

Human Rights in Prisons and Other Closed Institutions

ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში

Funded
by the European Union
and the Council of Europe



COUNCIL OF EUROPE



Implemented
by the Council of Europe

CONSEIL DE L'EUROPE

ფსიქიკური ჯანმრთელობა: რეგულირების რიგი საკითხების მიმოხილვა

კვლევის ავტორია ევროპის საბჭოს ადგილობრივი ექსპერტი, ლელა სერებრაკოვა. მასში ასახულია ასევე ევროპის საბჭოს საერთაშორისო ექსპერტის, რობ ჰოლანდერის რეკომენდაციები. დოკუმენტი მომზადებულია ევროპის საბჭოსა და ევროკავშირის ერთობლივი პროგრამის „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში. დოკუმენტში წარმოდგენილია ავტორების შეხედულებები და მოსაზრებები და მათზე პასუხს არ აგებს ევროკავშირი ან ევროპის საბჭო.

2016 წ.

სარჩევი:

წინაპირობები	3
შესავალი.....	5
მეთოდოლოგია	8
დოკუმენტის მიზნები და სტრუქტურა.....	8
საკითხი 1: სასჯელაღსრულების სისტემაში ფსიქიატრიული დაავადების მქონე პირთა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია/დაყოვნება და მკურნალობა.....	10
საკითხი 2: ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ბრალდებულებისა და მსჯავრდებული პირებისთვის.....	16
საკითხი 3: გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა, როდესაც პირი უარს ამბობს მკურნალობაზე	20
საფეხურეობრივი მოვლის მიდგომა.....	24
საკითხი 4: ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მკურნალობის დაფინანსების საკითხები -- დაფინანსების მოვალეობის გამოიწვევა სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის.....	25
საკითხი 5: არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მოვლის დაწესებულების პრივატიზაცია.....	29
საკითხი 6: ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირების სტანდარტები	30
საკითხი 7: კრიზისული ინტერვენციისა და ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მოდელები პატიმრებისთვის.....	34

წინაპირობები

ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის “ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის დაწესებულებებში” ფარგლებში 2015 წელს განხორციელდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მარეგულირებელი კანონმდებლობის მოცულობითი მიმოხილვა. გარდა ამისა, უკანასკნელი წლების განმავლობაში ჩატარებული არაერთი კვლევა, ასევე, მიმოხილავს ქართულ კანონმდებლობას და არსებობს რიგი რეკომენდაციები მისი გაუმჯობესების კუთხით.

დამატებით, 2014 წელს საქართველოს პარლამენტმა დაამტკიცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა. თავის მხრივ, ეს დოკუმენტი ეფუძნება 2013 წელს სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების კონცეფციას.

ამ დოკუმენტის მომზადების პროცესში, ჩვენ მიერ მოპოვებული ინფორმაციის მიხედვით, პარლამენტი გამოთქვამს მზაობას და სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან ერთად მიდის მუშაობა ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონებისა და სხვა მარეგულირებელი აქტების შეცვლის მიმართულებით. ყოველივე ამას, დადებითი გავლენა ექნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე საქართველოში.

თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ კანონი თუ მარეგულირებელი აქტი უნდა იწერებოდეს ჯეროვნად. არ აქვს მნიშვნელობა, რამდენად სრულყოფილი და გამართულია ესა თუ ის კანონი, თუ მას თან არ ახლავს დანერგვის ჯეროვანი პროცესი და მიუხედავად კანონის გამართულობისა, შედეგად მაინც არაჯეროვან მოპყრობას, მკურნალობისა და მოვლის დაბალ ხარისხს მივიღებთ.

აქედან გამომდინარე, ამ დოკუმენტის მიზანია, არსებულ ძირითად გამოწვევების -
- რეგულირების საკითხები თუ არსებული პრაქტიკა -- მიმოხილვა და რეკომენდაციების შემუშავება. ეს ანალიზი განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საქართველოს სასჯელაღსრულების სამინისტროს მოთხოვნის შესაბამისად. ანგარიშში ასევე ასახულია ევროსაბჭოს მიერ 2015 წლის დეკემბერში ორგანიზებული შეხვედრის შედეგებიც, რომელიც დაეთმო პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირთა მკურნალობისა და მოვლის პრობლემატიკას. მიუხედავად იმისა, რომ ანგარიშში ასახული საკითხები ეხება როგორც პენიტენციურ, ისე სამოქალაქო სისტემას, პრობლემატიკის ბუნებიდან გამომდინარე, ძირითადად მაინც პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებია ასახული.

ასევე აღსანიშნავია, რომ სასჯელაღსრულების სამინისტრო მიერ შემუშავებულია პენიტენციური სისტემის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის სამუშაო ვერსია. მიუხედავად იმისა, რომ დოკუმენტი ჯერ საბოლოო სახით ფორმულირებული და მიღებული არ არის, ჩვენ ასევე გავითვალისწინეთ ის ძირითადი მიმართულებები, რაც ამ სტრატეგიაში არის ასახული. ჩვენი მოლოდინია, რომ დოკუმენტის ძირითადი პრინციპები მნიშვნელოვნად არ

შეიცვლება და ის შექმნის ქვეყანის პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების განვითარების სამომავლო საფუძველს.

ამ ანგარიშში ასახულია არსებული საკანონმდებლო მიმოხილვებისა და ჩატარებული ექსპერტული შეხვედრების ფარგლებში განხილული საკითხები და შეფასებები. ანგარიში მიზნად არ ისახავს, ამ სფეროში არსებული ყველა პრობლემატური საკითხის მიმოხილვას, არამედ კონცეტირებულია იმ ძირითად პრობლემებზე, რაც რელევანტური სამინისტროების მიერ იყო დასმული ამ კონკრეტული ანალიზისთვის. ასევე, რიგი საკითხები, განსაკუთრებით კანონმდებლობის კუთხით, სრულყოფილადაა განხილული უკვე არსებულ კანონმდებლობის მიმოხილვებში და მათი გამეორება, არ არის ამ ანგარიშის მიზანი.

შესავალი

საქართველოში 83 ათასზე მეტ ინდივიდს აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები (საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემების მიხედვით, 2014 წელს პრევალენტობამ შეადგინა 2241.6, ხოლო ინციდენტობა იყო 104.5 100000 მოსახლეზე). ყველაზე მაღალი გავრცელებით ხასიათდება დაავადებათა ჯგუფი “შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობანი” (ICD 10: F20-F29) და ამ კლასში შემავალი დაავადებების ჯამური პრევალენტობა შეადგენს 636.7 100000 მოსახლეზე. შედერებით ნაკლები, მაგრამ ასევე მნიშვნელოვნად მაღალი გავრცელება აქვს “ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით” (ICD 10: F00-F09) კლასში შემავალ დაავადებებს და მათი ჯამური პრევალენტობა შეადგენს 301-ს 100000 მოსახლეზე. “ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგია საქართველოში” მიხედვით, ეს ციფრები სრულად არ ასახავს არსებულ რეალობას და რეალური ტვირთი ქვეყანაში, სულ მცირე, ორჯერ უფრო მაღალია.

ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებსა და აშშ-ში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევები აჩვენებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტვირთი მნიშვნელოვნად უფრო მაღალია თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პოპულაციისთვის, ვიდრე ზოგადი მოსახლეობის შემთხვევაში. ამ მოვლენის ერთ-ერთი განმარტებული ფაქტორი არის თვითონ თავისუფლების აღკვეთის გარემო, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. საქართველოში არსებული პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებები არ შეიძლება ჩაითვალოს განსაკუთრებით სასურველ გარემოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირებისთვის და შესაბამისად, ამ სისტემის ფარგლებში, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა სწორედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით დგას. აქვე აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში არსებულ პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში არათანაბარი და დაბალი ხელმისაწვდომობაა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებსა და სოციალური რეაბილიტაციის მომსახურებებზე და სხვა დაკავშირებულ მომსახურებებზე.

საქართველოში პენიტენციურ სისტემაში მყოფი პირების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტვირთის შესახებ სამოქალაქო სექტორთან შედარებითი მონაცემები სრულად და რუტინულად არ გროვდება. “ჯეოსტატის” მონაცემებზე დაყრდნობით, ჩვენი გამოთვლებით, პრევალენტობა მამაკაც მსჯავრდებულ და ბრალდებულ პირებს შორის შეადგენს 8 954-ს, ხოლო ქალებს შორის 34 594 (100000 მოსახლეზე) (შედარებისთვის, ეროვნული მაჩვენებელი ორივე სქესისთვის 2 241-ია).

ამ ანგარიშის მიზანი არ არის იმ ფაქტორების გაანალიზება/მიმოხილვა, რაც განაპირობებს პენიტენციურ და სამოქალაქო სისტემებს შორის ავადობის ასეთ განსხვავებას, რადგან ამ თემას არაერთი კვლევა ეძღვნება და ასახულია პოლიტიკისა და სტრატეგიულ დოკუმენტებში. მიუხედავად ამისა, გვინდა რომ ხაზი გავუსვათ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გავრცელება პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში შეეხება მთლიანად ამ სისტემაში მყოფ მოსახლეობას -- როგორც ბრალდებულებსა და

მსჯავრდებულებს, ისე იქ დასაქმებულ პირებს და ეს ყოველივე, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ავადობის ტვირთზე ზოგადად ქვეყნის მოსახლეობაში.

ამ ანგარიშის ფარგლებში მოცული საკითხების უმრავლესობა უკაშირდება ბრალდებული და მსჯავრდებული პირებისთვის ფსიქიკური დახმარების სისტემის გაუმჯობესებას. პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მოხვედრა, თავის მხრივ, შესაძლოა წარმოადგენდეს მნიშვნელოვან შესაძლებლობას, გაუმჯობესდეს მოხვედრილ პირთა ჯანმრთელობა. როგორც წესი, ეს პოპულაცია ხასიათდება სომატური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მაღალი ტვირთით და სამოქალაქო სექტორში სამედიცინო მომსახურების ნაკლები ხელმისაწვდომობით. მიუხედავად ნეგატიური ასპექტებისა, თავისუფლების აღკვეთა შესაძლოა იყოს უნიკალური შესაძლებლობა ამ პირთა ინფექციური დაავადებების გამოვლენისა და მკურნალობისთვის, ისევე როგორც რიგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენისა და მკურნალობისთვის.

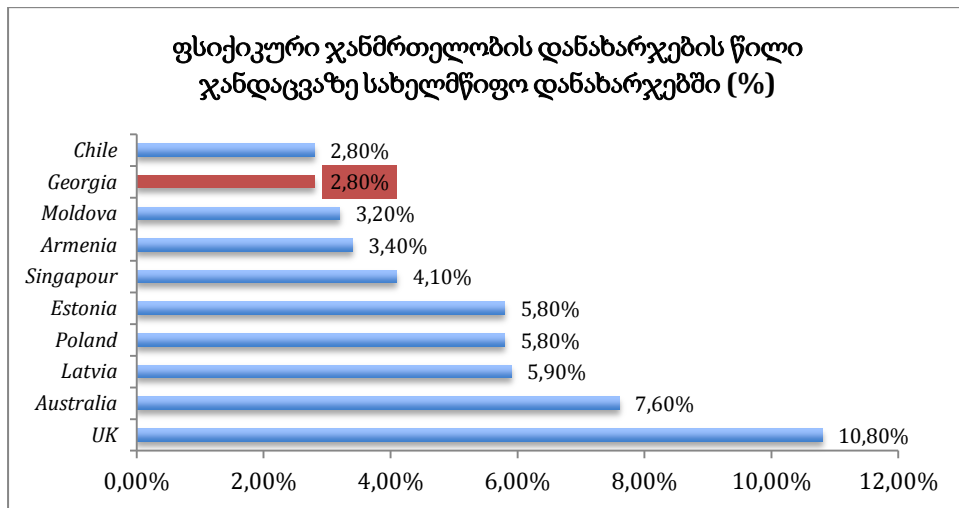
თუმცა არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ საჭიროა ინტერსექტორალური მიდგომა. პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარება არ არის მხოლოდ სასჯელაღსრულების სისტემის საკითხი და ამ პროცესში სახელმწიფოს ყველა შტო უნდა იყოს ჩართული და სხვადასხვა სააგენტოების მუშაობა, რესურსების ხარჯვა კოორდინირებულად უნდა ხორციელდებოდეს.

დამატებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება არ არის მხოლოდ მკურნალობისა და კრიზისის მართვის პროცესი. აუცილებელია, კარგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებები და ტრავმატული სიტუაციების პრევენცია.

ზოგადად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების დაფინანსება დაბალია. ჯანდაცვის დანახარჯების ეროვნული ანგარიშების მიხედვით, 2013 წელს ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების მხოლოდ 0.53% იყო მიმართული ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ¹, რაც ძირითადად ასახავს სტაციონარულ მკურნალობაზე გაწეულ დანახარჯებს. სხვა ქვეყნებთან შედარებით, დანახარჯების ეს დონე საკმაოდ დაბალია. ასევე, აღსანიშნავია, რომ ექსპერტული შეფასებებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობაზე გაწეული ხარჯების 40% ე.წ. ჯიბიდან გადახდებზე მოდის, რაც მნიშვნელოვანი ტვირთია პაციენტებისა და მათი ოჯახებისთვის და წარმოადგენს ბარიერს მოვლასა და მკურნალობაზე (განვითარებულ ქვეყნებში ჯიბიდან გადახდების წილი 17%-ია).

ჯამურად, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების 2.8% არის გამოყოფილი ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. რაც ასევე საკმაოდ დაბალი.

¹ ეს ციფრი არ ასახავს მთლიან დანახარჯს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და მოიცავს ხმოდ სტაციონარულ დახმარებაზე გამოყოფილ დანახარჯებს, თუმცა, ნებისმიერ შემთხვევაში, დანახარჯები დაბალია.



წყარო: “საერთაშორისო ფონდი კურაციო”, 2014

ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი რესურსების გაზრდა საქართველოს პარლამენტის მიერ დამტკიცებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანაა. აღსანიშნავია, რომ უკანასკნელი წლების განმავლობაში მართლაც იზრდება ეს მაჩვენებელი და 2016 წლის გეგმის მიხედვით, სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი რესურსების ოდენობა თითქმის გაორმაგებულია.

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს ხედვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის განვითარებისთვის არის დაბალანესებული მოვლის მოდელის ჩამოყალიბება, სადაც მნიშვნელოვან როლს სათემო მომსახურებები თამაშობს.

პენიტენციური სისტემისთვის, ამ სტრატეგიის ფარგლებში განსაზღვრულია (მიზანი 4):

- პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება და საჭიროებების განსაზღვრა (ლონისძიება 4.1.1.), ვადა 2015.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტეგრირებული პროგრამის შემუშავება (ლონისძიება 4.1.2.), ვადა 2015
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტეგრირებული პროგრამის დანერგვა (ლონისძიება 4.1.3), ვადა 2016

პენიტენციურ სისტემაში ასევე უნდა ხორციელდებოდეს ძალადობისა და სუიციდის პრევენციის პროგრამები (რაც უკვე დაწყებულია) და სტიგმის შემცირებაზე ორიენტირებული ღონისძიებები; ასევე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ღონისძიებები.

აღსანიშნავია, რომ არსებობს მოსაზრება და შესაბამისი მტკიცებულებებიც, რომ დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესს ხშირად თან ახლავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების “კრიმინალიზაცია”. ამ ფენომენს “რე-ინსტიტუციონალიზაციის” სახელით მოიხსენიებენ. ეს პროცესი აღწერს დეინსტიტუციონალიზებული პირების სამოქალაქო სექტორიდან პენიტენციურ სისტემაში შედინებას.

როგორც ცნობილია, დეინსტიტუციონალიზაცია გულისხმობს მომსახურებების “გადატანას” თემის ფარგლებში და შედეგად მცირდება ინსტიტუციებში მყოფი პირების რაოდენობა. როგორც წესი, ეს აისახება ქვეყანაში ფსიქიატრიული საწოლების შემცირებაში. მიუხედავად უამრავი პოზიტიური ასპექტისა, რაც თან ახლავს დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესს, მსგავსი რეფორმების დროს, ამბულატორიული და სათემო სერვისები ხშირად არ არის საკმარისად განვითარებული, რომ სრულად უზრუნველყოს პაციენტების ადეკვატური მოვლა. ამის შედეგად, პირთა გარკვეული რაოდენობა, რომელიც სხვა შემთხვევაში, სტაციონარში იქნებოდა, ხვდება სასჯელაღსრულების სისტემაში. კვლევების საფუძველზე, ამ ფენომენის ერთ-ერთი მიზეზი შესაძლოა იყოს ასევე საზოგადოების დამოკიდებულება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირების მიმართ, და არა მხოლოდ მკურნალობის სტრატეგია და ხელმისაწვდომობა. რაც არ უნდა იყოს მიზეზი, ეს პროცესი დოკუმენტირებულია ევროპის ქვეყნებში როგორც დეინსტიტუციონალიზაციაზე ორიენტირებული რეფორმების თანმხლები ფენომენი და გასათვალისწინებელია საქართველოსთვისაც, რომელიც ამ რეფორმების განხორციელების საწყის ეტაპზე იმყოფება.

მეთოდოლოგია

ეს დოკუმენტი ძირითადად მომზადებულია დაინტერესებულ მხარეებთან ინტერვიუებისა და არსებული მასალების მიმოხილვის საფუძველზე. დოკუმენტში ასახულია საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული საკითხების მხოლოდ მცირედი ნაწილი და თითოეული საკითხი კონკრეტული და სპეციფიურია. შესაბამისად, ცალკეულ საკითხს ეძღვნება ცალკე თავი.

დოკუმენტის შემუშავების პროცესში შემდეგი მეთოდები იქნა გამოყენებული:

1. საკანონმდებლო/მარეგულირებელი დოკუმენტების მიმოხილვა: მოკლე და საკითხთან უშუალოდ დაკავშირებული მარეგულირებელი დოკუმენტების მიმოხილვა, რაც ძირითადად მოიცავს პატიმრობის კოდექსსა და ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ საქართველოს კანონს.
2. საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვას
3. დაინტერესებულ მხარეებთან/ექსპერტებთან შეხვედრებსა და ინტერვიუებს
4. საერთაშორისო ექსპერტის მიერ დოკუმენტის საბოლოო შეფასებას.

დოკუმენტის მიზნები და სტრუქტურა

დოკუმენტის ძირითადი მიზანია, გადაჭრის გზების შესახებ რეკომენდაციების შემუშავება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ზოგიერთი რეგულატორული საკითხის ირგვლივ.

ამ მიზნით, თითოეული საკითხის ირგვლივ მოცემულია:

- პრობლემის იდენტიფიკაცია;

- შესაძლო “საუკეთესო პრაქტიკის” მაგალითების მიმოხილვა;
- საკითხის მოგვარების შესაძლო ვერსიების ფორმულირება მოკლე-ვადიან პერსპექტივაში.

საკითხი 1: სასჯელაღსრულების სისტემაში ფსიქიატრიული დაავადების მქონე პირთა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია/დაყოვნება და მკურნალობა

საკითხის მიმოხილვა

არანებაყოფლობითი მკურნალობისა (და მასთან დაკავშირებული პროცედურების) საკითხი ერთ-ერთი ყველაზე პრობლემატურია, განსაკუთრებით სასჯელაღსრულების სისტემაში. თუმცა ეს საკითხი მრავალმხრივია და ჩვენ შევეცადეთ, გამოგვეყო კონკრეტული ქვე-საკითხები.

განსხვავება არანებაყოფლობით მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაცია/დაყოვნებას შორის

ქართული კანონმდებლობაში ნათლად ასახული არ არის განსხვავება იძულების ორ ძირითად სახეს შორის -- მკურნალობასა და ჰოსპიტალიზაციას შორის. კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ მოიცავს როგორც ჰოსპიტალიზაციას, ასევე მკურნალობას. თუმცა პრაქტიკაში ამ ორი პროცესის განსხვავება ყოველთვის შესაძლებელი არ არის. დამატებით, პრობლემატურია იძულებითი მედიკამენტოზური მკურნალობის საკითხიც. აქვე აღსანიშნავია, რომ, სულ მცირე, 2 სახის იძულებითი მედიკამენტოზური მკურნალობის რეგულირება არის საჭირო: (1) სწრაფი მოქმედების მედიკამენტები, რომლებიც გამოიყენება კრიზისის მოსახსნელად, და (2) ხანგრძლივადიანი მკურნალობისთვის განსაზღვრული მედიკამენტები.

ზოგადად, იძულების გადაწყვეტილება 2 სამართლებრივ თეორიას ეყრდნობა: *Parens patriae* და პოლიციური ძალაუფლების თეორიებს. პირველის შემთხვევაში, საზოგადოება თვლის, რომ მას აქვს ვალდებულება, რომ იზრუნოს (მათ შორის, უმკურნალოს) ინდივიდებს, რომლებმაც არ იციან (არ შეუძლიათ გადაწყვეტილების მიღება) თუ რა არის მათთვის კარგი. მეორე შემთხვევაში, სტრუქტურული ძალაუფლების მქონე აგენტებს, აქვთ ვალდებულება, დაიცვან საზოგადოება იმ პოტენციური ზიანისგან, რაც შეიძლება მას მიაყენოს რომელიმე კონკრეტულმა ინდივიდმა. თუ შევხედავთ ფსიქიატრიული პაციენტების იძულებითი მკურნალობის კრიტერიუმებს, ნათელი ხდება, რომ ძირითადი მიზანი საზოგადოების დაცვის კონცეფციას ეფუძნება და არა, პირის მაგივრად, მისთვის "უმჯობესი" გადაწყვეტილებების მიღებას. შესაბამისად, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ძირითადი მოტივი, პირის უსაფრთხოდ იზოლაცია (დაყოვნება/ჰოსპიტალიზაცია) და არა იმდენად, მკურნალობა.

საქართველოს მსგავსი დებატები გასულ წელს ასევე ჰქონდა MDR ტუბერკულოზთან მიმართებაში, როგორც სოციალურად საშიში ინფექციის. რადგან ქვეყანა არის მაღალი MDR ტუბერკულოზის ტვირთის მქონე, განხილული იყო გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის საკითხი. ხანგრძლივი დებატების შემდგომ, ქვეყნის კანონმდებლობაში აისახა არა "იძულებითი მკურნალობა", არამედ "სავალდებულო მკურნალობა", რომლის არმესრულების შემთხვევაშიც, პაციენტი ექვემდებარება "იძულებით იზოლაციას"

(და არა მედიკამენტოზურ მკურნალობას). აღსანიშნავია, რომ იძულებასთან დაკავშირებული ყველა ხარჯი სრულად უნდა აიღოს თავზე სახელმწიფომ.

ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონი საჭიროებს ნათელ დეფინიციას და პროცედურების განსაზღვრას ამ ორ მიდგომას შორის.

თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ იმ შემთხვევაშიც კი, როცა კანონმდებლობაში ნათლად აისახება მიდგომა იძულებით დაყოვნებასა და მკურნალობას შორის, მაინც დადგება საჭიროება, რომ ქვეყანამ განსაზღვროს ნათელი კრიტერიუმები, როდის უნდა მოხდეს მხოლოდ დაყოვნება და როდის მკურნალობა. აქვე აღსანიშნავია, რომ ამ პროცესში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს პაციენტისთვის ადვილად ხელმისაწვდომი მექანიზმები ამ გადაწყვეტილების გასაჩივრების კუთხით. ეს შესაძლებელია, რომ სხვადასხვა ფორმით განხორციელდეს, როგორცაა ომბუდსმენის ინსტიტუტის მეშვეობით, ან ნდობით აღჭურვილი პირის მეშვეობით, რომელიც უფლებამოსილია გაასაჩივროს იძულებითი დაყოვნების ან მკურნალობის გადაწყვეტილება. როგორც “საუკეთესო პრაქტიკის” მაგალითი, ამ პროცესში სამი “კონტროლის” მექანიზმი უნდა არსებობდეს:

- სახელმწიფო (სამედიცინო რეგულირება, აუდიტი);
- პროფესიული ასოციაცია (ფსიქიატრთა ასოციაცია); და
- ინტერესთა ჯგუფი/წარმომადგენელი (პაციენტთა ჯგუფი).

