია და პაციენტზე დღეში 15 ლარს შეადგენს (თვითური გაუჩერ - 450 ლარი).

125 სახალხო დამცველის 2012 წლის საპარლამენტო ანგარიში, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/0/86.pdf> [ბოლოს ნანახია 17.03.2016].

126 2014 წლის 1-11 დეკემბერს საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის ანგარიში, პარ. 144.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში პაციენტები კვლავ მწვავე მდგომარეობაში მყოფნი, 10 დღიანი მკურნალობის კურსის შემდეგ, გადაჰყავთ ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებაში. პაციენტთა უმრავლესობა, ვინც ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებაში გამოიკითხა, კვლავ დესტაბილიზირებული იყო და მწვავე სიმპტომების (მწვავე ბოღვითი მდგომარეობა, მწვავე სმენითი ჰალუცინაციები და სხვ.) ზემოქმედების ქვეშ იმყოფებოდა, რაც ეჭვის ქვეშ აყენებს ამ დაწესებულებაში, მწვავე განყოფილებაში “10 დღიანი დაყოვნების” პრაქტიკის მართებულობას. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ფსიქოტრაპული მედიკამენტების (მაგ. „ტიზერცინი“) ხარჯვა არსებითად არ განსხვავდებოდა მწვავე და ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებებში, რაც მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ მწვავე განყოფილებიდან ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებაში გადაყვანილი პაციენტების მედიკამენტოზური მკურნალობის სქემა არსებითად არ იცვლება.

რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში გამოკითხული პაციენტების უმრავლესობა აცხადებს, რომ “მხოლოდ 2 ან 3 კვირას გააჩერებენ და შემდეგ გაწერენ”. ანალოგიურად, ამგვარი მიდგომა, სავარაუდოდ, ფსიქიატრიული შემთხვევის დაფინანსების არსებული სისტემის თავისებურებებით არის განპირობებული და არა მხოლოდ ამ დაწესებულებისთვის, არამედ ყველა სხვა დაწესებულებისთვის არის დამახასიათებელი.

მონიტორინგის შედეგებიდან გამომდინარე, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი გამოთქვამს შეშფოთებას მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის მქონე პაციენტის მწვავე განყოფილებაში ხანმოკლე დაყოვნების პრაქტიკის გამო, რადგან პაციენტის სწრაფი გაწერა მწვავე განყოფილებიდან ზრდის მისი რეჰოსპიტალიზაციის რისკს და საბოლოო ჯამში უარყოფითად აისახება ფსიქიატრიული დახმარების ადეკვატურობაზე. პაციენტის რეჰოსპიტალიზაციის რისკს განაპირობებს გრძელვადიანი მკურნალობის დაბალი დაფინანსება (450 ლარი თვეში) და შესაბამისი მხარდამჭერი სამსახურების მკვეთრი დეფიციტი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მონოდეტული ინფორმაციის თანახმად, 2014 წელს დაფიქსირდა რეჰოსპიტალიზაციის¹²⁷ 31 შემთხვევა, ხოლო 2015 წელს - 25 შემთხვევა.¹²⁸

რეჰოსპიტალიზაცია ზოგადად აღიარებულია, როგორც ჰოსპიტალური სექტორის მომსახურების ხარისხის ერთ-ერთი ინდიკატორი¹²⁹. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის მიზნებიდან გამომდინარე რეჰოსპიტალიზაციად ითვლება ერთსა და იმავე ნოზოლოგიურ ჯგუფში შემავალი დაავადების დიაგნოზით პაციენტის სტაციონარში განმეორებითი მოთავსება 7 დღიანი შუალედის ფარგლებში, გარდა “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” საქართველოს კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. მომსახურების ხარისხის შესაფასებელი ეს ინდიკატორი გამოითვლება შემდეგნაირად: ხელახალი ჰოსპიტალიზაციის მთლიანი რაოდენობა (ა. 7 დღის ან ბ. 30 დღის განმავლობაში) იყოფა იმ პაციენტთა რაოდენობაზე, რომლებიც ბოლო 12 თვის განმავლობაში გაეწერნენ

127 გამოყენებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მნიშვნელობით.

128 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2016 წლის 8 იანვრის N01/1222 წერილი.

129 Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224424/>

დანესებულებიდან.¹³⁰

რეჰოსპიტალიზაციის ინდიკატორი მნიშვნელოვანია ზოგადად ინტეგრირებული მოვლის სისტემის შესაფასებლად. კვლევები ადასტურებს, რომ ზრუნვის უკეთესი უწყვეტობა მიიღწევა პაციენტის განერის კარგი დაგეგმვით (ამბულატორიული, ჰოსპიტალ-გარეშე სამსახურების დროული ჩართვით მკურნალობის გასაგრძელებლად), რაც მკვეთრად ამცირებს რეჰოსპიტალიზაციას და ასევე აუმჯობესებს განერის შემდგომი მკურნალობისადმი დაქვემდებარებას¹³¹.

ფაქტიურად, რეჰოსპიტალიზაციის ინდექსი მიგვანიშნებს, თუ რამდენად ადეკვატური მომსახურება გაენია პაციენტს, ალავდა თუ არა მისი პრობლემური სიმპტომები და მოხდა თუ არა მდგომარეობის ისეთი დასტაბილიზება, რომ აღარ სჭირდება განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია და ასევე რამდენად ეფექტურად მოხდა განერის შემდეგ ამ პაციენტის მართვა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ის მოკლე პერიოდი, როდესაც პაციენტის მწვავე მდგომარეობის მართვა ხორციელდება (10-14 დღე საშუალოდ), უმეტესად არ არის საკმარისი შედარებით მყარი გაუმჯობესების მისაღწევად. სავარაუდოდ, ინტენსიური მკურნალობის შედეგად გაუმჯობესებული მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, რადგან არ არის მიღწეული მყარი რემისიის ფაზა და საავადმყოფოდან განერის შემდეგ პაციენტზე ამბულატორიული მეთვალყურეობის განხორციელება ან არ ხდება, ან დაფინანსების სიმწირის გამო, გაცილებით დაბალი ინტენსიურობის მკურნალობით შემოიფარგლება. ჰოსპიტალ-გარეშე სამსახურების ფრაგმენტულია და დაბალგანვითარებული, შესაბამისად, არც ამ სერვისების ჩართვა არის უმეტესად შესაძლებელი მიღწეული გაუმჯობესების შესანარჩუნებლად. ამდენად, არსებობს მდგომარეობის ხელახალი გამწვავების და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის მაღალი რისკი.

მწვავე განყოფილებების პერსონალი აცხადებს, რომ პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარიდან განერის შემდეგ სერვისების სიმწირე, ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებებში საწოლების სიმცირე და გრძელვადიანი მომსახურებისთვის გამოყოფილი დაბალი თანხა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მწვავე და ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებებში მოთავსებული პაციენტის მკურნალობაზე არსებით უარყოფით ზეგავლენას ახდენს დაფინანსების მეთოდოლოგია. ეს აისახება მკურნალობის ხანგრძლივობაზე და შესაბამისად ხარისხზე. ამდენად, მნიშვნელოვანია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეისწავლოს არსებული პრაქტიკა, დაანესოს მკაცრი მეთვალყურეობა დაყოვნების ვადის შესაბამისობაზე მწვავე ეპიზოდის სტაბილიზაციის ხარისხთან; გაზარდოს გრძელვადიანი მკურნალობის დაფინანსების მოცულობა და გადასინჯოს დაფინანსების მოდელები მკურნალობის ხარისხის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით.

130 Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(Suppl 1):31-38. doi: 10.1093/intqhc/mzl025.

131 Steffen S, Kusters M, Becker T, Puschner B. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:1-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01373.x.

8.1.2. მედიკამენტოზური მკურნალობა

მონიტორინგის შედეგები ცხადყოფს, რომ თითქმის ყველა დაწესებულებაში შეიმჩნევა როგორც ნებაყოფლობით, ასევე არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებისთვის მედიკამენტოზური მკურნალობის დანიშვნისას, კლინიკური სურათის მიუხედავად, ტრადიციული სქემით, ძველი თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატების საინექციო ფორმებისათვის უპირატესობის მინიჭება (ამავე ჯგუფის პრეპარატების ტაბლეტირებულ ფორმებთან შედარებით) და მათი ჭარბად და ხანგრძლივად გამოყენება¹³². აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ, ზოგადად, არ არსებობს ძირითადი ფსიქოტროპული მედიკამენტებით დაწესებულებების მომარაგების პრობლემა. ამ მხრივ პრობლემა მხოლოდ **ა. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში** დაფიქსირდა.

სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ პაციენტის ე.წ. “ფარმაკოთერაპიული დატვირთვის” ტენდენცია უმეტესად პაციენტების მართვის ერთადერთი საშუალებაა. ფსიქიატრიული შემთხვევების მართვა უპირატესად ყოველგვარი კომპლექსური თერაპიული სტრუქტურის გარეშე ხდება, ხოლო საზრისის შემცველი აქტივობებში პაციენტების ჩართვის შესაძლებლობა ნაკლებად არის უზრუნველყოფილი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრში (ქუტირი) პაციენტის მკურნალობა ძირითადად მედიკამენტოზურ ხასიათს ატარებს. მკურნალობა ძირითადად ძველი თაობის ნეიროლეფსიური პრეპარატებით („ჰალოპერიდოლი“, „ტიზერცინი“ და ა.შ.) ხდება, მეორე ან მესამე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატები და ახალი თაობის ანტიდეპრესანტები იშვიათად გამოიყენება, განსაკუთრებით გრძელვადიანი მკურნალობის შემთხვევაში.

ახლად სტაციონირებული პაციენტების აბსოლუტურ უმრავლესობას „ტიზერცინი“, როგორც წესი, „კორდიამინთან“ და ზოგჯერ „დიმედროლთან“ კომბინაციაში, ინექციის სახით უკეთდება. ექიმის ჩანაწერში არ ჩანს, რატომ გახდა აუცილებელი ინექციის და არა აბის სახით მედიკამენტის მიცემა, ასევე არსებობდა თუ არა დამატებით „დიმედროლისა“ და „კორდიამინის“ გამოყენების სამედიცინო ჩვენება.

შემდგომ პერიოდშიც (საშუალოდ 10-20 დღე) მკურნალობა ძირითადად ნეიროლეფსიური მედიკამენტების საინექციო ფორმებით ხდება და დღეში 2-7 ინექცია უკეთდებათ. პაციენტებმა არ იციან, თუ რომელი მედიკამენტი უკეთდებათ. ექიმის მიერ არ არიან ინფორმირებული დანიშნული მედიკამენტის ძირითადი და გვერდითი ეფექტების შესახებ და მიუხედავად არაინფორმირებულობისა, მონიტორინგის ჯგუფის წევრებთან საუბარში ზუსტად აღწერენ დანიშნული მედიკამენტებით გამოწვეულ გვერდით ეფექტებს: „20 დღე მიკეთებდნენ და სულ მეძინა“, „ვერც ვდგებოდი, ვერც ვჯდებოდი, ვერც ვწვებოდი, ვერც ვიძინებდი, ეგრე ვიყავი“, „ვერ დადიხარ და გძინავს და გძინავს“, „მაგარი დაღლილი, დაქა-

¹³² „პაციენტის რეგულარული სამედიცინო გამოკვლევა და დანიშნული მედიკამენტური მკურნალობის გადახედვა კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მოთხოვნაა. სხვა დადებითი მომენტების გარდა, ეს ხელს შეუწყობს დასაბუთებული გადაწყვეტილების მიღებას საავადმყოფოდან პაციენტის განერისა და ნაკლებად შემზღუდველ გარემოში მისი გადაყვანის შესახებ“ (წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 40).

ნცული ვიყავი, თავბრუ მეხვეოდა და ვერ დავდიოდი“; “სულ მეძინა და ინექციის გაკეთებაზე უარს ვერ ვეუბნეოდი, რადგან პერსონალის მხრიდან უარესის გაკეთების მეშინოდა“, „მთელი დღე და ღამე მძინავს, ვეხვეწები, რომ წამალი მომისხნან და არ მისხნიან“. ზედოზორების ასეთი შემთხვევები ინტერვიურებულ პაციენტთა შორის ხშირია.

ერთ-ერთ პაციენტს (23 წ. Ds. F21) სტაციონირების შემდეგი ორი დღე უკეთდებოდა „ტიზერცინისა“ და „კორდიამინის“ ინექცია ორჯერ დღეში (4 ინექცია) და შემდეგი 17 დღის განმავლობაში ყველა მედიკამენტი ეძლეოდა კუნთებში ინექციის სახით, სულ 6-7 ინექცია დღეში („ჰალოპერიდოლი“ 1,0 მლ ორჯერ, შემდეგ სამჯერ, „ამინაზინი“ 2,0 მლ ორჯერ და „კორდიამინი“ 2,0 მლ ორჯერ). ამასთან, არ ეძლეოდა „ჰალოპერიდოლის“ გვერდითი ეფექტების კორეგირებისათვის საჭირო მედიკამენტი (მაგ. „ციკლოდოლი“).

ერთ-ერთ პაციენტს (29 წ. Ds. F71) სტაციონირების პირველივე საღამოს გაუკეთდა „ამინაზინის“ ინექცია და მომდევნო 20 დღის განმავლობაში ინტრამუსკულარულად უკეთდებოდა „ტიზერცინი“ 1,0 მლ ორჯერ დღეში და პარალელურად ეძლეოდა ნეიროლეპტიკისა და კორექტორის საშუალო თერაპიული დოზა.

ერთ-ერთ პაციენტს (41 წ. Ds. F20.0) სტაციონირებისას გაუკეთდა „ტიზერცინი“ 2,0 მლ ორჯერ დღეში, ხოლო შემდეგი 7 დღე 4 ინექცია დღეში. უკეთდებოდა „სპერიდოლი“ („ჰალოპერიდოლი“) 1,0 მლ ორჯერ, „ტიზერცინი“ 1,0 მლ და „კორდიამინი“ 2,0 მლ.

ერთ-ერთ პაციენტს (36 წ. Ds. F20.0) უკეთდებოდა ათი დღე „ჰალოპერიდოლი“ 1,0 მლ სამჯერ დღეში, ჯერ „ტიზერცინისა“ და „კორდიამინის“ ინექციასთან ერთად, შემდეგ კი „ზოპინის“ 100 მგ („კლოზაპინი“) აბთან კომბინაციაში ეძლეოდა.

ერთ-ერთ პაციენტს (28 წ. F22.0) „ტიზერცინი“-„კორდიამინის“ ინექციის შემდეგ, 10 დღის განმავლობაში „ჰალოპერიდოლი“ 1,0 მლ დღეში სამჯერ უკეთდებოდა (კორექტორისა და „ზოპინის“ 200 მგ აბთან ერთად)

ერთ-ერთი პაციენტი (49 წ. Ds F20.0) იღებდა ორ ნეიროლეპსიურ პრეპარატს, აქედან ერთს პირველი თაობის ნეიროლეპტიკს („ფსიზინი“ 30მგ/დღეში) კორექტორის გარეშე და „კლოზაპინს“ 100 მგ/დღეში. გამოხატულია მედიკამენტოზური მკურნალობის გვერდითი ეფექტები (ექსტრაპირამიდული შეკავება და ჭარბი ძილიანობა), რაც პაციენტის თქმით მისთვის ძალიან შემანუხებელია. ექიმი მის თხოვნას მედიკამენტის შეცვლასთან დაკავშირებით არ ითვალისწინებს. პაციენტს არ უტარდება „კლოზაპინის“ გვერდითი ეფექტების (აგრანულოციტოზი) მონიტორინგისათვის საჭირო სისხლის ანალიზი.

ერთეულ შემთხვევაში დაფიქსირდა 3-4 ნეიროლეპსიური პრეპარატით კომბინირებული მკურნალობა, ასე მაგალითად:

ერთ-ერთ პაციენტს დღეში აბების სახით ეძლეოდა „ფსიზინი“ („ტრიფლუპერაზინი“) 30 მგ, „ზოპინი“ („კლოზაპინი“) 300 მგ, „თიორიდაზინი“ 100 მგ და ამ პრეპარატებთან კომბინაციაში ერთი თვის განმავლობაში „ციმაზინის“ („ამინაზინი“) 4,0 მლ ინექცია უკეთდებოდა.

ერთ-ერთ პაციენტს (37 წ. Ds. F32.3) სტაციონირებისას მიეცა „ტიზერცინი“ და „კორდიამინი“ პარენტერალურად, ხოლო შემდეგი თვეების განმავლობაში მცირე ცვლილებებით დღეში ოთხი სხვადასხვა ჯგუფის ფსიქოტროპული მედიკამენტი, ორი სხვადასხვა ქიმიური სტრუქტურის ნეიროლეფსიური („ჰალოპერიდოლი“ 20-30 მგ, „ზოპინი“ 200 მგ ან „ტიზერცინის ინექცია“ 1,0 მლ სამჯერ), ტრანკვილიზატორი („დიაზეპამი“ 20 მგ), ანტიკონვულსანტი („ნეიროლეფსინი“ 600 მგ), ანტიდეპრესანტი („ამიტრიფტილინი“ 50 მგ) და ანტიპარკინსონული პრეპარატი („ბენზჰექსოლი“ 6 მგ/დღეში) ეძლეოდა.

ასევე ერთ-ერთ პაციენტს (35 წ. F60.3) სტაციონირებისას „ტიზერცინი“ 1,0 მლ, „კორდიამინი“ 2,0 მლ და „დიმედროლი“ 1,0 მლ და „ჰალოპერიდოლი“ 1,0 მლ დღეში ორჯერ გაუკეთდა კუნთში, ხოლო მომდევნო დღიდან 20 დღის განმავლობაში „ჰალოპერიდოლი“ 1,0 მლ და „დიაზეპამი“ 2,0 მლ დღეში ორჯერ კუნთებში უკეთდებოდა.

მედიკამენტების ასეთივე მძიმე კომბინაციები დაფიქსირდა **ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში**. ასე მაგალითად ერთ-ერთ პაციენტს (33 წ.) დანიშნული ჰქონდა „ჰალოპერიდოლის“ ხსნარი (დღეში ორჯერ), „ჰალოპერიდოლის“ აბები (10:00 და 20:00 სთ.), „აზალეპტინი“ (0,5 მგ) და „ტიზერცინი“ (25 მგ 22:00 სთ-ზე). აღნიშნულ დაწესებულებაში მსგავსი სქემები ხშირად მეორდება.

მედიკამენტებით მომარაგების მწვავე პრობლემა დაფიქსირდა **სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში**. დაწესებულებაში ფსიქიკური აშლილობის მართვისათვის რეკომენდირებული პრეპარატების პერმანენტული დეფიციტია, რაც ფსიქიატრიული შემთხვევის ადეკვატური მართვისა და მედიკამენტოზური მკურნალობის უწყვეტობის პრობლემას წარმოშობს. მონიტორინგის ჯგუფის დაწესებულებაში ვიზიტის დროისთვის პაციენტთა უმრავლესობა აგზნებული იყო და ავლენდა მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებსა და ნიშნებს.

დაწესებულებაში ძველი თაობის ნეიროლეპტიკების გვერდითი ეფექტების მართვისათვის აუცილებელი პრეპარატის - „ციკლოდოლის“ - მარაგი ამონჟურული იყო. პაციენტების დიდი ნაწილი გადაყვანილი იყო ახალი თაობის პრეპარატების მინიმალურ თერაპიულ დოზებზე და ამ პრეპარატების მარაგიც 2-3 დღეში ეწურებოდა. ანტიკონვულსანტების მიმართაც იგივე მდგომარეობა დაფიქსირდა. ახალი თაობის ანტიდეპრესანტები არ ჰქონდათ, ხოლო ძველი თაობის ანტიდეპრესანტები ზოგადად იშვიათად და მცირე დოზებით იყო დანიშნული. სამედიცინო პერსონალის განმარტებით, დაწესებულების აფთიაქს მედიკამენტების მარაგი არ აქვს. დაწესებულების დირექტორმა მედიკამენტების დეფიციტი თვის ბოლოს შექმნილი ფინანსური პრობლემებით ახსნა.

აქვე უნდა აღნიშნოს, რომ დაწესებულებაში პერსონალის უკმარისობა პაციენტის მიერ მკურნალობის რეჟიმის დარღვევის მიზეზი ხდება. პერსონალს უჭირს პაციენტების მიერ დანიშნული პრეპარატების მიღების გაკონტროლება. ინტერვიუებული პაციენტების გარკვეულმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ დანიშნული პრეპარატები მათზე ცუდად მოქმედებს, რის გამოც ისინი დანიშნულ მედიკა-

მენტებს არ სვამენ, ხშირად მუჭში მალავენ და შემდეგ ჩუმად ყრიან, რაც ამ ფაქტის გამოვლენის შემთხვევაში პერსონალის მხრიდან მათი მანუალური შეზღუდვის და ინექციის გაკეთების, ანუ ტაბლეტირებული ფორმის პრეპარატების საინექციო ფორმებით ჩანაცვლების, მიზეზი ხდება.

ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში ამბულატორიული ფსიქიატრიული დახმარების, კრიზისული ინტერვენციისა და სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების სერვისები ერთ სისტემაშია მოქცეული, განლაგებულია თემში ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალის სიახლოვეს, რაც უზრუნველყოფს ფსიქიატრიული დახმარების უწყვეტობას, ფსიქიკური დაავადების გამწვავების პრევენციას, საჭიროების შემთხვევაში ზოგადი პროფილის ექიმი-სპეციალისტების ჩართვას, კომორბიდული სომატური პრობლემების დიაგნოსტიკას და ფსიქიატრიული შემთხვევის მულტიპროფილურ მართვას.

სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარებით მოსარგებლები ამავე ცენტრის ამბულატორიული სერვისის ბენეფიციარები არიან. მათ სტაციონარშიც და ამბულატორიაშიც ერთი და იგივე ფსიქიატრი მკურნალობს, რაც სერვისის თემში განთავსებასა და პოზიტიური თერაპიული გარემოს არსებობასთან ერთად ამცირებს სტიგმას და ზრდის ფსიქიატრიული დარგის სპეციალისტებისადმი ნდობას, ხელს უწყობს ექიმსა და პაციენტს შორის დადებითი თერაპიული კავშირის ჩამოყალიბებას.

გამოიკვეთა პაციენტების გარკვეული ჯგუფი, რომლებსაც გარდა სამედიცინო ჩვენებისა, სტაციონარში არსებული კომფორტული გარემო და დაცულობის განცდა იზიდავს. სტაციონირების თხოვნით ტელეფონით თვითონ უკავშირდებიან ცენტრს, ელოდებიან ადგილის გათავისუფლებას და განმეორებით თავსდებიან სტაციონარში, რაც სერვისზე დამოკიდებულების განვითარების რისკებს ქმნის და მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან პრევენციული ღონისძიებების გატარებას მოითხოვს.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, სამუხაროდ, არცერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არ არის დანერგილი ენ. “შემთხვევის მართვის მეთოდი”, როდესაც სხვადასხვა სპეციალობის პროფესიონალები ერთად გეგმავენ ბენეფიციარის საჭიროებებზე მორგებულ ჩარევის პროცესს. ასეთი მეთოდის არარსებობის პირობებში ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვის ძირითად საშუალებას მედიკამენტების ქარბად გამოყენება წარმოადგენს, რაც, ხშირ შემთხვევაში, პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ ხდება. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ პაციენტის მიერ სტაციონირებაზე ფორმალური თანხმობის განცხადება ან პაციენტის ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით სტაციონარში არანებაყოფლობით, მოსამართლის ბრძანების საფუძველზე მოთავსება არ უნდა იქნას გაგებული იმგვარად, რომ პაციენტს არ შეუძლია უარი თქვას მკურნალობაზე ან კონკრეტული სამედიცინო ინტერვენციის განხორციელებისათვის საჭირო არ არის პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა.

აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი განმარტავს, რომ პრინციპულად მნიშვნელოვანია, პაციენტს ჰქონდეს

თავისუფალი ინფორმირებული თანხმობის უფლება მისთვის დანიშნულ მკურნალობასთან დაკავშირებით. პირის არანებაყოფლობით მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არ უნდა იქნას გაგებული, როგორც მისი თანხმობის გარეშე მკურნალობის ჩატარების ნებართვა. ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ნებაყოფლობით თუ არანებაყოფლობით მოთავსებულ ნებისმიერ ქმედუნარიან პაციენტს, უნდა ჰქონდეს მკურნალობასა და სხვა სამედიცინო ჩარევაზე უარის თქმის უფლება. ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან ნებისმიერი გადახვევა შესაძლებელი უნდა იყოს მხოლოდ კანონის საფუძველზე, ნათლად და მკაცრად განსაზღვრულ საგამონაკლისო გარემოებებში.¹³³ წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი 2014 წლის 1-11 დეკემბერს საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ ანგარიშში აღნიშნავს, რომ მონახულებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სტაციონარში მოთავსების შესახებ თანხმობა მკურნალობის შესახებ თანხმობისაგან არ იყო გამიჯნული.¹³⁴

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტი განსაზღვრავს, რომ პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე; ეს უფლება იზღუდება ამ კანონის მე-16 (პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები), მე-18 (არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება) და 22¹-ე (იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა) მუხლებით გათვალისწინებულ შემთხვევებში. თუ პაციენტის ასაკი 16 წელს არ აღემატება, მკურნალობის ჩატარების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება აქვს პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო მისი არარსებობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავს (აუცილებელია გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით).

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლის თანახმად, მკურნალობა ტარდება პაციენტის, ხოლო თუ მისი ასაკი 16 წელს არ აღემატება – პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, რომელიც დასტურდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში შესაბამისად პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით. პაციენტის უარი მკურნალობის ჩატარებაზე ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში. აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით (შოკური, კრუნჩხვითი და სხვა) მკურნალობა დასაშვებია მხოლოდ სათანადო სამედიცინო ჩვენების არსებობისას, პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით, მხოლოდ ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის გადაწყვეტილების საფუძველზე.

სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს მიაჩნია, რომ მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია პაციენტებს რეგულარულად უნდა მიეწოდებოდეთ მათთვის გასაგებ ენაზე და ეს უნდა შეადგენდეს თერაპიული პროცესის შემადგენელ ნაწილს. ფსიქიატრიული დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალმა პატივი უნდა სცეს პაციენტის უარს მკურნალობაზე და უნდა ეცადოს მკურნალობის მნიშვნელობაზე და მოსალოდნელ შედეგზე დეტალური ინფორმაციის მიწოდების გზით

133 წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 41.

134 პარ. 156.

პაციენტის მკურნალობაზე დაყოლიებას. ამ გზით უზრუნველყოფილი იქნება პაციენტის პიროვნული ავტონომიის პატივისცემა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პიროვნული ავტონომიის პატივისცემით პრინციპს ეწინააღმდეგება „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული დებულების ის ნაწილი, რომელიც ადგენს, რომ პაციენტის უფლება უარი თქვას მკურნალობაზე იზღუდება მე-18 (არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება) და 22¹-ე (იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა) მუხლებით გათვალისწინებულ შემთხვევებში. ამდენად, პირის ღირსებასა და პირად ხელშეუხებლობაზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის შექმნის საფუძვლის კანონმდებლობაში განმტკიცების მიზნით, მნიშვნელოვანია, ამგვარი შეზღუდვა ამოღებულ იქნას მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტიდან. ამასთან, „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში ტერმინი - „იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა“¹³⁵ უნდა შეიცვალოს ტერმინით - „იძულებითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება“¹³⁶, ვინაიდან ის წარმოადგენს სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების სპეციალურ სახეს, რომელიც არ შემოიფარგლება მხოლოდ მკურნალობით და მოიცავს კომპლექსურ ღონისძიებათა სისტემას.

მედიკამენტოზური მკურნალობის არსებული პრაქტიკის მიმოხილვის დასასრულს, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ხაზს უსვამს მედიკამენტების ხარისხის უზრუნველყოფის მნიშვნელობას. მონიტორინგის შედეგად დგინდება, რომ მაღალი ხარისხის მედიკამენტების შესყიდვას ხელს უშლის როგორც ფსიქიატრიული დახმარების არასაკმარისი დაფინანსება, ასევე სახელმწიფო შესყიდვების მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩო. კერძოდ, ფსიქიატრიული დაწესებულებები მედიკამენტებს იძენენ გამარტივებული ელექტრონული ტენდერის¹³⁷ მეშვეობით.¹³⁸ ტენდერში გამარჯვებულად ჩაითვლება ის პრედენდენტი, რომელიც ყველაზე დაბალ ფასს შესთავაზებს შემსყიდველს. ასეთი წესით მედიკამენტების შესყიდვა უარყოფით ზეგავლენას ახდენს შეძენილი მედიკამენტების ხარისხზე, ვინაიდან ბაზარზე არსებობს ერთი და იგივე აქტიური ნივთიერების შემცველი სხვადასხვა მწარმოებლისა და ხარისხის მედიკამენტები, ხოლო საბაზრო ფასი პირდაპირ კავშირშია მედიკამენტის ხარისხთან.

135 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ო“ ქვეპუნქტის თანახმად, „იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა“ წარმოადგენს სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების სპეციალურ სახეს, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის საკუთარი თავისთვის ან/და სხვა პირისთვის ზიანის, მუქარის ან/და ძალადობის შემცველი ქცევის რისკის შემცირების, რესოციალიზაციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემას.

136 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „გ“ პუნქტში მოცემული განმარტების თანახმად, „ფსიქიატრიული დახმარება“ გულისხმობს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომლის მიზანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის გამოკვლევა, მკურნალობა და დაავადების გამწვავების თავიდან აცილება, მისი სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობა. ნათელია, რომ მკურნალობა ფსიქიატრიული დახმარების მხოლოდ ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია.

137 „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის პირველი პუნქტის „რ“ ქვეპუნქტი.

138 მაგალითისთვის შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“ სატენდერო დოკუმენტაცია იხილეთ შემდეგ მისამართზე: <https://tenders.procurement.gov.ge/public/lib/files.php?mode=app&file=1020606&code=1421248491> [ბოლოს ნანახია 17.03.2016].

ამდენად, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მკურნალობის ეფექტურობის უზრუნველყოფის მიზნით, მიზანშეწონილია შემუშავდეს ფსიქიატრიული დაწესებულებების ბაზისური მედიკამენტების ნუსხა, რომელშიც განისაზღვრება ახალი თაობის, მაღალი ხარისხის მედიკამენტების ჩამონათვალი. ამასთან, უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ამ მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა ყველა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. ამავდროულად სათანადო ხარისხის მედიკამენტებით უზრუნველყოფის მიზნით, უნდა გაიზარდოს ფსიქიატრიული შემთხვევის დაფინანსების მოცულობა და დაწესდეს მედიკამენტების შესყიდვის ყველაზე მოსახერხებელი, შეღავათიანი რეჟიმი.