გარდა ამისა, ქართულ კანონმდებლობაში იძულებითი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, ნათლად არ არის ფორმულირებული იძულებითი დახმარების ეტაპები, თუმცა პრაქტიკაში, პროცესი სტრუქტურირებულია. მაგალითისთვის, აშშ-ს გამოცდილებით, იძულებითი მკურნალობა შემდეგ ეტაპებს მოიცავს: (1) გადაუდებელი დაყოვნება -- ამ შემთხვევაში მიზანია დაუყოვნებელი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა და მკურნალობის მიზანია გადაუდებელი მდგომარეობის/კრიზისული დახმარების აღმოჩენა. ამ ეტაპზე, პაციენტი გადის ფსიქიატრიულ შეფასებას და მას შეიძლება ასე ჩაუტარდეს დროებითი მკურნალობა, თუ პირი საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს; (2) ობზერვაციული დაყოვნება, რაც პრაქტიკაში დანერგილია ზოგიერთ შტატში და გულისხმობს, წინასწარ განსაზღვრული კრიტერიუმების შემთხვევაში, პირის ჰოსპიტალიზაციას მასზე დაკვირვების და დიაგნოზის დასმის მიზნით. ამ ეტაპზე შეიძლება განხორციელდეს ძალიან შეზღუდული სამკურნალო ღონისძიებები.

შემდგომი ეტაპი (3), რომელიც უკვე იძულებით/სავალდებულო მკურნალობას მოიცავს, სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველზე ხორციელდება და მოიცავს უკვე ხანგრძლივადიან ფსიქიატრიულ მკურნალობას. სხვადასხვა შტატში განსხვავებული კრიტერიუმები გამოიყენება, თუმცა განსხვავება არ არის რადიკალური და როგორც წესი, ამ კრიტერიუმებში ასახულია ისეთი ასპექტები, როგორცაა საკუთარი თავისთვის ან სხვა პირისთვის ზიანის მიყენების საფრთხე/სამიშროება, გადაწყვეტილების მიღების უუნარობა და უარი მკურნალობაზე.

როგორც წესი, გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის/დაყოვნების ინიციატორი ცალკეული პირია, მაგალითად, ოჯახის წევრი და ამ პროცესში ჩართულია პოლიცია. სიტუაცია იდენტურია საქართველოშიც. თუმცა

გასათვალისწინებელია, რომ თავისუფლების აღკვეთის პირობებში, ინიციატორი, უმეტეს შემთხვევაში, იქ მომუშავე არასამედიცინო პერსონალია. ობზერვაციული და მკურნალობის მიზნით დაყოვნების ინიციატორი აუცილებლად შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო პერსონალია და როგორც წესი, საჭიროა სასამართლოს გადაწყვეტილება. რიგ შემთხვევაში, პერსონლი, რომელიც ინიცირებას უკეთებს ამ პროცესს, უნდა ფლობდეს შესაბამის სერტიფიკატს (რაც საქართველოში არ არის მოთხოვნილი).

საქართველოს შემთხვევაში, ობზერვაციული დაყოვნების ინიციატორი ექიმ-ფსიქიატრთა გუნდია და გახანგრძლივებული დაყოვნებისთვის, აუცილებელია სასამართლოს გადაწყვეტილება. თუმცა დროითი ლიმიტები საკმოდ შეზღუდულია და მედიკამენტების მიცემის შესახებ რეგულაციები -- ბუნდოვანი. პერსონალის სერტიფიკაციის პროცესი არ არის, თუმცა ქვეყანაში ხორციელდება იმ დაწესებულების ლიცენზირება, რომელიც უზრუნველყოფს არანებაყოფლობით მკურნალობისთვის სამედიცინო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებას (განხილულია ქვემოთ).

მკურნალობის/დახმარების ვარიანტების სიმცირე

დღეს-დღეობით საქართველოში არსებობს მხოლოდ არანებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარება. შესაბამისად, პრაქტიკულად შეუძლებელია იძულებითი მკურნალობის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში არსებობდეს საერთოდ რაიმე არჩევანი. შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღებისას არ არის გათვალისწინებული, რომ პაციენტისთვის იძულების ყველაზე მსუბუქი ფორმა უნდა იყოს შეთავაზებული, რადგან ასეთი ვარიანტები საერთოდ არ არსებობს.

რიგ ქვეყნებში უკვე დანერგილია არანებაყოფლობითი სათემო მკურნალობა (CCT) მნიშვნელოვანი წარმატებებით. კოხრანის მიმოხილვაში ² შედარებულია სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილება CCT-სთან მიმართებაში მწვავე ფსიქიატრიული დაავადების მქონე პაციენტების გამოსავლების კუთხით. მიმოხილვის საფუძველზე კლინიკური გამოსავლებზე გავლენას იძულების ფაქტორი არ ახდენს, ამასთან მცირდება კრიმინალური ქმედების ჩადენის მაჩვენებელი -- “ჩატარებული კვლევების სისტემური მიმოხილვის საფუძველზე, ნათელი რომ CCT-ის გამოსავლები მომსახურების მიღების, სოციალური ფუნქციონირების, ფსიქიკური სტატუსისა და სიცოცხლის ხარისხის მიხედვით, არ განსხვავდება ნებაყოფლობითი მკურნალობის გამოსავლებისგან. პირები, რომლებიც ღებულობენ CCT მომსახურებებს, ნაკლებად ხდებიან ძალადობრივი და არაძალადობრივი დანაშაულის მსხვერპლი”.

CCT უკვე მრავალ ქვეყანაში ხორციელდება, მაგალითად, ავტრალიაში, ისრაელში, ახალ ზერლანდიაში და დიდ ბრიტანეთში, ასევე აშშ-ში. არსებობს არგუმენტები, რომ თემზე დაფუძნებული იძულებითი მკურნალობის მოდელი შესაძლოა განხილულ იყოს, როგორც შემთხვევის ინტენსიური მართვისა და ასერტიული სათემო სერვისების ალტერნატივა.

² Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD004408. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub4.

როგორც წესი, CCT-ის შესახებ გადაწყვეტილებას ღებულობს სასამართლო და სასამართლოს გადაწყვეტილება უფლებას აძლევს ექიმს, რომ მოითხოვოს/განახორციელოს პაციენტის იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია, თუ ის მკურნალობის ამბულატორიულ რეჟიმს არ დაიცავს. მკურნალობის ამ მოდელის გამოყენება არათანაბარია, და სავარაუდოდ დამოკიდებულია არა პაციენტების კლინიკურ საჭიროებებზე, არამედ მიდგომებსა და სერვისების მოწყობის ტიპზე (მაგ., აშშ-ის შემთხვევაში, რიგ შტატებში ძალიან ფართოდ გამოიყენება, რიგ შემთხვევებში კი -- პრაქტიკულად არ გამოიყენება). CCT-ის გამოყენების ეფექტურობა დოკუმენტირებულია ფსიქოზების და შიზოფრენიის დროს. აშშ-ში არ არის ნებადართული იძულებითი მედიკამენტოზური მკურნალობა, ავსტრალიაში ნებადართულია.

როგორც წესი, CCT-სთვის “კარგ კანდიდატად” ითვლება პაციენტები, რომლებსაც წარსულში კარგი გამოსავლები ჰქონდათ მედიკამენტოზური მკურნალობის ხელმისაწვდომ რეჟიმებზე, მაგრამ ამა თუ იმ მიზეზის გამო არ იღებენ მედიკამენტებს იძულების გარეშე. ეს მოდელი, ასევე პოზიტიურად აისახება პაციენტების გამოსავლებზე, რადგან ხდება მათი ცხოვრების სტრუქტურისა და დახმარების აღმოჩენა ჰოსპიტლის გარეთ დამოუკიდებლად ფუნქციონირებისთვის.

საქართველოს ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, ქვეყანაში უნდა გაძლიერდეს სათემო მომსახურებები (თუმცა არსებული სიტუაცია, რელურად ასეთი სერვისებისა და მიდგომების დანერგას უფრო გულისხმობს). შესაბამისად, ქვეყანას შეუძლია პოტენციურად განიხილოს CCT მოდელიც, რომელიც ნაკლებად შემზღუდველია, ვიდრე სტაციონარული მკურნალობა.

შესაძლებელია, ასეთი მიდგომის განხილვა პენიტენციურ სისტემაშიც, რადგან პოტენციურად ეს შეამცირებს ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობას.

მსგავსი მიდგომა, რიგ ქვეყნებში ასევე გამოიყენება წამალდამოკიდებულების მკურნალობის პროგრამების ფარგლებში, ან ერთობლივი წამალდამოკიდებულების და ფსიქიკური დახმარების პროგრამების ფარგლებში. რამოდენიმე ქვეყნის მაგალითზე, მკურნალობის ამ მოდელის ეფექტურობა დადასტურებული პრობაციონერების და პატიმრების შემთხვევაშიც.

ბუნებრივია, CCT არ უნდა იყოს განხილული როგორც იძულების “ახალი” ფორმა, არამედ, როგორც სტაციონარული მკურნალობისა ალტერნატივა. ეს შესაბამისად უნდა იყოს ასახული მარეგულირებელ ბაზაში, რომ CCT არის “ნაკლებ შემზღუდველი” ალტერნატივა. მნიშვნელოვანია, რომ ქვეყანამ ასევე ჩამოაყალიბოს ნათელი მიდგომა იძულებითი მედიკამენტოზური მკურნალობის შესახებ და მთელი ამ პროცესის განმავლობაში, მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული პაციენტის უფლებები და შესაძლებლობის ფარგლებში, მოძიებული უნდა იყოს პაციენტის თანხმობა მკურნალობის კურსზე.

ასევე აღსანიშნავია, რომ ჯანმოს მონაცემებით, ბევრ ქვეყანაში, სათემო სერვისებზე გადასვლისა და სტაციონარული მომსახურებების შემცირებაზე ორიენტირებული რეფორმების პარალელურად, არ მოხდა სათემო სერვისების ადეკვატური განვითარება. ეს წარმოქმნის გარკვეულ ვაკუუმს და ნეგატიურად აისახება

პაციენტების მდგომარეობაზე. სათემო სერვისების განვითარების ნაკლოვანებები, გამოწვევას წარმოადგენს საქართველოსთვისაც.

რეკომენდაციები:

- შემუშავდეს ცალ-ცალკე კრიტერიუმები არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის/დაყოვნებისთვის და არანებაყოფლობითი მკურნალობისთვის
 - საკითხი სასჯელადსრულების სისტემის ფარგლებში უნდა იყოს ცალკე განხილული. გათვალისწინებული უნდა იყოს ის ფაქტიც, რომ მსგავსი საჭიროების შემთხვევაში, უმეტესად პაციენტები დროებითად მაინც, განთავსდებიან სპეციალურ ოთახში (“დე-ესკალაციის ოთახი”) და გათვალისწინებული უნდა იყოს მსგავსი სახის იზოლაციის შესაძლებლობა და აუცილებლობის პირობები.
- სასურველია, რომ სხვადასხვა კანონებსა და მარეგულირებ აქტებში მოხდეს ტერმინოლოგიის ჰარმონიზაცია და ნათელი ტაქსონომიის განსაზღვრა. ეს, სულ მცირე, უნდა მოიცავდეს, შემდეგ ტერმინებს (და ბუნებრივია, შესაბამის პროცესებს):
 - გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაცია/დაყოვნება
 - ობერვაციული ინსტიტუციონალიზაცია
 - გახანგრძლივებული დაყოვნება/მკურნალობა
 - გადაუდებელი ფარმაცოლოგიური დახმარება
 - არანებაყოფლობითი/იძულებითი მედიკამენტოზური მკურნალობა
 - იძულებითი მკურნალობა
- შემუშავდეს იმ აქტიური ნივთიერებების ჩამონათვალი, რომელთა გამოყენებაც შესაძლებელია კრიზისულ მდგომარეობაში პაციენტების არანებაყოფლობითი/იძულებითი მედიკამენტოზური მკურნალობისთვის (სწრაფი მოქმედების მედიკამენტები);
- იმის გათვალისწინებით, რომ იძულებითი მკურნალობის შესახებ კლინიკურ გადაწყვეტილებას იღებენ ექიმები (და არა დაწესებულება), სასურველია, რომ ქვეყანაში არსებობდეს პროფესიული მოთხოვნები სამედიცინო პერსონალის მიმართ. დღეს ეს მოთხოვნები არსებობს დაწესებულებასთან მიმართებაში და არა სამედიცინო კადრთან მიმართებაში. სასურველია, რომ ამას ჰქონდეს გარკვეული სერტიფიცირების ფორმა.
- უნდა არსებობდეს ქმედითი მოდელები, რომლებიც შესაძლებლობას მისცემს პაციენტს, გაასაჩივროს იძულების ნებისმიერი გადაწყვეტილება.
- საქართველოს შეუძლია განიხილოს ქვეყანაში არანებაყოფლობითი ამბულატორიული მკურნალობის მოდელის დანერგვა, როგორც ნაკლებ შემზღუდველი, ვიდრე სტაციონარული მკურნალობა.