8.1.3. მედიკამენტაჰის გვერდითი მოვლენები და ლაბორატორიული გამოკვლევები

ყველა ანტიფსიქოზურ პრეპარატს გააჩნია გვერდითი მოვლენები, რომელთა გამოვლინება და კლინიკური მნიშვნელობა ცვალებადია და დამოკიდებულია მედიკამენტისა და პაციენტის ინდივიდუალურ თვისებებზე. გვერდითი ეფექტები მოიცავს ქვემოჩამოთვლილ კლინიკურ გამოვლინებებს:

- ექსტრაპირამიდული სინდრომი (პარკინსონული სინდრომი, მწვავე დისტონიური რეაქცია, აკათიზია და მოგვიანებითი დისკინეზია);
- ავტონომიური ეფექტები (მხედველობის გაბუნდოვნება, თვალის შიდა წნევის მატება, პირის და თვალბის სიმშრალე, ყაბზობა და შარდის შეკავება);
- პროლაქტინის დონის გაზრდა;
- კრუნჩხვა;
- სედაცია;
- წონის მატება.

ექსტრაპირამიდული გართულების ნიშნები ადვილად შეიცნობა, მაგრამ მათი პროგნოზირება ძნელია და მათი არსებობა არაკეთილსაიმედო პროგნოზს უკავშირდება. ამიტომ ყველა ქვეყანაში ფსიქიატრები ცდილობენ ამ გართულების თავიდან აცილებას. განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს მოგვიანებითი დისკინეზია (სახის და ტანის უნებლიე მოძრაობები), რომელიც შეიძლება არ გამოვლინდეს მაშინვე, რეზისტენტულია მკურნალობისადმი, ხანგრძლივად ვლინდება და შესაძლოა მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზი გახდეს.

დაწესებულებებში ხშირად კომბინირებული მედიკამენტოზური მკურნალობის ერთ-ერთ კომპონენტს მედიკამენტი „კლოზაპინი“ (50-300 მგ/დღეში) წარმოადგენს. „კლოზაპინით“ მკურნალობისას სისხლში ცვლილებების (აგრანულოციტოზი) განვითარების რისკის დინამიური შეფასება არ ხდება და კლოზაპინის დანიშნისას სისხლის სურათი გაიდლაინის მიხედვით არ კონტროლდება, ასევე არ ხდება მეორე თაობის ნეიროლეფსიური მედიკამენტებით მკურნალობისას

მეტაბოლიტური ცვლილებების და განსაკუთრებით ჰიპერგლიკემიის განვითარების რისკის კლინიკურ-ლაბორატორიული დინამიური შეფასება¹³⁹.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის პაციენტთა უმეტესობას აღენიშნება ე.წ. ექსტრაპირამიდული სინდრომი, რაც მედიკამენტების ზედოზირების ერთ-ერთი შედეგია. ცენტრში „აზალეპტინით“ („ლეპონექსით“) მკურნალობისას არ ხდება სისხლის აუცილებელი კონტროლი ლეიკოციტებზე და გრანულოციტებზე, რადგან ეს გამოკვლევა ფასანია და ყველა პაციენტს არ შეუძლია საფასურის გადახდა. სისხლის კონტროლის გარეშე ამ მედიკამენტის დანიშვნა საშიშია პაციენტის ჯანმრთელობისათვის.

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არ ხდება ფსიქოტროპული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების (აგრანულოციტოზი, ჰიპერგლიკემია, არითმია) კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მონიტორინგი, რადგან, დირექტორის განმარტებით, დაწესებულებას შესაბამის ტექნიკური და პროფესიული რესურსი არ გააჩნია.

8.1.4. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება

პაციენტების მიღება, განთავსება, განერა, დაკვირვება და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება საქართველოს კანონმდებლობისა და შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ნორმატიული აქტების დაცვით უნდა ხდებოდეს¹⁴⁰; კლინიკური დიაგნოსტიკების მიზნით გამოყენებული უნდა იყოს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული და ამავდროულად სამინისტროს მიერ რეკომენდირებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ICD-10¹⁴¹.

მონიტორინგმა სამედიცინო დოკუმენტაციის მრავალი ხარვეზი გამოავლინა. ზოგიერთ დაწესებულებაში ფსიქიატრები არარეგულარულად ნახულობდნენ პაციენტებს და მათი მეთვალყურეობის შედეგები, ასევე, არარეგულარულად არის ასახული სამედიცინო ბარათებში. სამედიცინო ბარათები არ შეიცავდა ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის მონაცემებს. არაერთი ჩანაწერის წაკითხვა პრაქტიკულად შეუძლებელია ექიმის კალიგრაფიის გამო. უმეტეს დაწესებულებაში პაციენტის მდგომარეობის აღმწერი ჩანაწერების, ე.წ. კურსუსების წარმოება არარეგულარულად ხდება. თავად კურსუსები კი, ძირითადად, შაბლონური ხასიათისაა.

139 შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში (გაიდლაინი), ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/125.1.pdf [ბოლოს ნანახია 06.03.2016]

დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/126.1.pdf [ბოლოს ნანახია 06.03.2016].

140 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №108/ნ 2009 წლის 19 მარტი ქ. თბილისი „სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“

141 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (1994) დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ICD-10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> [ბოლოს ნანახია 18.03.2016].

8.1.5. სომატური დაავადებების მკურნალობა

ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებში საკმაოდ მაღალია ფიზიკური/სომატური გართულებებიც. მიუხედავად იმისა, რომ მეტაბოლურ პრობლემებსა და ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს შორის კავშირი ბოლომდე ნათელი არ არის, ყველა თანხმდება იმაზე, რომ პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს უნდა გადიოდნენ ფიზიკური ჯანმრთელობის რეგულარულ სამედიცინო შემოწმებას.¹⁴²

შიზოფრენიის მართვის ეროვნულ გაიდლაინში¹⁴³ ხაზგასმულია ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მონიტორინგის მნიშვნელობა სომატური პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სიმძიმის შეფასების და ანტიფსიქოზური მკურნალობის სტრატეგიის სწორი შერჩევისთვის. იქვე არის მოცემული პაციენტთა ფიზიკური და ბიოქიმიური პარამეტრების კვლევის სავარაუდო სიხშირის ცხრილი.

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, როგორც პაციენტის ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათების შეფასებითა და პაციენტების ინტეგრირებით ირკვევა, პაციენტის მხოლოდ ფსიქიატრიული შეფასება ხდება, ხოლო სომატური ჯანმრთელობის შეფასება, არც პაციენტის მიღებისას და არც შემდგომი მკურნალობის პროცესში არ ხდება, მხოლოდ კრიტიკულ სიტუაციაში ხდება ექთნის მიერ წნევის და პულსის გაზომვა და ჰიპოტონიისა და ბრადიკარდიის¹⁴⁴ გამოვლინებისას დახმარება ძირითადად „კოფეინის“ ან „კორდიამინის“ ინექციით, იშვიათად „ვალერიანის“ ან „ვალიდოლის“ ტაბლეტის მიცემით ამოიწურება და გადაუდებელი დახმარების საჭიროებისას, იძახებენ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადას. ექიმი-სპეციალისტები, მათ შორის თერაპევტი და სტომატოლოგი, დაწესებულებას არ ჰყავს, კლინიკური ანალიზებიდან, მხოლოდ სისხლის და შარდის საერთო ანალიზი კეთდება და ისიც წელიწადში ერთხელ.

ერთ-ერთი პაციენტი, რომელსაც ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზით **ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუთრი)** სტაციონირებისას ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა ჩაუტარდა, 2011 წლის 4 მარტიდან **სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში** იმყოფება. მას სომატური ჯანმრთელობის შეფასება და ტუბერკულოზის რეციდივის პრევენციისათვის საჭირო მონიტორინგი არ ჩატარებია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუთრი) პაციენტის სტაციონარში მიღებისას განისაზღვრება აუცილებელი კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების და ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციების ნუსხა: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, ვასერმანის რეაქცია, გლუკოზის ტესტი, ელექტროკარდიოგრაფია (ეკგ); ფსიქოლოგის, თერაპევტის და ნევროლოგის კონსულტაცია, საჭირო შემთხვევაში ტარდება დერმატოვენეროლოგის, სტომატოლოგის, გინეკოლოგის, ფტიზიატრის კონსულტაცია, რენდგენოლოგიული კვლევა, ნახველის ანალიზი. ტუბერკულოზით დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტები იღებენ ადეკვატურ მკურნალობას.

142 Barnes et al., 2007; Newcomer, 2007; Suvisaari et al., 2007.

143 შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), თავი 4.7.

144 დაბალი არტერიული წნევა და გულისცემის შენელება.

მიუხედავად ზემოთქმულისა, ინტერვიურებულ პაციენტთა დიდი ნაწილი გამოთქვამდა ჩივილებს სომატური ჯანმრთელობის პრობლემებთან და სამედიცინო მომსახურების ადეკვატურობასთან დაკავშირებით. რამდენიმე პაციენტმა განაცხადა, რომ მათ ვირუსული „C“ ჰეპატიტი და გასტროინტესტინალური პრობლემები აქვთ, თუმცა შესაბამისი კლინიკური გამოკვლევები და ექიმი-სპეციალისტის კონსულტაცია არ ჩატარებიათ.

ასე მაგალითად, არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ ერთ-ერთ პაციენტს (50 წ. Ds. F20.0) მუხლის სახსარში არსებული მეტალოკონსტრუქციის არსებობის გამო, შეზღუდული აქვს მოძრაობა, ესაჭიროება განმეორებითი ქირურგიული ჩარევა, ამის შესახებ ინფორმირებულია მისი მკურნალი ფსიქიატრი, მაგრამ ქირურგის ან ტრავმატოლოგის კონსულტაცია, ასევე დამატებითი კლინიკური გამოკვლევები არ ჩატარებია და შესაბამისად ოპერაციაც არ იგეგმება. პაციენტს ასევე აღენიშნება ნეიროლეფსიური მედიკამენტებით მკურნალობის გვერდითი ეფექტები (ექსტრაპირამიდული შეკავება, ტრემორი), რაც კიდევ უფრო ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას, უზღუდავს თავისუფალი გადაადგილების უნარს.

ფსიქიატრიული პაციენტების სტომატოლოგიური დახმარება მხოლოდ კბილის ესტრაქციით ამოიწურება და არ ხდება თერაპიული დახმარება, რაც ორთოპედიულ პრობლემებთან ერთად განსაკუთრებული სიმწვავეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრის ბენეფიციარებში გვხვდება.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა გარკვეული პრობლემები მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის კუთხით. **კერძოდ, რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოში (ხელვაჩაური),** მედიკამენტების მარაგის შემოწმებისას მონიტორინგის ჯგუფმა აღმოაჩინა შემდეგი ვადაგასული მედიკამენტები: „პარაცეტამოლი“, „პაპავერინი“, „დიმედროლი“, „დიგოქსინი“. ვადაგასული მედიკამენტები იქნა აღმოჩენილი ასევე **სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში:** „ტრიფთაზინი“¹⁴⁵, „ტიზერცინი“, „დექსდუნი“, „კლოფელინი“, B1 და B6 ვიტამინები. მედიკამენტების მწვავე დეფიციტი იყო **სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.**

ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პერსონალის განმარტებით, მათ არ გააჩნიათ საკმარისი ფინანსური რესურსი, რათა პაციენტები უზრუნველყონ სომატური დაავადებების გამოკვლევითა და მკურნალობით. პერსონალი აღიარებს, რომ დაწესებულების ბენეფიციარებს მწვავე სომატური საჭიროებები აქვთ. პრობლემას წარმოადგენს ასევე დაწესებულების გეოგრაფიული მდებარეობა, უახლოეს სამედიცინო დაწესებულებამდე შორი მანძილი და დაზიანებული გზა. პერსონალის განმარტებით, 2015 წლის განმავლობაში არ ყოფილა პაციენტის სომატური დაავადებების გამოკვლევისა და მკურნალობის მიზნით სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევა.

მონიტორინგის ჯგუფმა შეისწავლა პაციენტთა სამედიცინო ბარათები და მივიდა დასკვნამდე, რომ არაერთი პაციენტი საჭიროებს სომატური ჯანმრთელობის

145 „ტრიფთაზინი“ დაწესებულებაში აქტიურად გამოიყენებოდა.

მდგომარეობის გამოკვლევასა და მეურნალობას. სამედიცინო დოკუმენტაციაში ხშირად მითითებულია სხვადასხვა ექიმ-სპეციალისტის კონსულტაციისა და გამოკვლევის შესახებ რეკომენდაცია, თუმცა ამ რეკომენდაციების საპასუხოდ მიღებული ზომების შესახებ ინფორმაცია არ იძებნება. ასე მაგალითად, ერთ-ერთი პაციენტი უჩიოდა ტკივილს წელის არეში 3 თვის განმავლობაში. სამედიცინო დოკუმენტაციაში მითითებულია წინასწარი დიაგნოზი: ორმხრივი ნეფრიტი. ამ ჩანაწერის შემდეგ კიდევ არის შესრულებული ერთი ჩანაწერი და მითითებულია, რომ პაციენტს აქვს თირკმლების უკმარისობა და ესაჭიროება ნეფროლოგი. პაციენტს დაენიშნა „იზუპროფენი“. ნეფროლოგის მიერ კონსულტაციის ჩატარება არ დასტურდება. სამედიცინო ბარათში ასევე არის ქირურგის ჩანაწერი, რომ პაციენტი დაავადებული ქრონიკული ნეფრიტით, დანიშნულია „ნიტროქსოლინი“ 3 დღის განმავლობაში და რეკომენდაცია საშარდე გზების ექოსკოპია. ექოსკოპიის ჩატარების დამადასტურებელი დოკუმენტაცია სამედიცინო ბარათში არ მოიპოვება.

მონიტორინგის განხორციელების დროისთვის, 2015 წლის განმავლობაში ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში დაფიქსირებული იყო პაციენტის გარდაცვალების 5 შემთხვევა, სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში - 7 შემთხვევა, ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში - 1 შემთხვევა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში - 11 შემთხვევა, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი - 4 შემთხვევა, სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი - 1 შემთხვევა. აქვე აღსანიშნავია, რომ სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტმა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან გამოითხოვა ინფორმაცია 2014-2015 წლებში ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტთა გარდაცვალების შესახებ¹⁴⁶, თუმცა, სამწუხაროდ, ეს ინფორმაცია პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტს, ანგარიშის მომზადების პროცესში, არ მიუღია.

გარდაცვლილ პაციენტთა სამედიცინო ბარათების შესწავლის შედეგებზე დაყრდნობით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ გარდაცვლილი პაციენტების სამედიცინო ბარათებიდან არ ჩანს მათთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების განწევის ფაქტი, ასე მაგალითად:

ც.ა.-ს შემთხვევა

პაციენტი აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში მოთავსებული იქნა 2015 წლის 15 მაისს. თერაპევტის მიერ ჩატარებული კონსულტაციის ბარათიდან ირკვევა, რომ პაციენტი არის კახექსიური, ასევე სხეულზე აღენიშნება ნაწოლები. ამის შემდგომ, მორიგე ექიმის 2015 წლის 28 მაისის ჩანაწერიდან ირკვევა, რომ პაციენტი არ იყო კონტაქტური, იმყოფებოდა კომატოზურ მდგომარეობაში, გამოძახებული იქნა ხონის სასწრაფო დახმარების ბრიგადა და გადაყვანილი იქნა ქ. ქუთაისის ო. ჩხოზაძის სახელობის

¹⁴⁶ საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტის უფროსის 2015 წლის 4 დეკემბრის 03-1/9906 წერილი.

ინვალიდთა და ხანდაზმულთა სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ცენტრში, სადაც 2015 წლის 29 მაისს გარდაიცვალა.

პაციენტის სამედიცინო ისტორიაში არსებულ სამედიცინო ცნობაში მითითებულია, რომ პაციენტი გარდაცვალების მიზეზია გულის გაჩერება (I46); ძილიანობა, სტუპორი და კომა (R40); ინსულტი, რომელიც არ არის დაზუსტებული, როგორც სისხლჩაქცევა ან ინფარქტი (I64); ბრონქოპნევმონია (J18.0). სამედიცინო ბარათიდან ირკვევა, რომ პაციენტს ერთჯერადად ჩატარებული აქვს კარდიოგრაფია, სისხლისა და შარდის ანალიზები. სამედიცინო ბარათიდან არ ჩანს, რა სახის მკურნალობა ჩაუტარდა პაციენტს პნევმონიასთან დაკავშირებით.

პაციენტებისთვის სომატურ დაავადებებთან დაკავშირებით დამატებითი კონსულტაციების და გამოკვლევების ჩატარება განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს სურამის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

ნ.ს.-ს შემთხვევა

პაციენტი (დაბდებული 18.02.1960) სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსებული იქნა 2014 წლის 9 ივნისს პარანოიდული შიზოფრენიის დიაგნოზით (F20.0). პაციენტს აღენიშნებოდა კანქვეშა ვენების გაგანიერება, ქრონიკული ვენური უკმარისობა, ასევე მარცხენა ბარძაყის ძვლის ყელის მოტეხილობა, მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროთეზირების შემდგომი პერიოდი (S72.0).

ექიმის ჩანაწერებიდან ირკვევა, რომ პაციენტი იყო მწოლიარე, რის შედეგადაც გაუჩნდა ნაწოლები, რომელიც უმუშავდებოდა წყალბადის ზეჟანგით და თურმანიძის მალამოთი. ექიმის 2015 წლის 10 მარტის ჩანაწერში მითითებულია, რომ პაციენტი სამედიცინო პერსონალის შემოვლის დროს დილის 10 საათზე გარდაიცვალა, თუმცა არ არის აღნიშნული გარდაცვალების მიზეზი და ჩატარდა თუ არა რეანიმაციული ღონისძიებები. ამასთან, ექიმის ჩანაწერებიდან ირკვევა, რომ ბოლო კვირის განმავლობაში პაციენტი უჩიოდა ზოგად სისუსტეს, თუმცა პაციენტისთვის არ ჩაუტარებიათ დამატებითი გამოკვლევები და მკურნალობა. პაციენტის სამედიცინო ბარათში დევს მხოლოდ სისხლის და შარდის ანალიზის შედეგები.

ა.მ.-ს შემთხვევა

პაციენტი (დაბადებული 12.01.1941) სურამის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსებული იქნა 2015 წლის 19 ივნისს. პაციენტის დიაგნოზი იყო პარანოიდული შიზოფრენია (F20.0), ამასთან, ჰქონდა ძირითადი დაავადების გართულებები, კერძოდ, გულსისხლძარღვთა უკმარისობა თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლით, ასევე ჰიპერტონიული დაავადება. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს ჰქონდა ჰიპერტონიული დაავადება, სამედიცინო ბარათიდან არ ირკვევა, ხდებოდა თუ არა არტერიული ჰიპერტენზიის რეგულარული კონტროლი, ასევე არ

ჩანს, ჩაუტარდა თუ არა საჭირო გამოკვლევები და მკურნალობა სომატურ დაავადებებთან დაკავშირებით. პაციენტი სტაციონარში ყოფნის დროს იმყოფებოდა მწოლიარე მდგომარეობაში, გარდაცვალების წინა დღეს იყო უკონტაქტო, სახე ჰქონდა შეშუპებული და აღენიშნებოდა ქოშინი. 2015 წლის 14 ოქტომბერს პაციენტი გარდაიცვალა.

განხორციელებული მონიტორინგის შედეგებზე დაყრდნობით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მივიდა დასკვნამდე, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სომატური დაავადებების მკურნალობის კუთხით მწვავე პრობლემებია. მდგომარეობა შედარებით უკეთესია იმ ფსიქიატრიულ დეპარტამენტებში/განყოფილებებში, რომელიც საერთო პროფილის საავადმყოფოებში არსებობს (მაგ. აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის ფსიქიატრიული დეპარტამენტი). ასეთ ფსიქიატრიულ დეპარტამენტებს/განყოფილებებს ხელი მიუწვდება საერთო პროფილის საავადმყოფოს სხვადასხვა განყოფილებებში არსებულ მომსახურებებზე. სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებულ შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებებში, როგორიცაა შპს. „ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“, შპს. „სენაკის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“, შპს. „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“, შპს. „ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო“, შპს. „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“¹⁴⁷. შესაბამისად, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ მნიშვნელოვანია გადაიდგას არსებითი ნაბიჯები, რათა შეიქმნას ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის განკუთვნილი მეტი საწოლი ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში და ფსიქიატრიული დახმარების სისტემა თანდათანობით გადავიდეს სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში მინოდების მოდელზე.¹⁴⁸

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, აუცილებელია გატარდეს შესაბამისი ზომები, მათ შორის გადაიხედოს დაფინანსების მეთოდოლოგია და გაიზარდოს ფსიქიატრიული შემთხვევის დაფინანსების მოცულობა, რათა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოთავსებულ ყველა პაციენტს ხელი მოუწვდებოდეს დროულ და ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე.

147 2015 წლის 22 ოქტომბერს განხორციელდა სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ 95%-იანი წილის შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება „ბგნ“-ისათვის პირდაპირი მიყიდვის ფორმით პრივატიზება (საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 22 ოქტომბრის N2248 განკარგულება, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3034586> [ბოლოს ნანახია 18.03.2016]).

148 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პოზიციის თანახმად, სასურველია სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება პაციენტებს მიენდობოდეს ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, თუმცა მრავალი ქვეყანა ჯერ კიდევ ძირითადად ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს ეყრდნობა. საქართველოში ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის განკუთვნილი საწოლების რაოდენობა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში 2014 წლის მდგომარეობით შეადგენდა 2,31-ს 100 000 მოსახლეზე, ხოლო ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში - 32,32-ს 100 000 მოსახლეზე. საქართველოში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე აღემატება მსოფლიო მასშტაბით საშუალო მაჩვენებელს (17,5 საწოლი 100 000 მოსახლეზე), თუმცა ეს მაჩვენებელი თითქმის 3-ჯერ ნაკლებია ლატვიის ანალოგიურ მაჩვენებელზე (105,09). ასევე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში 100 000 მოსახლეზე ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის განკუთვნილი საწოლების რაოდენობა ოცჯერ ნაკლებია ესტონეთის ანალოგიურ მაჩვენებელზე (47,05), რომელიც სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში განევის მოდელზე გადავიდა და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში 100 000 მოსახლეზე მხოლოდ 7,71 საწოლი მოდის.

რეკომენდაციები

საქართველოს მთავრობას

- გადაიხედოს დაფინანსების მეთოდოლოგია და გაიზარდოს ფსიქიატრიული შემთხვევის დაფინანსების მოცულობა, რათა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოთავსებულ ყველა პაციენტს ხელი მოუწოდებოდეს სომატური ჯანმრთელობის მდგომარეობის დროულ და ადეკვატურ გამოკვლევასა და მკურნალობაზე
- გადასინჯოს დაფინანსების მოდელები მკურნალობის ხარისხის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით, რათა გაიზარდოს გრძელვადიანი მკურნალობის დაფინანსების მოცულობა
- მაღალი ხარისხის მედიკამენტების შესყიდვის უზრუნველსაყოფად გადასინჯოს ფსიქიატრიული დამხარების დაფინანსების მეთოდოლოგია
- მედიკამენტების ხარისხის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით, დაწესდეს მედიკამენტების შესყიდვის ყველაზე მოსახერხებელი, შეღავათიანი რეჟიმი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა სტაციონარში ფსიქიატრიული დახმარების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით მოხდეს შესაბამისი სტატისტიკური მონაცემების აკურატული შეგროვება, რეჰოსპიტალიზაციის ინდიკატორის უკეთესი აღწერა და მკურნალობის გამოსავლების სტანდარტების განსაზღვრა
- დააწესოს მკაცრი მეთვალყურეობა დაყოვნების ვადის შესაბამისობაზე მწვავე ეპიზოდის სტაბილიზაციის ხარისხთან; გადასინჯოს დაფინანსების მოდელები მკურნალობის ხარისხის პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით, რათა გაიზარდოს გრძელვადიანი მკურნალობის დაფინანსების მოცულობა
- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოხდეს მულტიდისციპლინური მიდგომის დანერგვა, გაფართოვდეს თერაპიული მეთოდებისა და საშუალებების გამოყენება, დაინერგოს შემთხვევის ინდივიდუალური მართვის მეთოდი
- შემუშავდეს დამატებითი გაიდლაინები და ექიმებს გაეწიოთ ზედამხედველობა დანიშნული მედიკამენტების დოზირებაზე, რათა აღმოიფხვრას ე.წ. ზედოზირების შემთხვევები და ქიმიური შეზღუდვის არამიზანშეწონილად გამოყენების შესაძლებლობა

- შემუშავდეს ფსიქიატრიული დაწესებულებების ბაზისური მედიკამენტების ნუსხა, რომელშიც განისაზღვრება ახალი თაობის, მაღალი ხარისხის მედიკამენტების ჩამონათვალი; ამასთან, უზრუნველყოფილი იქნას ამ მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა ყველა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში
- განხორციელდეს მკაცრი ზედამხედველობა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სომატური ჯანმრთელობის მდგომარეობის დროული და ადეკვატური გამოკვლევისა და მკურნალობის უზრუნველყოფაზე
- გადაიდგას არსებითი ნაბიჯები, რათა შეიქმნას ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის განკუთვნილი მეტი საწოლი ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში და ფსიქიატრიული დახმარების სისტემა თანდათანობით გადავიდეს სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში მინოდების მოდელზე

ფსიქიატრიული დაწესებულების ღირებულება

- შემუშავდეს თითოეული პაციენტის მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმა, რომელიც მოიცავს მკურნალობის მიზნებს, გამოყენებული თერაპიულ საშუალებებსა და პასუხისმგებელი პერსონალს. მოხდეს პაციენტის ჩართვა ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის შედგენაში და მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკის შეფასების პროცესში
- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რათა მოხდეს მულტიდისციპლინური მიდგომის დანერგვა, გაფართოვდეს თერაპიული მეთოდებისა და საშუალებების გამოყენება, დაინერგოს შემთხვევის ინდივიდუალური მართვის მეთოდი
- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რათა მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია პაციენტებს რეგულარულად მიენოდებოდეთ მათთვის გასაგებ ენაზე და ეს განხილული იყოს, როგორც თერაპიული პროცესის შემადგენელ ნაწილი; ამასთან, უზრუნველყოს, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალი პაციენტს სცემდეს პაციენტის უარს მკურნალობაზე და ცდილობდეს მკურნალობის მნიშვნელობაზე და მოსალოდნელ შედეგზე დეტალური ინფორმაციის მიწოდების გზით პაციენტის მკურნალობაზე დაყოლიებას
- მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების მართვის მიზნით, უზრუნველყოფილ იქნას აგრანულოციტოზის, მეტაბოლიტური ცვლილებების და განსაკუთრებით ჰიპერგლიკემიის განვითარების რისკის კლინიკურ-ლაბორატორიული დინამიკური შეფასება, ასევე ლეიკოციტების კონტროლი
- უზრუნველყოფილ იქნას დაწესებულებაში სამედიცინო დოკუ-

მენტაციის სრულყოფილი წარმოება

- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა სომატური დაავადებების დროული დიაგნოსტიკისა და ადეკვატური მკურნალობის უზრუნველსაყოფად
- უზრუნველყონ დროული და ადეკვატური სტომატოლოგიური მომსახურება
- უზრუნველყონ მედიკამენტების ვარგისიანობის ვადის მუდმივი კონტროლი, ვადაგასული მედიკამენტების დადგენილი წესით ამოღება და გამოყენების პრევენცია

წინადადება საქართველოს პარლამენტს

- პირის ღირსებასა და პირად ხელშეუხებლობაზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის შექმნის საფუძვლის კანონმდებლობაში განმტკიცების მიზნით, „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტიდან ამოღებულ იქნას ფრაზა - „ეს უფლება იზღუდება ამ კანონის მე-18 და 22¹ მუხლებით გათვალისწინებულ შემთხვევებში“
- „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში ტერმინი - „იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა“ შეიცვალოს ტერმინით - “იძულებითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება“

8.2. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, ფსიქოლოგიური და სოციალური მომსახურება

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემა მოიცავს სამედიცინო და ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებს. ამ უკანსაკნელის ფარგლებში დაგეგმილი ღონისძიებების განხორციელების მიზანია პაციენტის სოციალური და შრომითი კონტაქტების შენარჩუნება და იმ უნარ-ჩვევების გამომუშავება, რომლებიც განსაზღვრავს საზოგადოებაში მისი დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას¹⁴⁹.

დასახელებული კანონის საფუძველზე, საქართველოს მთავრობის დადგენილებით 2014 წელს დამტკიცდა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები¹⁵⁰, რომლის თანახმად ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია შესაძლებელია ჩატარდეს როგორც ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრებში, ასევე მრავალპროფილური საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებებში და

149 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი, მუხლი 21, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178> [ბოლოს ნანახია 21.03.2016].

150 საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 15 იანვრის N68 დადგენილება „ტექნიკური რეგლამენტი – ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები“, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2198173> [ბოლოს ნანახია 21.03.2016].

გრძელვადიან ფსიქიატრიული მომსახურების დაწესებულებებში (თავშესაფრებში), ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში.

2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის დადგენილების¹⁵¹ შესაბამისად ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, გულისხმობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა გამოჯანმრთელების, სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობას და დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის საჭირო ბაზისურ უნარ-ჩვევათა აღდგენა/შესწავლას, მათ შორის პაციენტის საჭიროებების განსაზღვრას, ინდივიდუალური და სპეციფიკური რეაბილიტაციური გეგმის შედგენას, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მეთოდების განხორციელებას დადგენილი სტანდარტების შესაბამისად.

ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მოცულობა პრაქტიკულად ყელა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში შეზღუდულია, რაც განპირობებულია შესაბამისი საშუალებების, აღჭურვილობის, მასალებისა და სპეციალურად მომზადებული პერსონალის ნაკლებობის გამო.