•

ჩანართი 1: იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის/დაყოვნების საფუძვლები

ქვეყნებში სხვადასხვა რეგულაციები არსებობს იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია/დაყოვნების შესახებ, თუმცა რიგი კრიტერიუმები ყველგან გვხვდება და ესენია:

- ფსიქიატრიული დიაგნოზის არსებობა
- საშიში/საფრთხის შემცველი ქცევა საკუთარი თავი და/ან სხვების მიმართ
- მნიშვნელოვანი უნარშეზღუდულობა
- მკურნალობის საჭიროება.

შედარებით იშვიათად არის გამოყენებული ისეთი კრიტერიუმები, როგორიცაა:

- ფსიქიატრიული მკურნალობის ეფექტურობისა და ზოგადად, ეფექტური მკურნალობის არსებობა
- ნებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციაზე უარი
- ფსიქიატრიულ მკურნალობის ან ჰოსპიტალიზაციის შესახებ ინფორმირებული თანხმობის განცხადების უნარის შეზღუდულობა
- შესაძლო ქონებრივი ზიანის მიყენების საფრთხე
- თუ არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია არის მკურნალობის შესაძლო ვარიანტებს შორის ყველაზე ნაკლებ შემზღუდველი ალტერნატივა.

არ არსებობს ცალსახა კონსენსუსი, გონებრივი ჩამორჩენა და განვითარების სხვა დარღვევები უნდა იყოს თუ არა იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის საფუძველი. რიგ ქვეყნებში ეს დაშვებულია, რიგ ქვეყნებში - არა.

ასევე, როგორც წესი, იძულებითი მკურნალობა არ შეეხებათ ალკოჰოლისა და წამლადმოკიდებულების დიაგნოზებს (თუმცა ეს არ არის ყოველთვის ასე) და სოციოპათიას. იძულებითი მკურნალობა არ შეეხება ეპილეფსიას.

როგორც წესი, კანონმდებლობა არ არეგულირებს კონკრეტული დიაგნოზების ჩამონათვალს და ეს სამედიცინო პერსონალის გადაწყვეტილების საკითხია, აკმაყოფილებს თუ არა პაციენტის დიაგნოზი კანონით განსაზღვრულ მოთხოვნებს. ასევე, კლინიკური პრაქტიკით უნდა რეგულირდებოდეს მიდგომა თანმხლებ დაავადებებთან მიმართებაში.

საკითხი 2: ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ბრალდებულებისა და მსჯავრდებული პირებისთვის

ფსიქიატრიული ექსპერტიზა საქართველოში არის არანებაყოფლობითი მკურნალობის პროცესთან დაკავშირებული პრობლემების ერთ-ერთი შემადგენელი კომპონენტი, განსაკუთრებით იმ პირებთან მიმართებაში, რომლებიც პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში იმყოფებიან. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, სასამართლო გადაწყვეტილება აუცილებელია იძულებითი მკურნალობის დაწყებისთვის. იმის მიხედვით პირი იმყოფება სამოქალაქო სექტორში, თუ სასჯელაღსრულების სისტემაში იძულებითი მკურნალობის დაწყების პროცესი პრაქტიკულად განსახვავებულად მიმდინარეობს.

ექსპერტთა დისკუსიების საფუძველზე, ეს პროცედურა განსაკუთრებულ პრობლემას არ ქმნის სამოქალაქო სექტორისთვის. არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, როდესაც პაციენტის ტრანსპორტირებას სამედიცინო დაწესებულებაში, როგორც წესი, იძულებით პოლიცია ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა ახორციელებს, პაციენტი ყოველგვარ მოკლე ვადით ობზერვაციისთვის. ამ პროცესში, შესაძლებელია მდგომარეობა დასტაბილურდეს და პაციენტი ან გაეწეროს, ან გააგრძელოს მკურნალობა ნებაყოფლობით. ასეთ შემთხვევაში, ამ პროცესის "არანებაყოფლობითი" კომპონენტის ადმინისტრირებისთვის სასამართლოსთვის მიმართვა არ ხორციელდება. ეს საკამოდ გავრცელებული პრაქტიკაა ბევრ ქვეყანაში, როცა მსგავსი სახის გადაუდებელ დახმარებაზე სასამართლოსთვის მიმართვა რეტროსპექტულად არ ხორციელდება (პროსპექტულად ეს შეუძლებელია). თუმცა ამ პროცესისი გამართულ ფუნქციონირებას, როგორც წესი, რაიმე სახის სერტიფიცირების პროცესი ან აუდიტი არეგულირებს.

თუ მოკლევადიანი დაყოვნების შემდეგ, პაციენტი კვლავ აკმაყოფილებს არანებაყოფლობითი მკურნალობის კრიტერიუმებს, ფსიქიატრთა კომისია (რომელიც 2 ფსიქიატრისგან შედგება), ღებულობს გადაწყვეტილებას მკურნალობის გაგრძელების აუცილებლობის შესახებ და ეს განაცხადი წარედგინება სასამართლოს. სამართლოს დადებითი გადაწყვეტილების შემთხვევაში, მკურნალობა იწყება.

პრაქტიკაში, ამ პროცესში პრობლემატური არანებაყოფლობითი მკურნალობის კრიტერიუმებია, რომელიც კანონით არის განსაზღვრული. მსგავსად საქართველოსა, საერთაშორისო გამოცდილებით კანონმდებლობით განსაზღვრული კრიტერიუმები შესაძლოა იყოს ძალიან ზოგადი, თუმცა აქვე პრაქტიკულად არსებობს ცალკე ინსტრუმენტები, დეტალური ინსტრუქციებით, რომლებიც ამ პროცესში გამოიყენება -- ანუ, პაციენტის შეფასების პროტოკოლი.

განსხვავებით სამოქალაქო სექტორისა, პენიტენციურ სისტემაში ეს პროცესი დროში გაწელილია. სასამართლოსთვის მიმართვამდე აუცილებელი ეტაპია სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დასკვნის მოპოვება და განსაზღვრული არ არის, როგორ უნდა მოიქცეს ციხის ადმინისტრაცია/სამედიცინო პერსონალი, ისეთი შემთხვევებში, როდესაც პირი ექსპერტიზის გავლაზე ამბობს

უარს. განსხვავებით სამოქალაქო სექტორისგან, პენიტენციურ სისტემაში ექსპერტიზისთვის პირი გადაყვანილ უნდა იქნას სპეციალიზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ეს პაციენტის თანხმობის საკითხს მწვავედ აყენებს.

დამატებით, განსაკუთრებით გართულებულია სიტუაცია ბრალდებულ პირებთან მიმართებაში, რადგან პატიმრობის კოდექსი, რომელიც განსაზღვრავს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის პროცესს, ეხება მხოლოდ მსჯავრდებულ პირებს (მუხლი 122)

ამ მუხლის თანახმად:

“მუხლი 122. მსჯავრდებულისთვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა

1. თუ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფ მსჯავრდებულს, რომლის მიმართაც დასრულებულია სამართალწარმოება, აღენიშნება ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები და სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისია მიზანშეწონილად მიიჩნევს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევას, ადმინისტრაცია სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის დასკვნის საფუძველზე მიმართავს უფლებამოსილ საექსპერტო დაწესებულებას სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარების მოთხოვნით.

2. თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია უფლებამოსილი საექსპერტო დაწესებულების დასკვნის საფუძველზე, თუ დადასტურდება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის აუცილებლობა, 48 საათში მიმართოს სასამართლოს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის შესახებ.

3. სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის უფლებამოსილება და საქმიანობის წესი განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით.”

ქვემოთ განვიხილავთ ფსიქიატრიული ექსპერტიზის განხორციელების პროცესს ბრალდებული და მსჯავრდებული პირების მიმართ ცალ-ცალკე.

მსჯავრდებული პირები:

მსჯავრდებული პირებისთვის, გარდა სამინისტროს ფსიქიატრიული კომისიის გადაწყვეტილებისა, კანონი მოითხოვს შეფასებას კვალიფიციური სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის მიერ. სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის დადებითი დასკვნის შემთხვევაში, საკითხი განსახილველად წარედგინება სასამართლოს. ერთი შეხედვით, ერთადერთი განსხვავება სამოქალაქო სექტორისგან არის დამატებითი სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, თუმცა, რეალურად, პროცესი საკმაოდ ხანგრძლივია. ჩვენი ინტერვიუების საფუძველზე, შეიძლება ითქვას, რომ პროცესი რამოდენიმე კვირაც შეიძლება გაგრძელდეს.

ამ პერიოდის განმავლობაში, პაციენტი იზოლირებულია და რადგან იგი უარს ამბობს მკურნალობაზე, არ მოხდება რაიმე სახის სამკურნალო ღონისძიებების

ადმინისტრირება. ეს კი გაახანგრძლივებს პაციენტის მიერ განცდილ ტკივილს, რაც სამედიცინო თვალსაზრისით შეიძლება ჩაითვალოს გაუმართლებელად.

ამ პროცესის დროში გახანგრძლივებას ხელს უწყობს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა პაციენტის სასამართლო ექსპერტიზის დაწესებულებაში (თბილისში) გადაყვანისთვის ტრანსპორტირების ორგანიზებისთვის საჭირო დრო, მათ შორის უსაფრთხოების საჭირო ზომების მიღება, და მეორეს მხრივ, რადგან საექსპერტო დაწესებულება მხოლოდ სტაციონარულ შეფასებას ახორციელებს, ამ დაწესებულებაში არსებული საწოლფონდი, ასევე შეიძლება გახდეს შემზღუდველი ფაქტორი.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა საქართველოში არის ლიცენზირებადი სამედიცინო საქმიანობა. სალიცენზიო მოთხოვნები განსაზღვრულია საქართველოს მთავრობის 2010 წ. 17 დეკემბრის N385-ე დადგენილებით “სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე”. კერძოდ, მოთხოვნები შემდეგია:

- (1) ინფრასტრუქტურა და საშუალებები პირადი ჰიგიენის დაცვის, შენობის დასუფთავებისა და დეზინფექციისათვის (წყალმომარაგება, საპირფარეშოები, ჰიგიენისა და სადეზინფექციო საშუალებები)
- (2) სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაციის, შეგროვების, შენახვის, გატანის, უტილიზაციის ან/და განადგურების კანონმდებლობით დადგენილი წესით უზრუნველყოფა
- (3) აწარმოოს სამედიცინო და სტატისტიკური დოკუმენტაცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით
- (4) სათანადო სერტიფიკატის/კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალი კანონმდებლობით დადგენილი მოთხოვნების შესაბამისად
- (5) უსაფრთხოების დაცვის პირობები
- (6) იზოლირებული შესასვლელი
პაციენტის დროებითი დაყოვნების ოთახი იზოლირებული სანიტარიული კვანძით.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ამ საქმიანობის ლიცენზიას მხოლოდ 2 ორგანიზაცია ფლობს. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინფორმაციით, ესენია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი თბილისში და ქუტირში არსებული ფსიქიატრიული სტაციონარი. ამასთან ლ. სამხარეულის სახელობის ეროვნული ექსპერტიზის ბიუროს, კანონის თანახმად, ასევე აქვს უფლება განახორციელოს ეს მომსახურება. ჩვენი ინტერვიუების მიხედვით, ზემოხსენებულ 2 ფსიქიატრიულ დაწესებულებას, სასამართლო ექსპერტიზისთვის, როგორც წესი, არ მიმართავენ (მიუხედავად იმისა, რომ ეს სრულ თანხვედრაშია ქართულ კანონმდებლობასთან).

სასჯელაღსრულების სისტემაში მიღებული პრაქტიკაა, რომ პაციენტების გადაყვანა ხორციელდება ლ. სამხარეულის სახელობის ეროვნული საექსპერტო ბიუროში.

სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საქმიანობის ლიცენზიის მიღება შეუძლია უშუალოდ სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებულ სამედიცინო ერთეულებს (ამბულატორიულ მომსახურებაზე), და სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებზე. ეს მნიშვნელოვნად გაზრდიდა ამ მომსახურების გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას და შეამცირებდა პაციენტებისთვის მოლოდინის დროს, ისევე როგორც ტრანსპორტირების დანახარჯებს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში პარალელურად მიმდინარეობს დისკუსია საკანონმდებლო ცვლილებებზე, რის შემდეგაც სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარება გარე დაწესებულებაში შესაძლოა აღარ იყოს აუცილებელი იძულებითი მკურნალობის შესახებ სასამართლოში მიმართვისთვის.