დაწესებულებების უმეტეს ნაწილს ჰყავს ფსიქოლოგი, მაგრამ ის რეგლამენტით დადგენილ ინდივიდუალურ და ჯგუფურ თერაპიულ ჩარევებს ნაკლებად მიმართავს. სუსტად არის განვითარებული შრომითი თერაპია. პაციენტთა ნაწილი ძირითადად ასრულებს დასუფთავებით და მომსახურებით სამუშაოებს, რაც შრომით თერაპიად ვერ ჩაითვლება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში ფუნქციონირებს სოციალური რეაბილიტაციის განყოფილება. მასში დასაქმებული არიან სოციალური მუშაკები, (მათ შორის, განყოფილების უფროსი), ფსიქოლოგი, თანასწორგანმანათლებელი და ერგოთერაპევტი. დაწესებულებაში ფუნქციონირებს არტ თერაპიის ჯგუფი. არტთერაპევტის ფუნქციები შეთავსებული აქვს სოციალურ მუშაკს. ფსიქოლოგები მუშაობენ ჯგუფური თერაპიისა და ინდივიდუალური თერაპიის მეთოდებით. ჯგუფებში ხდება როგორც მწვავე, ისე გრძელვადიან მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების ჩართვა. სოციალური მუშაკები პაციენტებს ეხმარებიან სპორტულ აქტივობებში, გასეირნებაში, სხვადასხვა უფლების რეალიზებაში. ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში პაციენტის აქტივობებში ჩართვა ხდება მხოლოდ ექიმ-ფსიქიატრის ნებართვით. თუმცა პაციენტებისთვის არ არის ცნობილი, რა კრიტერიუმები განაპირობებს ასეთ ჩართულობას. მათთან ინტერვიუს დროს გამოიკვეთა, რომ ამ კუთხით ხშირად ადგილი აქვს ტენდენციური გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევებს. პაციენტები აღნიშნავენ, რომ ფუნქციონირებს კალათბურთის დარბაზი, თუმცა სპორტულ აქტივობებში ჩართვა ხდება შერჩევით, სუბიექტური გარემოებებიდან და არა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. ერთ-ერთი პაციენტის განცხადებით, მან გამოთქვა სპორტულ აქტივობაში მონაწილეობის სურვილი, რისი საშუალებაც არ მიეცა.

151 საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 ივნისის N308 დადგენილება „2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068> [ბოლოს ნანახია 21.03.2016].

პაციენტთა მკურნალობის გეგმებში არ არის გათვალისწინებული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კომპონენტი, არ არის გაწერილი, რა სახის ღონისძიებებში/თერაპიულ აქტივობებში ჩართვა ესაჭიროება პაციენტს. ეს კი განპირობებულია მათი შემუშავების პროცესში სოციალური მუშაკების ნაკლები მონაწილეობით. პაციენტის შეფასება სოციალური მუშაკების მიერ ხდება ინდივიდუალურად. მწვავე განყოფილებაში მყოფ პაციენტების შესახებ ივსება მოკლე შეფასების ფორმები, რომლებიც ინახება სოციალურ მუშაკთან და არ დევს სამედიცინო ბარათებში. სოციალური მუშაკების ინფორმაციით, პაციენტების კონსულტირების შემდეგ სრულად ფასდებიან მხოლოდ ცალკეული პირები. ბოლო დროს სასამართლოს მოთხოვნის საფუძველზე დაიწყო ყველა პაციენტის სრული შეფასება. შესაბამისი ფორმები პაციენტების სამედიცინო ბარათებში თავსდება პაციენტების განერის შემდეგ, რადგან ეს არის დინამიკური პროცესი და პერიოდულად საჭირო ხდება ცვლილებების შეტანა. აღნიშნული ვერ ჩაითვლება ობიექტურ არგუმენტად იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ სოციალური მუშაკის შეფასების დასკვნით ნაწილში ჩამოყალიბებულია პაციენტის საჭიროებები და განსაზღვრულია ზრუნვისა და მეთვალყურეობის სფეროები, რომლებშიც პაციენტი საჭიროებს დახმარებას. მნიშვნელოვანია აღნიშნული ინფორმაცია ინახებოდეს სამედიცინო ბარათებში. წინააღმდეგ შემთხვევაში ვერ მოხდება გამოკვეთილი საჭიროებების შესაბამისად განხორციელებული ღონისძიებების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება და იდენტიფიცირება. ამასთან, არსებული პრაქტიკა ეწინააღმდეგება პაციენტის მიმართ კომპლექსური მიდგომის სისტემის ჩამოყალიბებას და ხელს უწყობს სამედიცინო და სოციალური სფეროების გამიჯვნას და ფრაგმენტაციას.

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ სოციალურ მუშაკებს უჭირთ ხანმოკლე მკურნალობაზე მყოფ პირთა საჭიროებების იდენტიფიცირება. გრძელვადიან განყოფილებაში მყოფ პაციენტებთან დაკავშირებით მათ უფრო ამომწურავი ინფორმაციის მოწოდება შეძლეს. სოციალური რეაბილიტაციის განყოფილების მიერ არ წარმოებს სოციალური პაკეტის მიმღებ პაციენტთა სტატისტიკა. შესაბამისად, მონიტორინგის ჯგუფმა ვერ მოიპოვა აღნიშნული ინფორმაცია. სოციალური მუშაკის ზეპირი ინფორმაციით, 2015 წლის ოქტომბრის მონაცემებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში სოციალური დახმარება დანიშნული ჰქონდა 10 პირს.

პაციენტთა დახმარების მიზნით განხორციელებული ღონისძიებების შესახებ ჩანაწერები ფიქსირდება ანკეტაში. მათი აღრიცხვის მიზნით სპეციალური ჟურნალი არ წარმოებს. ჩანაწერების მიხედვით, სოციალური მუშაკები ძირითადად დაკავებული არიან სოციალური დახმარებით უზრუნველყოფის საკითხების მოგვარებით, პაციენტებსა და მათ ახლობლებს შორის კომუნიკაციის დამყარებაში ხელშეწყობით, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტების მიღებაში დახმარების გაწევით, რეაბილიტაციის პროგრამებში პაციენტთა ჩართვითა და ამ პროგრამებთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებით. სოციალური მუშაკები პაციენტებს ასევე უწევენ დახმარებას პლასტიკური ბარათის საშუალებით თანხის გამოტანასა და სასურველი პროდუქტების შეძენაში.

სოციალური მუშაკებისგან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, მონიტორინგის დროს გრძელვადიან განყოფილებაში ქმედუუნაროდ აღიარებული იყო სამი

პაციენტი და მათ დანიშნული ჰყავდათ მეურვე. რაც შეეხება პირის მხარდამჭერის მიმღებად ცნობის შესახებ შესაბამის ორგანოსთან განხორციელებულ რეფერირებას, მიმდინარე წლის ივლისის თვიდან ოქტომბრის თვის ჩათვლით სასამართლოსადმი განხორციელდა 7 მიმართვა. მათ შორის ერთ-ერთ პაციენტი 2015 წლის პირველ აპრილამდე ცნობილი იყო ქმედუვნაროდ. მონიტორინგის განხორციელების დროისთვის (2015 წლის ოქტომბერი) არცერთ საქმეზე სასამართლოს გადაწყვეტილება მიღებული არ იყო.

გამოიკვეთა დაწესებულებაში სოციალური პრობლემების გამო ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევები. ერთ-ერთი პაციენტი იმყოფებოდა აღრიცხვაზე თავშესაფარში ჩარიცხვის მიზნით. პაციენტი ლ.ა-ს ესაჭიროებოდა მხარდამჭერის მიმღებად ცნობა და მხარდამჭერის დანიშვნა, რათა შემდგომ ის დახმარებოდა უფლებების რეალიზებაში. აღნიშნულ პაციენტთან დაკავშირებით სოციალურ სამსახურს მიმართული ჰქონდა სასამართლოსთვის. მხარდამჭერად დანიშვნაზე კი სურვილსა და მზადყოფნას გამოთქვამდა თავად დაწესებულების სოციალური რეაბილიტაციის განყოფილების უფროსი.

პაციენტი ა.ა-ს ესაჭიროებოდა მხარდამჭერის დანიშვნა, რის თაობაზეც სოციალურ მუშაკს მიმართული ჰქონდა სასამართლოსთვის. მათი განამრტებით, ამის შემდგომ მოხდებოდა საცხოვრისთან დაკავშირებული პრობლემების გადანეწყვა.

პაციენტი დ.ს-ს შემთხვევაში საქმის კუსში იყო ჩაყენებულ ადგილობრივი თვითმმართველობა და დაწესებულების სოციალურ მუშაკს ზეპირი კომუნიკაცია ჰქონდა სააგენტოს შესაბამისი ტერიტორიული განყოფილების სოციალურ მუშაკთან, თუმცა წერილობითი მიმართვა სააგენტოს ან ტრეფიკინგის ფონდის მიმართ არ განხორციელებულა.

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ დაწესებულებაში ხშირად ადგილი აქვს პაციენტთა უფლებებისა და ინტერესების უგულებელყოფას მათი ოჯახის წევრების მხრიდან. დაფიქსირდა შემთხვევა როდესაც ოჯახის წევრები ბენეფიციარისთვის დანიშნულ მიზნობრივ სოციალურ დახმარებას არ ახმარდნენ მის საჭიროებებს.

დაწესებულებაში ვიზიტის დროს იმყოფებოდა გადაადგილების შეზღუდვის მქონე ერთი პაციენტი, რომელიც ვერ სარგებლობდა გადაადგილების დამხმარე საშუალებით (ეტლით). ინტერვიურებით დადგინდა, რომ ეტლი აქვს მხოლოდ ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერს, ხოლო გადაადგილების დამხმარე საშუალებით პაციენტის უზრუნველყოფის მიზნით სოციალურ მუშაკებს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოსთვის არ მიუმართავთ.

ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს, სადაც უმეტესად გრძელვადიან მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები იმყოფებიან, არ ჰყავს ფსიქოლოგი, რეაბილიტოლოგი, კვალიფიციური სოციალური მუშაკი. დაწესებულებაში არ ფუნქციონირებს მულტიდისციპლინური გუნდი, რომელიც შეიმუშავებს ბენეფიციარების ინდივიდუალური განვითარების გეგმას და უზრუნველყოფს მის შესრულებას. ცალკეული ბენეფიციარისთვის არ არის ხელმისაწვდომი ინდი-

ვიდუალური ფსიქოლოგიური კონსულტაცია და სარეაბილიტაციო მომსახურეობა.

დანესებულებაში არის არტ-თერაპიის (შრომათერაპიის) განყოფილება, სადაც რეაბილიტაციას გადის 30 პაციენტი. კაბინეტს ხელმძღვანელობს მუსიკალური განათლების მქონე პირი. ბენეფიციარები ძირითადად ხატავენ, ძერწავენ, ქსოვენ და ქარგავენ. მათი ნამუშევრებით გაფორმებულია რეაბილიტაციის ოთახი.

განყოფილება არ არის აღჭურვილი სათანადო ავეჯით. ფუნქციონირებს ბიბლიოთეკა, თუმცა წიგნების არჩევანი ძალიან მწირია. დანესებულებას აქვს მარტივი განმავითარებელი და შრომითი/ფიზიკური აქტივობის განხორციელების პირობები, თუმცა რეაბილიტაციაზე მომუშავე პერსონალის რესურსი და კვალიფიკაცია არ არის სათანადო. სტაციონარს არ ჰყავს კვალიფიციური სოციალური მუშაკი, რაც პრობლემებს ქმნის პაციენტებისთვის მნიშვნელოვანი საკითხების მოგვარების დროს. მათ შორის, ხანდაზმული პირებისთვის ასაკის გამო სახელმწიფო პენსიის დანიშვნის, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსის განსაზღვრის, სახელმწიფო სოციალური პაკეტის მიღებისთვის საჭირო პროცედურების განმარტების, პაციენტების კანონიერ წარმომადგენლებთან კომუნიკაციის პროცესში. ხშირ შემთხვევაში პაციენტებისთვის დანიშნულ სოციალურ ბენეფიტებს იღებენ მათი ოჯახის წევრები ან/და მეურვე და უშუალოდ ამ პირებს ხელი არ მიუწვდებათ კუთვნილი თანხების განკარგვაზე. მსგავს შემთხვევებში მათ ესაჩიროებათ კვალიფიციური იურიდიული დახმარება.

ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს პაციენტებთან ინტერვიუს დროს ორმა პირმა ისაუბრა პრობლემაზე, რომელიც უკავშირდება მათი მეურვის მხრიდან დაკისრებული ვალდებულებების არაჯეროვნად შესრულებას. კერძოდ, აღნიშნულ პირებს, პლასტიკური ბარათის ვადის გასვლის გამო შეჩერებული აქვთ სოციალური პაკეტით სარგებლობის უფლება, ხოლო მეურვე არ ეხმარება ამ საკითხის მოგვარებაში. ამასთან სტაციონარში მკურნალობის ბოლო ორი წლის მანძილზე მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა და, მკურნალი ექიმის რეკომენდაციით, აღარ ექვემდებარება საავადმყოფოში დაყოვნებას, თუმცა მეურვეს არ სურს მათი წაყვანა სახლში (მათ აქვთ საკუთარი ბინა), არ აკითხავს და არ ინტერსდება სამეურვეო პირის მდგომარეობით.

ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში ფუნქციონირებს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კაბინეტი, რომელიც მუშაობს სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამით განსაზღვრული მოცულობით, მაქსიმალურადაა უზრუნველყოფილი პაციენტების ჩართულობა, პაციენტების მიერ შესრულებული არტთერაპიული ნამუშევრები განყოფილების რეკრეაციული ზონების გაფორმებისთვის არის გამოყენებული.

ფსიქოლოგიის როლი დანესახულებაში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში გამოიკვეთა ხარვეზები ფსიქოლოგიის მომსახურებასთან დაკავშირებით. პაციენტთა

უმეტესობა აღნიშნავს, რომ მიუხედავად მათი სურვილისა, მასთან აქვთ იშვიათი კომუნიკაცია. ფსიქიატრიული სტაციონარული დეპარტამენტის გრძელვადიან განყოფილებაში ფსიქოლოგის უფლება-მოვალეობებს განეკუთვნება მკურნალი ექიმის მიერ მიწოდებული პაციენტისთვის შესაბამისი სარეაბილიტაციო აქტივობის შერჩევა (სოციალური თერაპია, ერგოთერაპია, არტთერაპია, „სინემათერაპია“) და ინდივიდუალურ თუ ჯგუფურ ფსიქოთერაპიაში ჩართვის უზრუნველყოფა. ამასთან, მას ევალება ჩატარებული სამუშაოების შესახებ ჩანაწერების წარმოება როგორც სპეციალურ ჟურნალში, ისე მითითების შესაბამისად სამედიცინო ბარათში. პაციენტთა სამედიცინო დოკუმენტაციაში აღნიშნული ინფორმაციის მოძიება ვერ მოხერხდა.

თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალის (შპს „უნიმედი კახეთი“) მწვავე განყოფილებაში დაწესებულების ფსიქოლოგის საქმიანობა შემოიფარგლება დიაგნოსტიკებით. მას თითქმის არ უწევს ბენეფიციარებთან და მის ოჯახის წევრებთან მუშაობა. ფსიქიატრიული დეპარტამენტის ფსიქოლოგის თანამდებობრივ ინსტრუქციაში აღნიშნულია, რომ იგი გარკვეულ შემთხვევებში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს უტარებს ამბულატორიულ დიაგნოსტიკას და/ან ფსიქოთერაპიას, კლინიკის შინაგანანესის შესაბამისად, რის აღნიშვნას ახდენს შესაბამის სამედიცინო დოკუმენტაციაში. მონიტორინგის ჯგუფის წევრებისთვის გადაცემული შინაგანანესით მოცემული საკითხები გათვალისწინებული არ იყო და არც ბენეფიციარები ადასტურებდნენ რაიმე სახის აქტივობებში/თერაპიულ ღონისძიებებში ჩართულობას. თანამშრომელთა საშტატო ნუსხით არ არის გათვალისწინებული ფსიქოთერაპევტის, არტთერაპევტის შტატი. შესაბამისად, პაციენტებს არ აქვთ ადგილზე გარკვეული თერაპიული და სარეაბილიტაციო მომსახურების მიღების საშუალება. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულების ფუნქციაა მწვავე სტაციონარული დახმარების მიწოდება და პაციენტები არ გადიან ხანგრძლივი მკურნალობის კურსს, აუცილებელია შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმა. აღნიშნული განსაკუთრებულ დატვირთვას იძენს იმ გარემოების ფონზე, როცა გარკვეულ შემთხვევებში ადგილი აქვს პაციენტთა თვეზე მეტი ხნით დაყოვნებას დაწესებულებაში. ფსიქოლოგის ინფორმაციით, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მიზნით, საჭიროებისამებრ, ხდება მათი გადამისამართება შესაბამის ცენტრებში.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტთა მხოლოდ ნაწილმა დაადასტურა, სარეაბილიტაციო პროგრამებში მონაწილეობა. აქვე უნდა ითქვას, რომ არცერთ სამედიცინო ბარათში რეაბილიტაცია არ არის მითითებული მკურნალობის სქემაში და ინტეგრირებული - თერაპიის პროცესში.

რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის ჰყავს რამდენიმე ფსიქოლოგი, მათ შორის არტ-თერაპევტი, რომელიც კვირაში სამჯერ აწვდის პაციენტებს ფსიქოლოგიურ სერვისს. სამწუხაროდ, პაციენტის მკურნალობის გეგმაში არ გვხვდება არც ერთი ჩანაწერი ფსიქოლოგიური დახმარების და არტთერაპიული ჩარევის შესახებ. ეს მომსახურება დახმარების სქემაში არ არის ინტეგრირებული. აღსანიშნავია, რომ ფსიქოლოგიური გამოკვლევების შედეგები, ასევე, არ არის ასახული ყველა სამედიცინო ბარათში, თუმცა, პერსონალის გადმოცემით,

ყველა პაციენტი გამოკვლეულია დიაგნოზის დასადასტურებლად და ეს მონაცემები ინახება ფსიქოლოგებთან.

ა. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ყველა პაციენტის ისტორიაში არის, ფორმითა და შინაარსით იდენტური, ფსიქოლოგის ერთი ჩანაწერი, მაგრამ ვერც ერთი პაციენტი ფსიქოლოგთან გასაუბრების ფაქტს ვერ იხსენებს. მონიტორინგის მიმდინარეობისას ფსიქოლოგი სამსახურში არ იმყოფებოდა. ზოგადად, სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში პაციენტების ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციაზე მიმართული აქტივობები არ არის დანერგილი. სტაციონარში არ არის შესაბამისი ინფრასტრუქტურა, არ ჰყავთ საჭირო პროფესიული კადრი.

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არ მუშაობს სოციალური სამსახური, რომელიც არსებული პრობლემების გადაჭრაში დახმარებას აღმოუჩენს იქ განთავსებულ პირებს. პაციენტების უმრავლესობას არა აქვს განსაზღვრული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსი და შესაბამისად არ წარმოადგენენ სახელმწიფო სოციალური პაკეტის მიმღებს. არ არიან ინფორმირებული, თუ ვისი დახმარებით შეიძლება ამ საკითხების მოგვარება. პაციენტთა ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას იმის თაობაზე, რა მიზეზით ვერ იღებს სოციალურ პაკეტს. ხშირად მათი ოჯახის წევრების და კანონიერი წარმომადგენლების მხრიდან უგულებელყოფილია ამ პირთა საჭიროებები.

აკად. ბ.ნანიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრში (ქუტირი) ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისათვის გამოყოფილია სივრცე, თუმცა დაწესებულების ადმინისტრაციის ინფორმაციით არსებული ფინანსური რესურსი და პროფესიული კადრების რიცხოვნობა არ იძლევა სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ქვეპროგრამით განსაზღვრული სტანდარტებით პაციენტის სრულყოფილად მომსახურების შესაძლებლობას. პაციენტების მხოლოდ მცირე ნაწილმა განაცხადა ფსიქო-სოციალურ აქტივობებში მონაწილეობის შესახებ.

მონიტორინგის დროს მიღებული ინფორმაციის თანახმად, პაციენტებს წელიწადში ერთხელ უტარდებათ ფსიქოლოგიური შეფასება. ფსიქოლოგმა გასაუბრებისას განაცხადა, რომ ის აქტიურადაა ჩართული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროცესში და ახორციელებს ფსიქოლოგიურ ინტერვენციებს, თუმცა პაციენტების სამედიცინო ბარათებში აღნიშნულის დამადასტურებელი ჩანაწერი არ მოიძებნა. ფსიქოლოგის განცხადებით, შესაბამისი ინფორმაცია მასთან ინახება და კონფიდენციალური ხასიათისაა. აღსანიშნავია, რომ ფსიქოთერაპიული სესიების დროს მოპოვებული ინფორმაცია, პროფესიული ეთიკის ნორმების მიხედვით არ უნდა გამჟღავნდეს, თუმცა ეს არ გამოორიცხავდეს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროცესის შეფასების მიზნით ბაზისურ, არასენსიტიურ ინფორმაციასთან მონიტორინგის ჯგუფის წევრების წვდომის შესაძლებლობას. დაწესებულების სოციალური სამსახური აქტიურადაა ჩართული პაციენტების სოციალური პრობლემების მოგვარებაში, მიმდინარეობს მუშაობა პაციენტის განერისათვის მომზადებასა და პაციენტის ოჯახური კავშირების აღდგენაზე, ასევე იკვეთება დადებითი დინამიკა პაციენტისათვის სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის ინიცირების, შშმ პირის სტატუსის განსაზღვრისა და შესაბამისი

ბენეფიტებით სარგებლობის საკითხებში. თუმცა, მიუხედავად ამ ძალისხმევისა, პაციენტთა ინტერვიუებით გამოვლინდა, რომ ბევრი მათგანისთვის ეს საკითხი კვლავ მოუგვარებელია და საჭიროებს დაუყოვნებლივ გადაწყვეტას.

რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფოს (ხელვაჩაური) ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ოთახში, დღის პირველ ნახევარში სარეაბილიტაციური სამუშაო ტარდება სამივე განყოფილების პაციენტებისათვის. ჰყავთ არტთერაპევტი, შრომითი თერაპევტი, მუსიკალურ თერაპიას ატარებს ხელოვნების ინსტრუქტორი ქალთა გრძელვადიან განყოფილებაში სპეციალურად მოწყობილი ოთახში. პაციენტებს აქვთ ფილმების ნახვის შესაძლებლობა, უსმენენ მუსიკას, ცეკვავენ. მონიტორინგის დროს ამ თერაპიას მწვავე განყოფილების რამდენიმე პაციენტიც ესწრებოდა.

რეაბილიტაციის ჯგუფურ სამუშაოს ფსიქოლოგი კვირაში ორჯერ ატარებს, თუმცა აქვს ინდივიდუალური სესიებიც. რეაბილიტაციის განყოფილებაში მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა დაათვალიერეს პაციენტის მიერ შევსებული ტესტები, კითხვარები. ასევე არტთერაპევტის და სხვა შეფასებებები. ფსიქოლოგი, რომელიც თავადაც მუშაობს ამ პაციენტთან, ეცნობა ამ მასალას და წერს დასკვნას მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ. მისი ინფორმაციით აღნიშნული დასკვნები თავსდება განერილი პაციენტის ისტორიაში, მანამდე კი ინახება ფსიქოლოგთან.

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში დაწესებულება მოიაზრებს პაციენტების ექსკურსიებს. პაციენტების სხვადასხვა ჯგუფი ოთხჯერ იმყოფებოდა გონიოს ციხის დასათვალიერებლად, ასევე - ბათუმის ბულვარში, ზოოპარკში. პაციენტები სეირნობენ დაწესებულების ეზოში, თუმცა მათი ინფორმაციით, წვიმიან ამინდში ეს ვერ ხერხდება, რადგან არ აქვთ საჭირო ფეხსაცმელი და ტანსაცმელი.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ვიზიტების განმავლობაში, მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა, პერსონალთან და პაციენტებთან ინტერვიუს დროს ყურადღება გაამახვილეს ქმედუნარიანობის სამართლებრივი რეფორმის ფარგლებში საქართველოს მოქმედ კანონმდებლობაში განხორციელებულ ცვლილებებზე. გამოკითხვის შედეგად დადასტურდა, რომ მათი დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას ახალი საკანონმდებლო რეგულაციების შესახებ. დაწესებულებებში მონიტორინგის განხორციელების დროისთვის (2015 წლის 9 ოქტომბერი – 6 ნოემბერი) იქ განთავსებული არცერთი პირი არ იყო ცნობილი მხარდაჭერის მიმღებად.

პაციენტებთან გასაუბრების დროს გამოიკვეთა მათთვის სამართლებრივი კონსულტაციების, რიგ საკითხებთან დაკავშირებული სამართლებრივი დავების მოგვარების აუცილებლობა. ნაწილს ქონებრივი დავა აქვს ოჯახის წევრებთან, ნათესავებთან. სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მყოფმა რამდენიმე პირმა აღნიშნა, რომ საავადმყოფოში ყოფნის დროს მათ ქონებას მეთვალყურეობას არავინ უწევს და შედეგად ზიანი ადგებათ სხვადასხვა პირების მხრიდან.

ამავე დაწესებულების ერთ-ერთმა პაციენტმა, მონიტორინგის ჯგუფის წევ-

რებთან საუბრის დროს, არასრულწლოვან შვილთან კომუნიკაციის პრობლემას გაუსვა ხაზი. როგორც მან აღნიშნა, მისი შვილი მინდობით აღზრდაშია განთავსებული და რამდენიმე წელია არ უნახავს. არ იცის, ვის მიმართოს საკითხის მოგვარების მიზნით.

ანალოგიური პრობლემის შესახებ ისაუბრა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (ქუტირი) ერთ-ერთმა პაციენტმა, რომელმაც აღნიშნა, რომ მისი შვილი სავარაუდოდ მინდობით აღზრდის სერვისის იღებს, თუმცა დედა აღნიშნულზე ზუსტ ინფორმაციას არ ფლობს.

ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის იურისტის ინფორმაციით, მათი დაწესებულების რამდენიმე პაციენტს აქვს უძრავ ქონებასთან დაკავშირებული დავის მოგვარების პრობლემა.

დასკვნის სახით, შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის მცდელობის მიუხედავად, დაეხმარონ ბენეფიციარებს სოციალური პრობლემების მოგვარებში, ფსიქოსოციალური დახმარების, რეაბილიტაციის და რეინტეგრაციის სერვისის სტაციონარებში ძალიან სუსტად არის განვითარებული. რიგ შემთხვევებში, მათი არსებობა მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს და მხოლოდ დღის აქტივობად შეიძლება განვიხილოთ.

რეკომენდაციები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- გადაიხედოს დაფინანსების მეთოდოლოგია, რათა, აღდგენის (recovery) ბიოფსიქოსოციალური ასპექტების გათვალისწინებით, უზრუნველყოფილ იქნას ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სათანადო ფსიქო-სოციალური სარეაბილიტაციო პროგრამების განხორციელება, ამასთან, მოხდეს დაწესებულებებში პაციენტთა რეაბილიტაციის მიზნით სხვადასხვა პროგრამების განხორციელების მდგომარეობის რეგულარული მონიტორინგი

ფსიქიატრიული დაწესებულების დირექტორებს

- გაითვალისწინონ აღდგენის (recovery) ბიოფსიქოსოციალური ასპექტები და განავითარონ ფსიქოსოციალური ინტერვენციები; უზრუნველყონ შესაბამისი სპეციალისტების ჩართვა მკურნალობის სქემებში
- განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისის განვითარებას, არსებული სტანდარტის დაცვას; უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტის შესაძლებლობების ზრდა და მათი დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების აღდგენა-განვითარება

- უზრუნველყონ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სამსახურების დაკომპლექტება კვალიფიციური პერსონალით, მოხდეს პერსონალის გადამზადება
- შესთავაზონ პაციენტებს ფართო სპექტრის რეკრეაციული აქტივობები, უზრუნველყონ სუფთა ჰაერზე მაქსიმალურად ხანგრძლივი დროით პაციენტების ყოფნა, წიგნების, ჟურნალების და გაზეთების ხელმისაწვდომობა
- უზრუნველყონ პერსონალის ინფორმირება/სწავლება ქმედუნარიანობის სამართლებრივი რეფორმის ფარგლებში კანონმდებლობაში განხორციელებული ცვლილებების თაობაზე
- უზრუნველყონ ქმედუნარიანობის სამართლებრივი რეფორმის ფარგლებში მათთვის განსაზღვრული ვალდებულების დროული შესრულება; ამ მიზნით შესაბამისი პროცედურების დაჩქარება
- პაციენტების სოციალური პრობლემების მოგვარების მიზნით უზრუნველყონ მჭიდრო და კოორდინირებული თანამშრომლობა სოციალური მომსახურების სააგენტოს შესაბამის სამსახურებთან
- ფსიქიკური შეზღუდვის მქონე პირთა მშობლის უფლების დაცვის მიზნით უზრუნველყონ თანამშრომლობა შესაბამის სამსახურებთან

9. პერსონალი

არსებული ადამიანური რესურსი უნდა იყოს ადეკვატური პერსონალის რაოდენობის, კატეგორიებისა (ფსიქიატრი, თერაპევტი, ექთანი, ფსიქიოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, სოციალური მუშაკი და სხვა) და მათი პროფესიული გამოცდილებისა და მომზადების თვალსაზრისით.¹⁵² თანამედროვე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები აერთიანებს ჯანდაცვის მენეჯერებს, ფსიქიატრებს, ფსიქოლოგებს და ფსიქოთერაპევტებს, სოციალურ მუშაკებს, ექთნებს, ოკუპაციურ თერაპევტებს და სხვა ყველა იმ სპეციალისტს, ვინც აუცილებელია ამა თუ იმ დახმარების ეფექტურად მიწოდებისთვის (მაგალითად, ნევროლოგი ან პედიატრი, სპეციალური განმანათლებელი, ლოგოპედი - მეტყველების თერაპევტი და სხვ.)¹⁵³

მულტიდისციპლინურობა თანამედროვე მიდგომის საფუძველია¹⁵⁴. სამუხაროდ, შესწავლილ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში როგორც პერსონალის, ასევე პერსონალის კვალიფიკაციის და, რაც მთავარია, აშლილობების მართვაში მულტიდისციპლინური მიდგომის ნაკლებობაა. თბილისში და განსაკუთრებით რეგიონებში აღინიშნება ფსიქიატრების და სხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სოციალური მუშაკი, ფსიქოთერაპევტი, კვალიფიციური ექთანი და სხვ.) უკმარისობა. ასე მაგალითად, **ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში** ღამის განმავლობაში მხოლოდ ერთი ექიმი მორიგეობს (პაციენტი >650); დღის განმავლობაშიც მონიტორებს ინფორმაციის გადამოწმების მიზნით გასაუბრება განყოფილებების უმრავლესობაში ერთი და იგივე ექიმთან უწევდათ.

სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სულ სამი ფსიქიატრი მუშაობს და შრომის დაბალი ანაზღაურების პირობებში მორიგეობა უკიდურესად ხშირად უწევთ, რაც მათ „პროფესიულ გადაწვას“ და მკურნალობის პროცესისადმი ნიჰილისტურ დამოკიდებულებას იწვევს. განყოფილებაში ერთი ექთანი მორიგეობს და ასეთი დატვირთვის პირობებში, მათ მიერ აშლილობის მართვა და დოკუმენტაციის სწორად წარმოება შეუძლებელი ხდება. როგორც სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს გენერალურმა დირექტორმა მონიტორინგის ჯგუფის წევრებთან საუბარში განაცხადა, არსებული ფინანსური ანაზღაურება და საცხოვრებელი პირობები სპეციალისტისთვის მიმზიდველი არ არის.