ბრალდებული პირები:

ბრალდებულ პირებთან არსებული სიტუაცია კიდევ უფრო რთულია. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ბრალდებული პირი, რომელსაც ფსიქიატრიული დახმარება ესაჭიროებოდა, დაწესებულებაში წლობის განმავლობაში რჩებოდა, ყოველგვარი სამედიცინო დახმარების გარეშე, რადგან კანონით არანებაყოფლობითი მკურნალობის შეფარდების პროცესი ბრალდებულ პირებთან მიმართებაში განსაზღვრული არ არის. დღეს ბრალდებული პირის მაქსიმალური დაყოვნების ვადა 9 თვეს არ უნდა აღემატებოდეს, შესაბამისად, ასეთი შემთხვევები აღარ ხდება, თუმცა 9 თვის განმავლობაში აუცილებელია რომ პირს ხელი მიუწვდებოდეს მომსახურებაზე, ხოლო არანებაყოფლობითი მკურნალობის შემთხვევაში, სიტუაცია კვლავ ბადებს რიგ შეკითხვებს.

ბრალდებული პირების არანებაყოფლობითი მკურნალობა არ რეგულირდება პატიმრობის კოდექსით. შეიძლება ჩავთვალოთ, რომ ამ შემთხვევაში, გარე ექსპერტიზის აუცილებლობაც შესაბამისად არ დგას. ეს კი, თავის მხრივ, გულისხმობს, რომ სასამართლოს უნდა მიმართოს პირის ნათესავმა ან კანონიერმა წარმომადგენელმა, ან პოლიციამ. შესაბამისად, სასჯელაღსრულების სისტემაში უნდა განისაზღვროს პროცედურა, თუ როგორ მოხდება ბრალდებული პირის ფსიქიატრიული კომისიის შეფასების შემდეგ, პირის ოჯახის წევრთან ან კანონიერ წარმომადგენელთან დაკავშირება, რათა მათ მიმართონ სასამართლოს იძულებითი მკურნალობის დაწყების მოთხოვნით.

გარდა ამისა, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა ფასიანი მომსახურებაა და ამ ხარჯების ანაზღაურების ვალდებულება თავად ბრალდებულს (ან მის ოჯახს) ეკისრება, რაც ასევე პრობლემატურია.

რომ შევაჯამოთ:

- მოცემული მომენტისთვის საქართველოში არის 3 დაწესებულება, რომელიც უფლებამოსილია, განახორციელოს სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა. თუ სასჯელაღსრულების სისტემიდან მიმართვიანობა ერთი დაწესებულების ნაცვლად სამ დაწესებულებაზე გადანაწილდება, ეს მომსახურებას უფრო ხელმისაწვდომს გახდის.

- შესაძლებელია, რომ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ლიცენზია მიიღონ სხვა დაწესებულებებმაც. განსაკუთრებით ეს მნიშვნელოვანი იქნება აჭარის რეგიონსა და იმერეთში, ტრანსპორტირების და დაყოვნების ვადებიდან გამომდინარე. ხოლო თუ სერვისი ადგილზე იქნება ხელმისაწვდომი, ეს დრო მნიშვნელოვნად შემცირდება.
- საქართველოს კანონმდებლობიდან გამომდინარე, სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის განხორციელების ლიცენზიის მიღება სასჯელაღსრულების სისტემაში შემავალ დაწესებულებებსაც შეუძლიათ, რაც კიდევ უფრო შეამცირებს ხარჯებს და მოცდის პერიოდს, თუმცა, შესაძლოა ეს ინტერესთა კონფლიქტად განვიხილოთ.
- ბრალდებულ პირებთან მიმართებაში, არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესი უნდა განხორციელდეს სამოქალაქო სექტორის იდენტურად, რადგან ეს პირები მოცული არ არიან პატიმრობის კოდექსით განსაზღვრული პირობებით.

ჩვენი ინფორმაციით, ქვეყანაში მიმდინარეობს ამ კუთხით საკანონმდებლო ცვლილებების განხილვის პროცესი. მნიშვნელოვანია, რომ შეტანილი ცვლილები მიმართული იყოს პროცესის ვადების შემცირებაზე საპატიმრო დაწესებულებებში მყოფი პირებისთვის.

საკითხი 3: გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა, როდესაც პირი უარს ამბობს მკურნალობაზე

თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობს რეგულაცია, რომელიც უფლებას აძლევს ფსიქიატრებს, ან სხვა უფლებამოსილ პერსონალს, რომ გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარება (მაგ., დამამშვიდებელი პრეპარატების ინექცია) აღმოუჩინონ პაციენტს, თუ მისი სიცოცხლე დაუყოვნებელი საფრთხის ქვეშ არის (მაგ., თვითდაზიანების რისკი) იმისდა მიუხედავად, არის თუ არა პაციენტის მხრიდან თანხმობა მიღებული. საქართველოში ასევე გამოიყენება ინექციები გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენის მიზნით. თუმცა ეს პრობლემა სასჯელაღსრულების სისტემაში, სადაც ინექცია, რომელსაც შეუძლია შვება მოუტანოს პაციენტს, როგორც წესი, თანხმობის გარეშე, არ ხორციელდება.

ამ საკითხთან რამოდენიმე პრობლემური/ბუნდოვანი თემა არის დაკავშირებული:

- მწვავე/გადაუდებელი შემთხვევების განსაზღვრა;
- მომსახურების/ინტერვენციების ფორმების განსაზღვრა, რომელთა გამოყენებაც დაშვებულია სამედიცინო პერსონალის მიერ, რათა დაუყოვნებლივ შემცირდეს პაციენტის მიერ განცდილი ტკივილი;
- აუდიტის სისტემა, რომელიც რეგულარულად გაუწევს მონიტორინგს გადაუდებელი დახმარების მიზნით გაწეულ ინტერვენციებს, განსაკუთრებით, თუ ეს პაციენტის თანხმობის გარეშე მოხდა.

და რაც ძალიან მნიშვნელოვანია (და ასევე ცდება მხოლოდ სასჯელაღსრულების სისტემის ფარგლებს):

- უნდა დაფუძნდეს “საფეხურივით მოვლაზე ორიენტირებული” (step care approach) მიდგომა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში (უფრო დეტალურად განხილულია ქვემოთ).

დღეს-დღეობით, მწვავე ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა მხოლოდ ცენტრალურ რეფერალურ საავადმყოფოში ხორციელდება, სადაც არსებული საწოლფონდი ლიმიტირებულია, ხოლო ზოგიერთი ციხიდან პაციენტის ტრანსპორტირების ხანგრძლივობა -- დიდი. ამას ისიც ერთვის, რომ ზოგადად სასჯელაღსრულების სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებები შეზღუდულად არის ხელმისაწვდომი. #18-ე დაწესებულებაში 5 ფსიქიატრი მუშაობს (და მხოლოდ ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტების უწევს მომსახურებას); იმერეთში დაწესებულება N2-ში მხოლოდ 1 ფსიქიატრია, ასევე N8 დაწესებულებაში, გლდანში. სისტემაში ასევე მუშაობს 7 ექიმ-ფსიქიატრ კონსულტანტი და 2 ფსიქიატრი დამატებით “გლობალური ინიციატივის ფსიქიატრიაში” მიერ განხორციელებული პროექტის ფარგლებში.

რომ შევაჯამოთ:

- პენიტენციურ სისტემაში ამბულატორიული მოვლა ძირითადად ხორციელდება სრულ განაკვეთზე მომუშავე 3 ფსიქიატრისა და 7 კონსულტანტის მიერ. ინფრასტრუქტურა მოიცავს დეესკალაციის ოთახებს 24-საათიანი ვიდეო მონიტორინგით, რომლებიც ყველა დაწესებულებაში არ არის (თუმცა, გათვალისწინებულია სამომავლო რეაბილიტაციის პროექტებში)
- ნებაყოფლობით სტაციონარულ მკურნალობას ახორციელებს მხოლოდ ერთი დაწესებულება 5 ექიმ-ფსიქიატრით. ამ განყოფილების სამიზნე ძირითადად მწვავე შემთხვევებია.

არანებაყოფლობითი მომსახურება ხორციელდება სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში, რომელიც წლიურად საშუალო 150 პაციენტს მაინც ემსახურება სასჯელაღსრულების სისტემიდან.

ამჟამად, არ არსებობს რაიმე სახის გამოცდილება, რომ სასჯელაღსრულების სისტემიდან პაციენტი მიმართული ყოფილიყო სამოქალაქო სექტორში არსებული ამბულატორიული ან სტაციონარული მომსახურებისთვის, არამწვავე, ნებაყოფლობითი მკურნალობისთვის.

ზოგადად უნდა ითქვას, რომ ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობით (ფსიქიატრიული დახმარების მიღმა), მწვავე/გადაუდებელ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი მკურნალობისთვის გადაყვანილი უნდა იქნას უახლოეს შესაბამისი პროფილის დაწესებულებაში (მოთხოვნა განსაზღვრულია ჯანმრთელობის შესახებ კანონსა, და სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის სტანდარტში). შესაბამისად, სასურველია, რომ მწვავე ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელი მხოლოდ ერთი დაწესებულება არ იყოს და სულ მცირე, არსებობდეს ამ მომსახურების მიმწოდებელი დასავლეთ საქართველოშიც. ეს მნიშვნელოვნად შეამცირებს პაციენტების გადაყვანის დროსა და ხარჯებს.

მალიან მნიშვნელოვანია, რომ ქართულ კანონმდებლობაში ნათლად იყოს განსაზღვრული მწვავე/გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარება და არსებობდეს მის ირგვლივ რეგულაციები. გადაუდებელი დახმარების მედიკამენტების ადმინისტრირება ინექციის გზით არანებაყოფლობითად არ არის შესაძლებელი ციხეებში, თუმცა ეს შესაძლოა აუცილებელი იყოს პირის მწვავე/კრიზისული მდგომარეობის შემსუბუქებისთვის. მაგალითად, ასეთი სახის დახმარების საჭიროება შეიძლება დადგეს მანიაკალურ დელირიუმში მყოფი პაციენტის შემთხვევაში, რომელიც უკვე არის იმობილიზებული, თუმცა აგრძელებს თავის რტყმას საწოლზე. სასურველია, რომ ქვეყანაში (ან სასჯელაღსრულების სისტემაში) არსებობდეს იმ აქტიური სუბსტანციების ჩამონათვალი, რომელთა გამოყენებაც შესაძლებელია ასეთ სიტუაციებში. ამ ჩამონათვალიში მოცემული უნდა იყოს პირდაპირი მოქმედების პრეპარატები (მაგ., ნეიროლეპტიკური საშუალებები და ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის პრეპარატები, ნაცვლად ანტიდეპრესანტებისა). გადაუდებელი მედიკამენტოზური დახმარების კლინიკური საჭიროება ხშირად უნდა შეფასდეს -- რამოდენიმე საათში ერთხელ, ან უკიდურეს შემთხვევაში 24 საათში ერთხელ და ზოგადად ეს პროცესი რამოდენიმე დღეზე მეტ ხანს არ უნდა გაგრძელდეს. მნიშვნელოვანია, რომ ასეთი ტიპის დახმარება, მისი “სიმწვავის” და “გადაუდებლობიდან” გამომდინარე დამოკიდებული არ უნდა იყოს სასამართლოს გადაწყვეტილებაზე. ეს არ ნიშნავს, რომ მედიკამენტების არანებაყოფლობითი ადმინისტრირება, თუნდაც გადაუდებელ შემთხვევებში სრულიად რეგულაციის მიღმა უნდა იყოს. რადგან არსებობს ამ მეთოდის ბოროტად გამოყენების რისკი, მსგავსი სახის მეთოდების გამოყენება მკაცრად უნდა იყოს აღრიცხული და ექვემდებარებოდეს მონიტორინგს. სასურველია, ხორციელდებოდეს პერიოდული გარე აუდიტიც, მათ შორის, კომიტეტის მიერ, სადაც არასამთავრობო/უფლებადამცველი პირებიც იქნებიან წარმოდგენილი. განსაკუთრებული ყურადღება ამ საკითხის მიმართ არის საჭირო არასრულწლოვანი პაციენტების შემთხვევაში. ასევე, საუსურველია/უნდა ხორციელდებოდეს, ამ გადაწყვეტილების დადასტურება ციხი დირექტორის მიერ, რომელიც უნდა ადასტურებდეს, რომ მედიკამენტების გამოყენების დროს/დრომდე პაციენტის განმრთელობას მართალა “გადაუდებელი საფრთხე” ემუქრებოდა.

აღსანიშნავია, რომ სტანდარტული გარემო საპატიმრო დაწესებულებაში შესაძლოა, გარკვეულ წილად, პოზიტიურად აისახოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებზე. დღის განაწესი, საკვები, ტანისამოსი, ჰიგიენის დაცვის პირობები, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები -- ამ ყველაფერზე შესაძლოა ფსიქიკური დარღვევის მქონე პირს ხელი არ მიუწვდებოდეს სამოქალაქო სექტორში და ამ ყველაფერმა პოზიტიურად იმოქმედოს მის ჯანმრთელობაზე (რა თქმა უნდა, თუ ეს ყველაფერი მართალა არის ხელმისაწვდომი). ეს კი ნიშნავს, რომ არ არის აუცილებელი ყველა პირს, რომელსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს, სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში ან სტაციონარში გადაყვანა.

პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში უნდა არსებობდეს მოვლის სხვადასხვა დონე.

მაგალითად, ჰოლანდიაში პირველადი, საბაზისო მომსახურებების მიწოდება საპატიმრო დაწესებულებაშივე ხდება. შემდეგი დონე არის საპატიმრო დაწესებულებაში არსებული სპეციალიზირებული განყოფილება, სადაც შედარებით უფრო მოწყვლადი პირები ხვდებიან. და ბოლოს, მომსახურების მესამე დონე არის სპეციალიზირებული, ფსიქიატრიული პროფილის სტაციონარი, რომელიც ჰოლანდიის სასჯელაღსრულების სისტემაში არის 4 (გამლილია ჯამში 600 საწოლზე). აქ ხვდებიან პირები, რომელთა მართვაც ვერ ხორციელდება საპატიმრო დაწესებულებაში. ეს ჰოსპიტლები ასევე ღებულობენ ყველა მწვავე შემთხვევასაც. ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებაზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესი რამოდენიმე ეტაპიანია და ადგილობრივად საჭიროების დაყენების შემდეგ, გადაწყვეტილებას ღებულობენ როგორც ცენტრალურ დონეზე, ასევე მიღებაზე თანხმობა უნდა განაცხადოს ციხის ფსიქიატრიულმა ჰოსპიტალმაც. გადაუდებელი/მწვავე შემთხვევების დროს, წინასწარი შეთანხმება საჭირო არ არის. რაც შეეხება პაციენტის სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში მკურნალობას, ამ შემთხვევაში გადაწყვეტილების პროცესში ჩართულია პროკურორიც და ციხის ხელმძღვანელობაც. გადაწყვეტილების დროს ითვალისწინებენ პირის მიერ ჩადენილი დანაშაულის სიმძიმეს, მის მოტივაციასა და რისკის პროფილს. მაღალი რისკის პირების გადაყვანა სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არ ხორციელდება.

რეკომენდაციები:

- გადაიხედოს არანებაყოფლობითი მკურნალობის არსებული კრიტერიუმები და შემუშავდეს დეტალური გაიდლაინი (პროტოკოლი ან სხვა სახის დოკუმენტი), რომელიც განსაზღვრავს შეფასების პროცესს როგორც სამოქალაქო, ისე სასჯელაღსრულების სისტემის ფარგლებში; გასათვალისწინებელია, რომ ქვეყანაში არ არსებობს სისტემა/გაიდლაინი, რომლის მიხედვითაც მოხდება პაციენტის შეფასება და განსაზღვრა, თუ რომელ დონეზე ესაჭიროება მკურნალობა (ფორმალურად, საქართველოში დონეებიც არ არის ნათლად გამოყოფილი). სასურველია, ეს პროცესი დაიწყოს და შემუშავდეს მსგავსი რეკომენდაციები (იხ. ქვემოთ ეტაპობრივი/საფეხურებრივი მოდელი).
- განხილულ უნდა იქნას შესაძლებლობა, რომ სამედიცინო ერთეულებმა სასჯელაღსრულების სისტემაში მიიღონ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის განხორციელების უფლება და, ასევე, მოხდეს სამოქალაქო სექტორის დაწესებულებების სტიმულირება, რომ მიიღონ შესაბამისი ლიცენზია და ეს მომსახურება შესთავაზონ სასჯელაღსრულების სისტემაში მყოფ პაციენტებს, განსაკუთრებით ისეთ რეგიონებში, რომლებიც დაშორებულია თბილისს. ეს შემადგირებს მოლოდინის პერიოდს, ისევე როგორც დანახარჯებს
- იმის გათვალისწინებით, რომ ქვეყანაში აქტიურად მიმდინარეობს მსჯელობა კანონმდებლობის შეცვლის კუთხით, მნიშვნელოვანია რომ ამ პროცესში მოხდეს არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ვადების დაახლოება სამოქალაქო სექტორში არსებულ სიტუაციასთან (ეს საჭიროებს ოპერაციულ გადაწყვეტილებებს, და ისეთი მარეგულირებელი ბარიერების მოხსნას, რაც ხელოვნურად ახანგრძლივებს პროცესს). მაგალითად, ამ პროცესში შესაძლოა მოიხსნას

სასამართლო ექსპერტიზის აუცილებლობის საკითხი და ექსპერტული შეფასება განხორციელდეს ერთობლივი კომისიის მიერ.

- ნათლად უნდა იყოს ფორმულირებული რეგულაციები მსჯავრდებულ პირთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზისა და არანებაყოფლობითი მკურნალობის ირგვლივ.
- ჩამოყალიბდეს მწვავე ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები და გაუმჯობესდეს ამ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა.
- შეიქმნას/განისაზღვროს გაიდლაინი რა სახის გადაუდებელი მკურნალობა შეიძლება გაეწიოს პაციენტს კრიზისში, როცა შეუძლებელია, ან ვერ ხდება ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება, რათა შემსუბუქდეს მისი მდგომარეობა. ეს უნდა მოიცავდეს გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმების განსაზღვრას, გადაუდებელი მედიკამენტოზური დახმარებისთვის გამოყენებული მედიკამენტების სიის ფორმულირებას, მათი გამოყენების აღრიცხვისა და მონიტორინგის/აუდიტის პროცესების შემუშავებას.

საფეხურეობრივი მოვლის მიდგომა

საფეხურეობრივი მოვლა პაციენტისთვის (და მისი ოჯახისთვის) უზრუნველყოფს ინტეგრირებულ მომსახურებას. ამ მოდელის თანახმად, პაციენტის მკურნალობა იწყება ყველაზე ნაკლები ინტენსივობის მქონე საფეხურზე, და პაციენტი უფრო მაღალი ინტენსივობის მოვლის საფეხურზე მხოლოდ იმ შემთხვევაში ინაცვლებს, თუ მკურნალობა შედეგიანი არ იყო.

ზოგადად, ეს მოდელი 4-საფეხურიანია. პაციენტის “მოძრაობა” საფეხურებს შორის უნდა განხორციელდეს მისი საჭიროებებიდან გამომდინარე და დროულად. ეს საფეხურებია:

- პირველი საფეხური: იმ პირთა მომსახურება, რომელთა დიაგნოზიც ცნობილია ან საეჭვო (“გავრცელებული ფსიქიატრიული დიაგნოზები”-ს ჯგუფიდან, რომელიც ქვემოთ არის მოცემული).
- მეორე საფეხური: მომსახურება პირებისთვის ზღვრული, მსუბუქი და საშუალო ფორმის გავრცელებული დიაგნოზებით
- მესამე ჯგუფი: მომსახურება პირებისთვის საშუალო და მძიმე ფორმის გავრცელებული დიაგნოზებით
- მეოთხე ჯგუფი: მომსახურება პირებისთვის მძიმე ფუნქციური შეზღუდვით/დაზიანებით ან კომპლექსური ფსიქიატრიული დიაგნოზით.

“გავრცელებული ფსიქიატრიული დიაგნოზების” ჩამონათვალი მოიცავს:

- დეპრესია
- გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა
- შერეული დეპრესია და შფოთვა
- პანიკური აშლილობა
- ობსესიურ კომპულსიური აშლილობა
- ფობიები
- სოციალური შფოთვითი აშლილობა (სოციალური ფობია)

- პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობა

საფეხურეობრივ მიდგომასთან დაკავშირებით არსებობს არაერთი მტკიცებულებაზე-დაფუძნებული გაიდლაინი, რომელთა გამოყენებაც შეუძლიათ პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირებს ამ მიდგომის საქართველოში ადაპტაციის პროცესში. მაგალითისთვის, ასეთი გაიდლაინები შემუშავებულია NICE-ის მიერაც³.

საკითხი 4: ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მკურნალობის დაფინანსების საკითხები -- დაფინანსების მოვალეობის გამიჯვნა სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის

როგორც ეს ამ დოკუმენტის შესავალში იყო აღწერილი, ფსიქიკური ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში მწირია და რესურსების დიდი ნაწილი სტაციონარულ მკურნალობაზე იხარჯება. ექსპერტულ შეფასებებზე დაყრდნობით, ჰოსპიტალიზირებული პაციენტების 40% დაწესებულებაში 6 თვეს და მეტს ატარებს. რიგ შემთხვევებში, ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ხელმძღვანელი პირები აღნიშნავენ სახელმწიფოდან მიღებული დაფინანსების სიმწირეს. ხშირ შემთხვევაში, ფსიქიატრიული სამედიცინო ინფრასტრუქტურაც ცუდ მდგომარეობაშია. ჰოსპიტლების ნაწილის რეაბილიტაცია 2010-2012 წლებში განხორციელდა, ხოლო დანარჩენი ინფრასტრუქტურა საბჭოთა კავშირის დროინდელია და შეზღუდული დაფინანსების პირობებში, მათ სარემონტო სამუშაოები პრაქტიკულად არ ჩატარებიათ (მაგალითად, ზოგიერთი ობიექტებში, ზამთრის სეზონზე ჯერ კიდევ გამოიყენება შეშის გამათბობლები).

ქვეყნაში ერთ-ერთი პოზიტიური ცვლილება, რომელიც უკანასკნელი წლების განმავლობაში განხორციელდა, იყო 2013 წელს საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის დაწყება. ამ პროგრამამ პრაქტიკულად მოაგვარა ფსიქიატრიულ სტაციონარებში მყოფი პაციენტების სომატური მდგომარეობის მკურნალობის პრობლემა. თუმცა, ეს პროგრამა არ აფინანსებს მომსახურებებს არასაქართველოს მოქალაქეებისთვის და იმ პირებისთვის, რომლებიც პატიმრობის დაწესებულებებში იმყოფებიან.

ზოგადად უნდა ითქვას, რომ სამედიცინო დანახარჯების დაფინანსების წყარო იქნება სასჯელაღსრულების სამინისტრო, თუ ჯანდაცვის სამინისტრო, სცდება მხოლოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემას და ეს გადაწყვეტილება შესაძლოა უფრო მოცულობითად აისახოს სისტემაზე. როგორც ქვემოთ განვიხილავთ, არსებულ რეგულაციებში არის გარკვეული ბუნდოვანება.

³ <https://www.nice.org.uk/guidance/cmg41/resources/non-guidance-commissioning-stepped-care-for-people-with-common-mental-health-disorders-pdf>

როგორც საერთაშორისო პრაქტიკის მიმოხილვა აჩვენებს, ბევრ ქვეყანაში პატიმრების ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ნაწილია, რაც, რა თქმა უნდა, შეიძლება განხორციელდეს საქართველოშიც. ეს გამოიწვევს ხარჯების შემცირებას და გაამარტივებს ადმინისტრირების პროცესს. თუმცა, საქართველოს ეროვნული სისტემა არ უზრუნველყოფს ყველა საჭირო სამედიცინო დახმარებას, ანუ, თუ დაფინანსების პასუხისმგებლობა გადაეცემა ეროვნულ/სამოქალაქო სისტემას, იარსებებს აუცილებელი სამედიცინო მომსახურებები, რომლებიც არ დაფინანსდება ამ სისტემის მიერ.

დოკუმენტის ამ ნაწილში შევხებით დანახარჯების გადანაწილებას სასჯელაღსრულებისა და ჯანდაცვის სამინისტროებს შორის და ინტეგრაციის შესაძლებლობებს.