ფსიქიატრიული დაწესებულების პერსონალის სამუშაო გრაფიკთან და პირობებთან დაკავშირებით აღსანიშნავია „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის 27-ე მუხლის პირველი პუნქტი, რომლის თანახმადაც, ფსიქიატრიის დარგის მუშაკი სამუშაო გარემოს სპეციფიკის გათვალისწინებით

152 ნამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 42.

153 Miller G. Mental health in developing countries. The unseen: mental illness's global toll. *Science* 2006 January 27;311(5760):458-61.

154 Raine R, Wallace I, Nic a' Bháird C, Xanthopoulou P, Lanceley A, Clarke A, et al. Improving the effectiveness of multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a prospective observational study. *Health Serv Deliv Res* 2014;2(37).

სარგებლობს შემდეგი შედეგებით: ა) შემცირებული სამუშაო კვირა - 30 საათი; ბ) გაზრდილი შვებულება - 42 სამუშაო დღე. მონიტორინგის შედეგებმა ცხადყო, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებობს ამ მოთხოვნის დაცვის პრობლემა. დაწესებულებების პერსონალს მძიმე პირობებში უწევთ მუშაობა, რაც უარყოფითად აისახება ფსიქიატრიული დახმარების ხარისხზე, პაციენტთა მიმართ მოპყრობაზე, მეთვალყურეობაზე, პაციენტთა შორის ძალადობის და ინციდენტების პრევენციაზე და სხვ.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პრობლემას წარმოადგენს ასევე ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ოკუპაციური თერაპევტების არარსებობა და ის ფაქტი, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულებების მენეჯმენტს გააზრებული არ აქვს ამ სპეციალისტის ფუნქცია და მისი საქმიანობის მნიშვნელობა.

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ პერსონალის არასაკმარის რაოდენობასთან ერთად პრობლემას წარმოადგენს პერსონალის უწყვეტი პროფესიული სწავლების უზრუნველყოფა. არადაამაკმაყოფილებელია როგორც ჩატარებული ტრენინგების თემატიკის მოცულობა და მასში მონაწილეობა, ასევე ტრენინგების სიხშირე. პერსონალის უმრავლესობას წლების განმავლობაში არ ჩატარებია ტრენინგები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, ევროსაბჭოს დაფინანსებით ქვეყნის მასშტაბით ჩატარდება ტრენინგების 6 ციკლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებების ექიმების, ექთნებისა და სოციალური მუშაკებისათვის ადამიანის უფლებების, ეთიკისა და პაციენტის მოვლის საკითხებში. აღნიშნული ტრენინგების ციკლის ჩატარების ინიციატივა მისასალმებელია, თუმცა სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს მიაჩნია, რომ სიღმისეული სწავლება უნდა ჩატარდეს, სულ მცირე, შემდეგ საკითხებზე: აუტირებული პაციენტის მართვა,¹⁵⁵ ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, მულტიდისციპლინური მუშაობა, პაციენტთა შორის ძალადობისა და ინციდენტების პრევენცია, დეესკალაციის ტექნიკა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენცია და თანამედროვე ფსიქიატრია. ამასთან, რეგულარულად უნდა იყოს უზრუნველყოფილი ტრენინგები თანამედროვე ფსიქიატრიაში აქტუალურ სხვადასხვა საკითხებზე, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს პერსონალის მიერ ფსიქიატრიული დახმარების ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის მნიშვნელობის გააზრებას და პრაქტიკაში განხორციელებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავებას.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მნიშვნელოვანია შემუშავდეს კვალიფიციური პროფესიული კადრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის უზრუნველყოფის სტრატეგია. უზრუნველყოფილ უნდა იქნას ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს ადეკვატური ანაზღაურება და შეიქმნას სოციალური დაცვის დამატებითი გარანტიები.

155 ამ თემაზე ტრენინგი ჩატარდა 2011 წელს.

რეკომენდაციები

საქართველოს მთავრობას

- გადასინჯოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის დაფინანსების მეთოდოლოგია, რათა გამოიყოს საკმარისი ფინანსური რესურსი ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პერსონალის საკმარისი რაოდენობისა და პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს ადეკვატური ანაზღაურების უზრუნველსაყოფად

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- უზრუნველყოს კვალიფიციური პროფესიული კადრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის უზრუნველყოფის სტრატეგიის შემუშავება
- უზრუნველყოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის სოციალური დაცვის დამატებითი გარანტიების დანერგვა
- უზრუნველყოფილი იქნეს პერსონალის მინიმალური რაოდენობის განსაზღვრა პაციენტების გარკვეულ რაოდენობაზე
- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალს ჩაუტარდეს სწავლება, სულ მცირე, შემდეგ საკითხებზე: აუთიტირებული პაციენტის მართვა, ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, მულტიდისციპლინური მუშაობა, პაციენტთა შორის ძალადობისა და ინციდენტების პრევენცია, დეესკალაციის ტექნიკა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენცია და თანამედროვე ფსიქიატრია; ასევე რეგულარულად მოეწეოს ტრენინგები თანამედროვე ფსიქიატრიაში აქტუალურ სხვადასხვა საკითხებზე, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს პერსონალის მიერ ფსიქიატრიული დახმარების ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის მნიშვნელობის გააზრებას და პრაქტიკაში განხორციელებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავებას

ფსიქიატრიული დაწესებულებების დირექტორებს

- მიუხედავად არსებული მწირი ფინანსური რესურსისა, გადახედონ პერსონალის შრომის ანაზღაურების ოდენობას და მაქსიმალურად შეეცადონ ანაზღაურების ოდენობის გაზრდას
- უზრუნველყონ დაწესებულებები შესაბამისი კვალიფიციური კადრების სათანადო რაოდენობით

- მიიღონ ყველა საჭირო ზომა, რათა ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალს ჩაუტარდეს სწავლება, სულ მცირე, შემდეგ საკითხებზე: აჟიტირებული პაციენტის მართვა, ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდები, მულტიდისციპლინური მუშაობა, პაციენტთა შორის ძალადობისა და ინციდენტების პრევენცია, დეესკალაციის ტექნიკა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენცია და თანამედროვე ფსიქიატრია; ასევე რეგულარულად მოეწყოს ტრენინგები თანამედროვე ფსიქიატრიაში აქტუალურ სხვადასხვა საკითხებზე, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს პერსონალის მიერ ფსიქიატრიული დახმარების ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის მნიშვნელობის გააზრებას და პრაქტიკაში განხორციელებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავებას

წინადადება საქართველოს პარლამენტს

- უზრუნველყოს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის სოციალური დაცვის დამატებითი გარანტიების განსაზღვრა.

10. ბავშვთა ფსიქიატრიული განყოფილების საეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის მეთოდები

თბილისის N5 კლინიკური საავადმყოფოს ბავშვთა განყოფილება განკუთვნილია 10 პაციენტის მოსათავსებლად. მონიტორინგის დროს განყოფილებაში იმყოფებოდა 8 პაციენტი. ბავშვთა განყოფილებაში მოთავსებული იყვნენ 1-დან 16 წლამდე ასაკის ბავშვები. პაციენტები ძირითადად რეფერირებული არიან ბავშვთა სახლებიდან. უმეტესობა მცირე საოჯახო ტიპის ბავშვთა სახლის აღსაზრდელია. განყოფილებას ემსახურება 4 ექიმი (ბავშვთა ფსიქიატრი), ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, 4 მედდა და 4 ექთნის თანაშემწე.

მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა სტაციონარში ბავშვთა ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევები, რაც სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, უკავშირდება სოციალური მუშაკების მიერ მათზე დაკისრებული მოვალეობების არაჯეროვნად შესრულებას. დაწესებულების პერსონალის განმარტებით, ადგილი ჰქონდა დაწესებულებაში პაციენტის თვინავერით დაყოვნების შემთხვევასაც, რასაც ხსნიან იმ გარემოებით, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკები იშვიათად აკითხავენ ბენეფიციარებს და გაჰყავთ განყოფილებიდან.

უნდა აღინიშნოს, რომ საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდში ბავშვები სრულად არიან მონყვეტილი საგანმანათლებლო პროცესს. დაწესებულებას არ ჰყავს მონვეული სპეციალური მასწავლებლები.

რაც შეეხება მშობლებთან კომუნიკაციას, ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას, თუ როდის დარეკოს პაციენტმა მშობელთან. ბავშვებს არ ეძლევათ საშუალება მათი სურვილის შესაბამისი სიხშირით იქონიონ მათთან სატელეფონო კომუნიკაცია.

დაწესებულებაში არ მომდინარეობს მულტიდისციპლინური მუშაობა. არ არის უზრუნველყოფილი ბავშვებთან ინდივიდუალური განვითარების გეგმის ფარგლებში, ფსიქიკური აშლილობების ფარმაკოლოგიური მკურნალობის გარდა, ფსიქოლოგიურ და ქცევით პრობლემებზე მუშაობა. ამასთან, ცალკეული ბენეფიციარისთვის არ არსებობს ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა, რომლის შესრულებაზეც პასუხისმგებელი პირი დინამიკაში თვალს მიაღვენებს, რომ პაციენტმა მიიღოს მომსახურების სრული პაკეტი.

ერთ-ერთი პაციენტის (16 წლის გოგონა) დოკუმენტაციის შესწავლის და ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი გარემოებები. კერძოდ, მკურნალობასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების დროს არ მოხდა მისი აზრის გათვალისწინება, კერძოდ, მან უარი განაცხადა სტაციონირებაზე. ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელს აწერს სოციალური მუშაკი. პაციენტმა სტაციონირებიდან მე-3 დღეს მოახერხა კლინიკიდან გაპარვა. გაირკვა, რომ მას სურდა დასწრებოდა კრებას, სადაც განიხილებოდა მისი საცხოვრებელი ადგილის შეცვლის საკითხი და დასწრების უფლება არ მისცა სოციალურმა მუშაკმა. სამართალდამცავი ორგანოების მიერ განხორციელებული რეაგირების შედეგად პაციენტი დაბრუნებულ იქნა კლინიკაში და მოთავსდა მოზრდილთა განყოფილებაში.

პაციენტის განცხადებით, მოზრდილებთან თავს ვერ გრძნობს უსაფრთხოდ. ამასთან, პაციენტს შეზღუდული აქვს გარე სამყაროსთან კომუნიკაცია. დაწესებულებაში მიყვანისთანავე მას ჩამოართვეს მობილური ტელეფონი, რომელიც მონიტორინგის დროს ინახებოდა მიმღები განყოფილების სეიფში. როგორც დადგინდა, იგი ვერც დაწესებულების ტელეფონიდან ახერხებს სატელეფონო კომუნიკაციის დამყარებას. მონიტორინგის ჯგუფს დარჩა შთაბეჭდილება, რომ ზემოთ აღნიშნული ზომები შესაძლოა მის დასჯის მიზანს ემსახურებოდეს, რაც ცალსახად მიუღებელია.

არასრულწლოვანი პაციენტის მიმართ ამგვარი მიდგომა არღვევს ბავშვის უფლებების შესახებ კონვენციის მე-12 მუხლს, რომლის თანახმადაც მონაწილე სახელმწიფოები უზრუნველყოფენ საკუთარი შეხედულებების ჩამოყალიბების უნარის მქონე ბავშვის უფლებას, თავისუფლად გამოხატოს შეხედულებანი ბავშვთან დაკავშირებულ ყველა საკითხზე, ამასთან ბავშვის შეხედულებებს სათანადო ყურადღება ეთმობა ბავშვის ასაკისა და მონიფულობის შესაბამისად. ამ მიზნით ბავშვს, კერძოდ, ეძლევა შესაძლებლობა მოსმენილი იქნეს ბავშვთან დაკავშირებული ნებისმიერი, ან წარმომადგენლის ან შესაბამისი ორგანოს მემკვიდრებით იმ წესით, რომელიც გათვალისწინებულია ეროვნული კანონმდებლობის პროცესუალური ნორმებით. შესაბამისად, დაუშვებელია, ბავშვის აზრის უგულებელყოფა ისეთი საკითხების განხილვისა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, რომელიც გავლენას ახდენს მის ცხოვრებაზე. სასურველია, ამ უფლების გათვალისწინებით დაინერგოს ბავშვის ინფორმირებული თანხმობის მიღების პრაქტიკა, რამაც შესაძლოა, პაციენტის ცემის და აღიარების ასეთ პირობებში, თავიდან ააცილოს განყოფილებას ბავშვთა გაპარვის შემთხვევები (2015 წელს დაფიქსირდა გაპარვის 2 შემთხვევა).

განყოფილებას აქვს შესაბამისი პროცედურა შენობიდან ბავშვის დროებით გაყვანის შემთხვევაში. გამყვანი პირი დეპარტამენტის უფროსის სახელზე წერს განცხადებას, სადაც მითითებულია დრო, თუ რამდენი ხნით გაჰყავთ ბენეფიციარი შენობიდან და როდის დაბრუნდება. დეპარტამენტის უფროსის თანხმობის შემთხვევაში, სამედიცინო ბარათში კეთდება ჩანაწერი, თუ რა ვადით და ვის გაჰყავს არასრულწლოვანი კლინიკიდან. ასევე, პაციენტების დროებით გაყვანის ჟურნალში აღინიშნება გაყვანის თარიღი, მიზეზი და დაბრუნების დრო.

ბავშვთა განყოფილების თანამშრომლების განმარტებით, ბავშვების ფიზიკური შებოჭვის შემთხვევები არ ჰქონიათ. სუიციდის ფაქტს და თვითდაზიანების შემთხვევას 2015 წელს ადგილი არ ჰქონია. ექიმი სამედიცინო ბარათში ყოველდღე აკეთებს ჩანაწერს ბავშვის მდგომარეობის შესახებ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის აღიარებული მიდგომაა, რომ ბავშვებს ესაჭიროებათ სტაბილურობა და ზრუნვის უწყვეტობა. ფარმაკოთერაპიის გარდა, განყოფილება ვერ სთავაზობს პაციენტს სხვა ტიპის დახმარებას, მაშინ როდესაც ფსიქო-სოციალური ჩარევების, კორექციის და აბილიტაცია-რეაბილიტაციის არარსებობა ახანგრძლივებს და ართულებს გამოჯანმრთელების პროცესს და ზრდის დაწესებულებაში დიდი ხნით დაყოვნების საფრთხეს.

სარეაბილიტაციო ოთახი, რომელსაც „სათამაშო ოთახს“ უწოდებენ, ვერ აკ-

მაყოფილებს აბილიტაცია-კორექცია-რეაბილიტაციის მოთხოვნებს. ოთახში არ დგას მაგიდა, სკამები. არის პლასტმასის სასრილო და პატარა სახლი, გასაშლელი დივანი და მრგვალი პუფები, რაც მხოლოდ წინასასკოლო ასაკის ბავშვებისთვის არის გათვალისწინებული.

განყოფილებაში არ არის ბიბლიოთეკა, ან რაიმე სხვა მარტივი, განმავითარებელი, შრომითი და ფიზიკური აქტივობის განხორციელების პირობები. არ არის საგანმანათლებლო ვიდეოფილმების ჩვენებისთვის მოწყობილი ელემენტარული ინფრასტრუქტურა. არ არსებობს არანაირი საკორექციო პროგრამები და ბავშვთა და მოზარდთა მკურნალობა ატარებს მხოლოდ ფარმაკოთერაპიულ ხასიათს. მონიტორინგის ფარგლებში, ბავშვთა განყოფილების პენეფიციართა სამედიცინო დოკუმენტაციის დათვალიერების შედეგად დადგინდა, რომ არცერთ სამედიცინო ბარათში არ იდო ფსიქოლოგის კონსულტაციის ფურცელი.