მარეგულირებელი გარემო:

სახელმწიფო ბიუჯეტის ფორმირება რეგულირდება სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ კანონით. ეს კანონი ითვალისწინებს, რომ თითოეული ღონისძიებას, რომელიც სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება, უნდა ჰქონდეს პროგრამის ფორმატი და ერთ პროგრამას შეიძლება მხოლოდ ერთი განმახორციელებელი ჰყავდეს.

შესაბამისად, დაფინანსების პასუხისმგებლობა ორ სამინისტროს შორის მკაფიოდ უნდა იყო გამოიჯნული.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, აქ ჩვენ ფოკუსირებას მომსახურების ორ კონკრეტულ ჯგუფებზე ვაკეთებთ. ესენია:

1. ნებაყოფლობითი და არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის დაფინანსება
2. ფსიქიატრიულ სტაციონარში მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების სხვა სამედიცინო საჭიროებების (სომატური მდგომარეობების) დაფინანსება.

დღესდღეობით, პატიმართა ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობა სასჯელაღსრულების სამინისტროს მიერ ფინანსდება, ხოლო სამოქალაქო სექტორის -- ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ. არანებაყოფლობითი მკურნალობის შემთხვევაში, ფსიქიატრიული დახმარება სრულად ფინანსდება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, მიუხედავად იმისა, პაციენტი პატიმარია, თუ არა.

ჩვენი აზრით, ამ ტიპის დაყოფა პენიტენციურ და სამოქალაქო სისტემების ინტეგრაციის ძირითადი ბარიერია. მაგალითად, სათემო სერვისების გაფართოვების შემთხვევაში, როგორც ეს დაგეგმილია, მსგავსი საბიუჯეტო დაყოფის გამო, პატიმრები ვერ ისარგებლებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებებით სამოქალაქო სექტორში.

ამჟამად თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე არცერთი პაციენტი, გარდა არანებაყოფლობითი მკურნალობისა, არ ღებულობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებებს სამოქალაქო სექტორში. პენიტენციური სისტემის ფარგლებში, მხოლოდ ერთი სტაციონარული განყოფილება არსებობს. რამდენადაც დარგის

სპეციალისტები აღნიშნავენ, არსებული ინფრასტრუქტურა არ არის საკმარისი. ამასთან, N18 დაწესებულებაში არსებული ეს ინფრასტრუქტურა განკუთვნილია მხოლოდ მწვავე პაციენტებისთვის, ხოლო სისტემას არ აქვს ინფრასტრუქტურა ქრონიკული პაციენტების მოვლისთვის, რომელთა მართვაც ამბულატორიულად ხორციელდება. წამების პრევენციის კომიტეტის ანგარიშშიც აღნიშნულია, რომ არსებული ინფრასტრუქტურა ვერ არ აკმაყოფილებს პაციენტების საჭიროებებს.

სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან ინტერვიუს შედეგად გაირკვა: ეს სააგენტო ახორციელებს სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამებს სამოქალაქო სექტორში. მათ არ აქვთ წვდომა ინფორმაციაზე პირი ბრალდებულია თუ მსჯავრდებული. თუმცა, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებში პირის ინდეტიფიკაცია სხვადასხვანაირად ხორციელდება: (i) თუ პირს მომსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამით აქვს მიღებული, მათი პირადობის მოწმობის ნომერი რჩება უცნობი, შესაბამისად, კეთდება დასკვნა რომ პირია "პატიმარი", და შემთხვევა ანაზღაურდება; მაგრამ (ii) თუ პაციენტს ფსიქიატრიულ სტაციონარში მკურნალობის დროს დასჭირდა რაიმე სომატური მდგომარეობის გადაუდებელი მკურნალობა, მაშინ ეს მკურნალობა უნდა დაფინანსდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან და ამ შემთხვევაში, აუცილებელია პაციენტს ჰქონდეს პირადობის მოწმობა.

ბრალდებული/მსჯავრდებულის პირადი ინფორმაცია (მათ შორის, პირადობის მოწმობაც) არის კონფიდენციალური ინფორმაცია და სოციალური მომსახურების სააგენტოს ამ ინფორმაციაზე ხელი არ მიუწვდება. ამ ინფორმაციის მიწოდება სააგენტოსთვის, ასევე საკმაოდ არარეალისტური გვეჩვენება.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში შეჯამებულია შესაძლო შემთხვევები და მათი დაფინანსების წყაროები: Here is the summary of all specific cases under the discussion and their funding sources:

შემთხვევის განსაზღვრება	დაფინანსების ვალდებულება და დაკავშირებული საკითხები	გამოწვევები
ნებაყოფლობითი დახმარება პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირებისთვის (ბრალდებული და მსჯავრდებული)	სასჯელაღსრულების სამინისტროს, საკუთარი ინფრასტრუქტურის ფარგლებში	- არ არის ალტერნატივა/არჩევანი; - გეოგრაფიულად ზოგი ციხე საკმაოდ დაშორებულია #18-ე დაწესებულებიდან, რაც აფერხებს მკურნალობის დაწყებას. - კვალიფიციური ფსიქიატრიული დახმარების მიღება, როგორც წესი, შესაძლებელია ციხესან უფრო ახლოს არსებული სამოქალაქო სექტორის დაწესებულებებშიც.
არანებაყოფლობითი სტაციონარული მკურნალობა	სშჯსდ სამინისტრო	- არანებაყოფლობითი სტაციონარული

(ბრალდებული/მსჯავრდებული პირები)	მკურნალობა მხოლოდ ერთ დაწესებულებაში ხორციელდება (პატიმრებისთვის) - დაწესებულების მოსაზრებით, მიღებული ანაზღაურების ოდენობა ძალიან დაბალია და არ ფარავს გაწეულ ხარჯებს.	
ჯანმრთელობის სხვა საჭიროებების დაფინანსება (გარდა ფსიქიატრიული მოვლისა) იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც გადიან ნებაყოფლობით მკურნალობას		სასჯელაღსრულების სამინისტრო
სომატური მდგომარეობის მკურნალობა, არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე მყოფ ბრალდებულ და მასჯავრდებულ პირებში		ბუნდოვანია

პროგრამულ დოკუმენტებში არსებული ჩანაწერების გამო, არსებობს გაურკვევლობა თუ ვინ უნდა დააფინანსოს იმ პაციენტის სომატური მდგომარეობის მკურნალობა, რომელიც არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ მკურნალობას გადის.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მიხედვით ფსიქიატრიულ სტაციონარში მყოფი პაციენტების სომატური დაავადებების მკურნალობა ხორციელდება საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში. თავის მხრივ, ეს პროგრამა არ აფინანსებს ბრალდებულ/მსჯავრდებულ პირებს, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში. ჩნდება კითხვა, პირი რომელიც ინარჩუნებს ბრალდებულის/მსჯავრდებულის სტატუსს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის პროცესში, ითვლება თუ არა პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში “მყოფად”.

ასეთი ბუნდოვანება, სასურველია, გადაწყდეს ამ ორ სამინისტროს მოლაპარაკების გზით და შესაბამისი ფორმულირებები აისახოს ტექსტშიც.

რეკომენდირებულია:

1. ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობა: არსებული მდგომარეობით, ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარება (სტაციონარული) პატიმართათვის დაფარულია სასჯელაღსრულების სამინისტროს ბიუჯეტიდან. თუმცა, მომსახურება ძალიან შეზღუდულად არის ხელმისაწვდომი - შეზღუდულია საწოლების რაოდენობა, მომსახურება არ არის იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ ქრონიკულ ზრუნვას, და ა.შ. სავარაუდოდ, პატიმრების მკურნალობა შეიძლება დამატებით ასევე მოხდეს სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებშიც, რაც გააუმჯობესებს ხელმისაწვდომობას. ბარიერი აქ არის პირის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. როდესაც პაციენტი მკურნალობისთვის ციხიდან გადადის სამოქალაქო სექტორში,

მათი უსაფრთხოების უზრუნველყოფა არ არის სამედიცინო მომსახურების გამწევის პასუხისმგებლობა. თუმცა, ხანგრძლივადიანი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებას უნდა შეეძლოს პაციმრებისთვის შესაფერისი უსაფრთხოების აუცილებელი ზომების (დაცვის) უზრუნველყოფა, რაც მკურნალობას გააძვირებს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ამჟამად, საქართველოში არ არსებობს მოთხოვნები, რომელთაც უნდა აკმაყოფილებდეს დაწესებულება პაციმრებისთვის ფსიქიატრიული მკურნალობის უზრუნველყოფისთვის. კანონში ნახსენებია, რომ ეს უნდა იყოს "სპეციალიზებული დაწესებულება", თუმცა მოთხოვნები არსად არის განმარტებული.

2. ფსიქიატრიულ სტაციონარში მყოფი პაციენტების სომატური მდგომარეობების მკურნალობა (მხოლოდ პაციმართა იძულებითი მკურნალობა სამოქალაქო სექტორში). უნდა გაირკვეს/შემთანხმდეს ვის აქვს ამ ხარჯების დაფარვის პასუხისმგებლობა. სავარაუდოდ ამ ხარჯების ანაზღაურება უფრო მარტივი იქნება სასჯელაღსრულების სისტემისთვის, რადგან ჯანდაცვის სამინისტროსთვის და კერძოდ, სოციალური მომსახურების სააგენტოსთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, რომ პირს აქვს პირადი ნომერი (რაც, შესაბამისად, გამოირიცხავს, მაგ., უცხო ქვეყნის მოქალაქე პაციმრის მომსახურებას). თუმცა, ეს "გადაჭრა" რელევანტურია მოკლევადიან პერსპექტივაში. საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში, ქვეყანაში უნდა ჩამოაყალიბდეს სისტემური მიდგომა, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს სრულ ინტეგრაციას სამოქალაქო სექტორში, ან სასჯელაღსრულების სისტემაში გაფართოვდეს ინფრასტრუქტურა ფსიქიატრიული მოვლისთვის.
 - განისაზღვროს ინფრასტრუქტურული და სხვა მოთხოვნები სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, რომლებიც მომსახურებას უწევს პაციმრებს;
 - განხილულ იყოს შესაძლებლობა, რომ არანებაყოფლობითი მკურნალობა განხორციელდეს ერთზე მეტ დაწესებულებაში;
 - შედგეს მოლაპარაკება ორ სამინისტროს შორის, რათა ნათლად იყოს ფორმულირებული დაფინანსების გაყოფის საკითხი.

საკითხი 5: არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მოვლის დაწესებულების პრივატიზაცია

როგორც არაერთხელ იქნა აღნიშნული, პაციმრების არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ მკურნალობას მხოლოდ ერთი დაწესებულება ახორციელებს საქართველოში. ამ დაწესებულების პრივატიზაცია მოხდა 2015 წელს, რაც შესაძლოა, იყოს გარკვეული რისკის შემცველი. შესაბამისად, ჩვენ შევისწავლეთ დაწესებულების პრივატიზაციის პირობები.

პრივატიზაციის კონტრაქტის მიხედვით, ახალი მეპატრონე ვალდებულია შეინარჩუნოს დაწესებულების პროფილი მომდევნო 50 წლის განმავლობაში და ასევე, განახორციელოს 6 მილიონი ლარის ინვესტიცია ინფრასტრუქტურაში. ამ მოთხოვნების საფუძველზე, მომსახურების მიწოდებას საფრთხე არ ემუქრება, თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ მომსახურების მიწოდების

ინფრასტრუქტურული მოთხოვნები არსად არ არის განსაზღვრული, სასურველია მოხდეს მათი ფორმულირება.

რეკომენდაციები:

- დაკონკრეტდეს კანონის მოთხოვნები, რომ არანებაყოფლობით მკურნალობას უნდა ახორციელებდეს “სპეციალიზირებული” ფსიქიატრიული დაწესებულება
- ის ფაქტი, რომ არანებაყოფლობით მკურნალობას მხოლოდ ერთი დაწესებულება ახორციელებს, ამ მომსახურებას ხდის ექსკლუზიურს და მაღალი რისკის შემცველს. შესაძლებლობის ფარგლებში, უნდა შეიქმნას დამატებითი/ალტერნატიული ინფრასტრუქტურა
- რადგან არ არსებობს ამ მომსახურების მიწოდებისთვის საჭირო მოთხოვნების ჩამონათვალი (ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსი, დაცვა და სხვა), შეუძლებელია ამ პირობების მონიტორინგი. შესაბამისად, ახალი ინვესტორის შემთხვევაში, ბუნდოვანია, რის საფუძველზე უნდა შემოწმდეს, რომ ინვესტორის მიერ ინფრასტრუქტურაში განხორციელებული ინვესტიცია აკმაყოფილებს რაიმე მოთხოვნებს.
- მომსახურების სტანდარტების არ არსებობა (ინფრასტრუქტურა, ადამიანური რესურსი, დაცვა და სხვა) ასევე ბუნდოვანს ხდის დაფინანსების ოდენობას, რადგან არ არსებობს ობიექტური საზომი, თუ რა ხარჯები უნდა გაწიოს სამედიცინო დაწესებულებამ ამ მიმართულებით.