დასკვნის სახით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ ბავშვთა განყოფილებაში მიმდინარე თერაპიული პროცესები არ შეესაბამება თანამედროვე სტანდარტებს და ჩარევის საერთაშორისო გაიდლაინებს,¹⁵⁶ დასახვეწია ინტერვენციის სტრატეგიები, ასამაღლებელია პერსონალის შესაბამისი კომპეტენცია და ა.შ. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი შეშფოთებულია არასრულწლოვანი პაციენტის მოზრდილთა სტაციონარში მოთავსების ფაქტით და მოიწოდებს დანესებულების პერსონალს მომავალში არ დაუშვან ასეთი პრაქტიკა.

რეკომენდაციები

N5 კლინიკური საავადმყოფოს დირექტორს

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა სტაციონარში მიღებისას და შემდგომ ფსიქიატრიული დახმარების ნებისმიერ ეტაპზე, ბავშვის ასაკისა და მონიფულობის გათვალისწინებით, ბავშვს მიეცეს შესაძლებლობა სხვადასხვა საკითხზე, მათ შორის სტაციონირებაზე და ფსიქიატრიული დახმარების საკითხებზე, თავისუფლად გამოხატოს საკუთარი შეხედულებები და პერსონალმა გულისყურით მოუსმინოს მას
- უზრუნველყოს სტაციონარში მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობის სტრატეგიების გაძლიერება, რათა პაციენტმა მიიღოს მომსახურების სათანადო, სრული პაკეტი
- უზრუნველყოს მკურნალობის პროცესის შეფასების პრაქტიკის დანერგვა, მაგალითად, ფსიქოლოგის მიერ, სულ მცირე, ორი კონსულტაციის ჩატარება; პირველი კონსულტაციის დროს შეფასდეს ბენეფიციარის ფსიქიკური ფუნქციების და ემოციურ-ნებითი სფეროს მდგომარეობა დანესებულებაში მიღებისას, ხოლო სტაციონარიდან

156 მაგალითად, იხ. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

განერის დროს ხელმეორედ ფსიქოლოგიური შეფასებით დადგინდეს ფარმაკოთერაპიული, ფსიქოლოგიური და სხვა ჩარევის შემდგომი დინამიკა, რითაც თვალსაჩინო იქნება მკურნალობის ეფექტურობა

- უზრუნველყოს თვალყურის დევნება და ბავშვის სტაციონარში იმაზე მეტ ხანს დაყოვნების აღკვეთა, რაც პაციენტის მკურნალობას ესაჭიროება, ამ მიზნის მისაღწევად გააძლიეროს კომუნიკაცია სოციალურ მუშაკთან, მეურვეებთან და სააღმზრდელო დაწესებულებებთან
- უზრუნველყოს ფსიქოლოგიური ჩარევების განხორციელება განვითარების ხელშესაწყობად; უნდა დაინერგოს ისეთი პროგრამები, რაც ასწავლის ბავშვს ბრაზის მართვის, ანთისოციალური ქცევითი გამოვლინებების კორექციის და სხვ. სტრატეგიებს, გააუმჯობესებს ბავშვის სოციალურ კომპეტენციას და ფუნქციონირებას, ასევე პოზიტიურად იმოქმედებს ბავშვის თვითშეფასების ამაღლებაზე
- უზრუნველყოს ინფრასტრუქტურის გამართვა თერაპიული გარემოს შექმნის მიზნით

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა მოზარდთა ფსიქიკური აშლილობების ეფექტური მართვის მიზნით, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში შეიქმნას მოზარდთა (16-18 წწ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მცირე განყოფილებები გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით
- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა სოციალურმა მუშაკებმა მეტი ყურადღება მიაქციონ არასრულწლოვან პაციენტებს და ხშირი კომუნიკაცია ჰქონდეთ მათთან, მათი საუკეთესო ინტერესების დაცვის უზრუნველსაყოფად.

11. გ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიული განყოფილების სკესიფიკა

სასამართლო ფსიქიატრიული სტაციონარული დახმარების განვეის დროს მნიშვნელოვანია როგორც ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობა და მართვა, ასევე პაციენტის მიერ დანაშაულის ჩადენის რისკის შეფასების პროცესი. ზოგადად, რისკის შეფასება ხდება საერთაშორისო და კვლევებით დადასტურებული ვალიდური ინსტრუმენტებით, მაგალითად, ძალადობის რისკი მსგავს დანესებულებებში ფასდება ისეთი აღიარებული ინსტრუმენტით, როგორიცაა HCR-20 - The Historical Clinical Risk Management-20, Version 3 (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013)¹⁵⁷.

2014 წლის 26 ივლისს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო ცვლილება¹⁵⁸ „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში, რომლის საფუძველზეც არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარებისგან გაიმთავრა იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა¹⁵⁹.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მოთავსებული არიან პაციენტები, რომელთა მიმართაც სასამართლო გადაწყვეტილებით გამოყენებულია იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა¹⁶⁰, ასევე პაციენტები, რომლებიც გადმოყვანილი არიან პენიტენციური დაწესებულებებიდან არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით.¹⁶¹

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22¹-ე მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის ჩატარების მიზნით პირი უნდა მოთავსდეს მხოლოდ იმ სტაციონარში, რომელშიც უზრუნველყოფილია სპეციალური დაცვა და დანერგილია რისკების შემცირების, რესოციალიზაციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც განისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.¹⁶² მონიტორინგის

157 The Historical Clinical Risk Management-20, Version 3. ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <http://hcr-20.com> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

158 საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე, 2014 წლის 26 ივლისი, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2434712> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

159 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ო“ პუნქტის თანახმად, „იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა“ განმარტებულია, როგორც სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების სპეციალური სახე, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის საკუთარი თავისთვის ან/და სხვა პირისთვის ზიანის, მუქარის ან/და ძალადობის შემცველი ქცევის რისკის შემცირების, რესოციალიზაციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა სისტემას.

160 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22¹-ე მუხლის საფუძველზე.

161 „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის საფუძველზე.

162 „იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობაზე მყოფი პაციენტის რისკების შეფასების სტანდარტისა და რისკების შემცირების, რესოციალიზაციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისკენ მიმართულ ღონისძიებათა ჩამონათვალის დამტკიცების შესახებ, რომელიც აუცილებელია ფსიქი-

შედეგები ცხადყოფს, რომ სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მძიმე პირობებია, არ არის უზრუნველყოფილი თერაპიული გარემო. პაციენტები დღის განმავლობაში ჩაკეტილი არიან საკნის ტიპის პალატებში, სადაც არ არის დაცული პრივატულობა, არის ცუდი სანიტარული პირობები და ვენტილაცია. პაციენტები სასეირნოდ გაჰყავთ გისოსებით შემოსაზღვრულ ეზოში, რომელიც გალიას ჰგავს.¹⁶³ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, განყოფილებაში არსებული პირობები და განუვლი დახმარება არ შეესაბამება პირის სტაციონარში მოთავსების მიზანს. განყოფილება პრაქტიკულად, მხოლოდ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების იზოლირების საშუალებას წარმოადგენს.

იძულებით მკურნალობის მიზნით მოთავსებულ პაციენტს, როგორც წესი, მოთავსების მეორე დღეს ნახულობს ფსიქოლოგი. ფსიქოლოგი ავსებს რისკების შეფასების კითხვარს, ადგენს ინდივიდუალური განვითარების გეგმას, რომელსაც ხელს აწერს ექიმი ფსიქიატრი, ფსიქოთერაპევტი, სოციალური მუშაკი და ფსიქოლოგი. გეგმა დგება 6 თვის ვადით, რის შემდგომ ხდება მისი გადახედვა. თუ პაციენტს იძულებითი მკურნალობა მიესაჯა 1 წელზე ნაკლები ვადით, მაშინ დგება 3 თვიანი გეგმა, თუმცა ეს გეგმები ფორმალურია. გამოკითხულმა არც ერთმა იძულებით მკურნალობაზე მყოფმა პაციენტმა არ იცოდა გეგმის არსებობის შესახებ, ან რომ ის ჩართული იყო რესოციალიზაციის პროცესში. რამდენიმე პაციენტმა გაიხსენა ფსიქოლოგთან გასაუბრების ფაქტი. მონიტორინგის ჯგუფს შეექმნა შთაბეჭდილება, რომ პაციენტებთან ფსიქო-სოციალური სარეაბილიტაციო მუშაობა პრაქტიკულად არ მიმდინარეობს, მწირია ფსიქოლოგის მუშაობა. დღეები სტრუქტურირებული არ არის რამე საზრისის მქონე აქტივობით და გადის ერთფეროვნად. ხშირია პაციენტთა შორის კონფლიქტები.

იძულებით და პენიტენციური დაწესებულებებიდან გადმოყვანილი, არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები მკურნალობას გადიან ერთნაირი, მკაცრი რეჟიმის პირობებში, არადიფერენცირებული მიდგომით. პაციენტებს ერთმანეთთან კონტაქტი შეზღუდული აქვთ. როგორც იძულებითი, ასევე არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების შემთხვევაში, ფსიქიატრიული დახმარება მოიცავს მხოლოდ ფარმაკოთერაპიას, პაციენტები არ არიან ჩართულები რეაბილიტაცია-რესოციალიზაციისკენ მიმართულ პროგრამებში, სპორტულ და სხვა ღონისძიებებში.

განყოფილებებში არ არის ინდივიდუალური მიდგომა პაციენტების მკურნალობისადმი. არ ხდება მათი ინდივიდუალური საჭიროებების გამოკვეთა და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე გუნდური, მულტიდისციპლინარული მუშაობა.¹⁶⁴ პაციენტები არ არიან ჩართულები მკურნალობის პროცესში, არ იციან მკურნალობის ვადები, „რას ელოდონ მომავალში“. პაციენტები არ არიან ინფორმირებული კანონმდებლობით დადგენილი გასაჩივრების პროცედურის შესახებ.

ატრიულ დაწესებულებაში იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის განსახორციელებლად“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 1 ოქტომბრის N01-70/6 ბრძანება, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2515573#DOCUMENT:1>; [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

163 დაწესებულებაში არსებული პირობების, მოპყრობის, სომატური დაავადებების მკურნალობის და სხვადასხვა კუთხით არსებული პრობლემები მიმოხილულია ზემოთ, შესაბამის თავებში.

164 მაგალითად, არ არის გათვალისწინებული გონებრივი შეზღუდვის მქონე პაციენტთა სპეციალური საჭიროებები.

უცხო ენოვანი პაციენტებისთვის მათთვის გასაგებ ენაზე ხელმისაწვდომი არ არის პაციენტის უფლებები.

პაციენტთა შორის აგრესიის მართვა ხდება დაშინებით და ინექციებით. რისკების შეფასების პროცედურა არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს, გაუგებარია, რა სანდოობის მტკიცებულებას იძლევა მოქმედი ინსტრუმენტი, ან როგორ ინტეგრირდება მოცემული რისკის ხარისხი მკურნალობის სქემაში, როდესაც ერთნაირი, ტრაფარეტული სქემით მიმდინარეობს მკურნალობა.

მონიტორინგის ჯგუფთან გასაუბრებისას, დაწესებულების პერსონალი აცხადებს, რომ მწვავე ფსიქიკური მდგომარეობის პაციენტებიც გრძელვადიანი პაციენტების მსგავსად მკურნალობას გადიან დღიური 15 ლარიანი დაფინანსების პირობებში, რაც აშკარად შეუსაბამოა მათ საჭიროებებთან და ზოგადად დაწესებულებას მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწევა. დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები ასევე პრობლემად ასახელებენ მოწვეული სპეციალისტის ჩართვას იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობისადმი დაქვემდებარებული პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მიზნით ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოქმედი სპეციალური კომისიის¹⁶⁵ საქმიანობაში. ადმინისტრაციის წარმომადგენლების განმარტებით, დაწესებულება ვერ იზიდავს კვალიფიციურ კადრებს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის და ფინანსური რესურსის სიმწირის გამო. ასეთ პირობებში შეუძლებელი ხდება პაციენტებისათვის სრული და ხარისხიანი მომსახურების მიწოდება.

რეკომენდაციები

საქართველოს მთავრობას

- გადასინჯოს იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობისა და „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლის საფუძველზე არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების შემთხვევების დაფინანსების მეთოდოლოგია, შეისწავლოს ამ შემთხვევების სათანადო მართვის კუთხით არსებული საჭიროებები და უზრუნველყოს ადეკვატური ფინანსური რესურსის გამოყოფა

¹⁶⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 1 ოქტომბრის N01-69/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობისადმი დაქვემდებარებული პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების მიზნით ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოქმედი სპეციალური კომისიის შემადგენლობისა და საქმიანობის წესის“ თანახმად, „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის 22¹ მუხლის შესაბამისად, იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის მიმწოდებელ დაწესებულებაში ამავე დაწესებულების ადმინისტრაციის ბრძანებით იქმნება ფსიქიატრიული დაწესებულების სპეციალური კომისია (შემდგომში - კომისია), დაწესებულების კლინიკური ხელმძღვანელის თავმჯდომარეობით, არანაკლებ 5 წევრის შემადგენლობით, რომელიც დაკომპლექტებულია მკურნალი ექიმ-ფსიქიატრით, დაწესებულების ექიმ-ფსიქიატრით, დაწესებულების ფსიქიატრიის დარგის მუშაკით და მოწვეული სპეციალისტით. საჭიროების შემთხვევაში, დაწესებულების ადმინისტრაციის გადაწყვეტილებით, შესაძლებელია კომისიის გაფართოება სხვა სპეციალისტების მოწვევით. აღნიშნული წესი ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2515601> [ბოლოს ნანახია 20.03.2016].

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს

- უზრუნველყოს რისკის შეფასების გამართული და საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაფუძნებული სისტემის (შესაბამისი ინსტრუმენტების) დანერგვა
- შეიმუშაოს და დაამტკიცოს რესოციალიზაცია-რეინტეგრაციის ხელშემწყობი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები
- საერთაშორისო საუკეთესო გამოცდილებაზე დაყრდნობით განიხილოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ფსიქიატრიული დახმარების დიფერენცირებული რეჟიმების დანერგვის მიზანშეწონილობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დირექტორს

- უზრუნველყოს სასამართლო ფსიქიატრიულ განყოფილებაში არსებული პირობები გაუმჯობესება, თერაპიული გარემოს შექმნა, სასაერთაშორისო ეზოს სათანადო მოწყობა, დღის განმავლობაში სუფთა ჰაერზე პაციენტთა მაქსიმალურად დიდი ხნით ყოფნის შესაძლებლობის შექმნა, პაციენტთა ჩართულობა მათთვის საინტერესო, ღირებულ აქტივობებში
- უზრუნველყოს პაციენტთა რესოციალიზაცია-რეინტეგრაციის ხელშემწყობი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები
- უზრუნველყოს ინდივიდუალური განვითარების გეგმის პაციენტის რეალურ საჭიროებებთან მორგება და ამ გეგმის პრაქტიკული განხორციელება
- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა, რათა პაციენტები რეალურად ჩართულები იყვნენ ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდების პროცესში, ჰქონდეთ საკმარისი ინფორმაცია მიმდინარე და დაგეგმილ ინტერვენციებზე, ასევე პაციენტის უფლებებზე, მათ შორის გასაჩივრების უფლებაზე
- უზრუნველყოს პერსონალის გუნდური, მულტიდისციპლინური მუშაობა.