საკითხი 6: ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირების სტანდარტები

საკითხის მიმოხილვა:

დღესდღეობით საქართველოში არ არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირთა ტრანსპორტირების რაიმე სპეციალური სტანდარტი. თუმცა ეს საკითხი, გარკვეულ გარემოებებში, პრობლემატურია:

- (1) როგორც წესი, ფსიქიატრიული პაციენტის მიყვანა დაწესებულებაში ხდება პოლიციის მანქანით, ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანით, რომელსაც ესკორტს პოლიცია უკეთებს. ასეთ მწვავე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი შესაძლოა ER-ში მიიყვანონ, განსაკუთრებით თუ ეჭვი არის რაიმე სახის ინტოქსიკაციაზე. ერთის მხრივ, ტრანსპორტირების ეს ფორმა შესაძლოა ტრავმული და სტიგმატიზაციის შემცველი იყოს პაციენტისა და მისი ოჯახისთვის, ხოლო მეორეს მხრივ, პაციენტი შეიძლება გადაყვანილი იქნას ისეთ დაწესებულებაში, სადაც არ არის მისი მართვის შესაძლებლობა.
- (2) ფსიქიატრიული სტაციონარიდან პაციენტის გადაყვანა ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში რაიმე სომატური მდგომარეობის მკურნალობის მიზნით -- ეს შეიძლება გახდეს დროში გაწეული პროცესი, ან ტრანსპორტირების ღირებულების გადხდის ვალდებულება დაეკისროს ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალს ან პაციენტს.

მარეგულირებელი გარემო:

არსებული პრაქტიკის მიმოხილვის შედეგად, ტრანსპორტირების პროცესში პაციენტის მხარდაჭერას უზრუნველყოფს ფსიქიატრიული ექთანი, ან პაციენტის ოჯახის წევრი. რიგ შემთხვევებში, ეს პირი შესაძლოა იყოს სოციალური მუშაკიც.

სამედიცინო ტრანსპორტირება დღეს ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რაც უსასყიდლოა პაციენტისა და დაწესებულებისთვის. თუმცა არსებობს კერძო, ფასიანი სერვისებიც. სახელმწიფო პროგრამით (და სალიცენზიო მოთხოვნებით) განსაზღვრულია მანქანის აღჭურვილობის მოთხოვნები, თანამშრომლების რაოდენობა და სხვა.

დაფინანსების წყაროს მიხედვით, ქვემოთ მოცემულ ცხრილში შევაჯამეთ ტრანსპორტირების ტიპები:

მარშრუტი	ტრანსპორტირების ტიპი
1 სახლიდან ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში (მწვავე)	სასწრაფო დახმარება/სამოქალაქო სექტორი
2 ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან სხვა სახის სამედიცინო დაწესებულებაში მოკლე-ვადიანი მკურნალობის ან გამოკვლევისთვის (გადაუდებელი და გეგმიური)	“რეფერალური” დახმარების მანქანა, მაგრამ, სიტუაცია ბუნდოვანია, როგორ ვიქცევით, თუ: - გადაყვანა არის გეგმიური და პაციენტი არ საჭიროებს რაიმე სახის სპეციალიზირებულ სატრანსპორტო საშუალებას - რა ტრანსპორტით უნდა მოხდეს პაციენტის უკან გადმოყვანა.
3 ერთი ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან სხვა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში	“რეფერალური” დახმარების მანქანა, თუმცა ამის საჭიროება არ არის
4 ციხიდან ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში და უკან	ტრანსპორტირებას უზრუნველყოფს სასჯელაღსრულების სამინისტრო

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სამედიცინო ტრანსპორტირება სრულიად უსასყიდლოა. ამ პროგრამით, 2 ტიპის სატრანსპორტო საშუალებებია გათვალისწინებული, და მათ მომსახურებისა და დაფინანსების სხვადასხვა პირობები აქვთ:

- (1) სასწრაფო – სასწრაფო დახმარების მანქანა პაციენტის ტრანსპორტირებას ახდენს მხოლოდ არასამედიცინო ლოკაციიდან (მაგ., სახლიდან) სამედიცინო დაწესებულებაში ერთი მუნიციპალიტეტის ფარგლებში.
- (2) “რეფერალური ტრანსპორტი” – პაციენტის ტრანსპორტირებას ახდენს ერთი სამედიცინო დაწესებულებიდან მეორე სამედიცინო დაწესებულებაში, თუ პაციენტი თვითდინებით ვერ მივა და ტრანსპორტირების მიზანი სამედიცინო დახმარებაა. ეს მანქანები კომპექსურად არის აღჭურვილი და მათი რეალური ფუნქცია კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების ტრანსპორტირებაა.

სასჯელაღსრულების სისტემაში ასევე ჰყავთ სამედიცინო ტრანსპორტირებისთვის მანქანები.

საქართველოში არსებული მოთხოვნების მიხედვით, საქმიანობა “სამედიცინო ტრანსპორტირება” არის ლიცენზირებას დაქვემდებარებული, რომელსაც გასცემს სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტო. შესაბამისად, ლიცენზიის მიღებისთვის სატრანსპორტო საშუალება უნდა აკმაყოფილებდეს გარკვეულ მოთხოვნებს. დამატებით მოთხოვნებს აყენებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამაც, რაც ასახულია მინისტრის შესაბამის ბრძანებებში. თუმცა, ამ მოთხოვნებში არ არის რაიმე სპეციფიური ფსიქიატრიულ პაციენტებთან მიმართებაში.

საერთაშორისო გამოცდილებით, ბევრ ქვეყანაში შეიქმნა ცალკე მომსახურება, რომელიც ფსიქიატრიული პაციენტის ტრანსპორტირებას უზრუნველყოფს. ასეთი სერვისების მიზანია, რომ შემცირდეს სტიგმა, ხოლო პაციენტს მიეწოდოს დროული და მასზე მორგებული მომსახურება.

საერთაშორისო გამოცდილების მიმოხილვა

ხშირ შემთხვევაში, ფსიქიატრიული პაციენტი ტრანსპორტირებისთვის არ საჭიროებს სპეციალურად აღჭურვილ, სამედიცინო დანიშნულების მანქანას თუმცა დგება მომენტი, როცა ასეთი ტიპის ტრანსპორტირება აუცილებელია და საერთაშორისო გამოცდილებით, არსებობს სპეციალური მოთხოვნები ამ სატრანსპორტო საშუალებასთან და ტრანსპორტირების მომსახურებასთან მიმართებაში. განსაკუთრებით ეს ეხება მწვავე პაციენტებს.

დიდი ბრიტანეთი

დიდ ბრიტანეთში არსებობს რამოდენიმე კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური, რომელიც ახორციელებს ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირებას. მათ მომსახურებას აფინანსებს NHS-ი. ეს სატრანსპორტო ერთეულები არის სპეციალურად აღჭურვილი უსაფრთხო ტრანსპორტირების უზრუნველყოფისთვის, ხოლო ეკიპაჟს გავლილი აქვს სპეციალური გადამზადება და, როგორც წესი, ადგილზე არის ფსიქიატრიული მედდა.

ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული დეტალური მოთხოვნები ასახულია “NHS The Mental Health Act Code of Practice”-ში.

აშშ

პენიტენციურ სისტემაში მყოფი ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირება სამედიცინო თუ არასამედიცინო მიზნებისთვის არის სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის პასუხისმგებლობა.

ტრანსპორტირებისას გათვალისწინებულია უსაფრთხოების წესები (რაც ზოგადად, პატიმრებს ეხებათ) და სპეციფიური, დამატებითი მოთხოვნები:

- პაციენტი უნდა შეაფასოს ექიმმა, რათა განისაზღვროს, რა რისკებთანაა დაკავშირებული პაციენტის ტრანსპორტირება;
- ტრანსპორტირების დროს, პაციენტს, მძღოლის გარდა, თან უნდა ახლდეს მინიმუმ ერთი "კვალიფიციური" პირი (მომზადებული სოციალური

მუშაკი, პარამედიკი). თუ ერთდროულად ორი პაციენტის გადაყვანა ხდება, ორი ასეთი პირი უნდა იმყოფებოდეს სატრანსპორტო საშუალებაში და ა.შ.

ირლანდია

ირლანდიის შემთხვევაში, რეგულაციები პრიორიტეტს პაციენტის ფიზიკური ჯანმრთელობის დაცვას ანიჭებენ. თუ სახეზეა როგორც ფსიქიატრიული, ისე სომატური მდგომარეობა, პაციენტი პირველად ტრანსპორტირდება სომატური მდგომარეობის მიხედვით. პაციენტის შემდგომი ტრანსპორტირება ფსიქიატრიული პროფილის დაწესებულებაში მოხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ამის საჭიროებას განსაზღვრავს ექიმი და ამასთან სომატურად პაციენტი ჩაითვლება პრაქტიკულად ჯანმრთელად, ან სრულიად სტაბილურად.

ირლანდიას აქვს ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირების გაიდლაინი.

ტრანსპორტირებამდე, სავალდებულო პროცედურაა რისკის შეფასება, რაც მოიცავს:

- პაციენტის მხრიდან მიმალვის მოსალოდნელი საფრთხე;
- პაციენტის მიერ თვითზიანის ან სხვა პირისთვის ზიანის მიყენების საფრთხე;
- აქვს თუ არა პაციენტს დამამშვიდებელი პრეპარატები მიღებული და ხომ არ შეიძლება, ტრანსპორტირების დროს დადგეს სედაციის საჭიროება;
- თანმხლები დაავადებები;
- პაციენტის უნარი მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილება ტრანსპორტირებაზე და ჰოსპიტალიზაციაზე;
- რჩევები ფსიქიატრისგან, რომელმაც უნდა მიიღოს პაციენტი, თუ ამ გუნდის წევრი უშუალოდ არ არის ტრანსპორტირების პროცესის მონაწილე.

რისკის შეფასების ინსტრუმენტი მოცემულია [http://www.emed.ie/Psychiatry/img/MH_Transport from ED clinical guidance.pdf](http://www.emed.ie/Psychiatry/img/MH_Transport_from_ED_clinical_guidance.pdf)

ავსტრალია

2012 წელს ჩატარებული შეფასების საფუძველზე (“Review of the admission or referral to and the discharge and transfer practices of public mental health facilities/services in Western Australia”), ავსტრალიამ მიიღო გადაწყვეტილება, ჩამოყალიბდეს სპეციალური სატრანსპორტო სისტემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებისთვის. ამ მომსახურების მიზნებია:

- შემცირდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში გადაყვანის მოლოდინის პერიოდი;
- პაციენტს ტრანსპორტირებისას თან ახლავს თანამშრომელი, რომელიც გადამზადებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში და შეუძლია ურთიერთობა ფსიქიკური ავადმყოფობის მქონე პირთან;
- შემცირდეს სტიგმა (ანუ მინიმალური იყო პოლიციისა და პოლიციის მანქანები ჩართვა).

რეკომენდაციები:

- საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, ჯანდაცვისა და სასჯელაღსრულების სამინისტროებმა, სასურველია, რომ შეიმუშაონ გაიდლაინი/სტანდარტი ფსიქიატრიული პაციენტების ტრანსპორტირებისთვის.
- სასწრაფო სამედიცინო დახმარების თანამშრომლებს გავლილი უნდა ჰქონდეთ სპეციალური გადამზადება ფსიქიატრიულ პაციენტებთან დაკავშირებით, რისთვისაც შესამუშავებელია სპეციალური მოდული.
- ტრანსპორტირების პროცესში პოლიციის ჩართულობა უნდა იყოს მინიმალურამდე შემცირებული.
- შესაძლოა, შეიქმნას ცალკე ფსიქიატრიული სასწრაფო დახმარების ბრიგადა, განსაკუთრებით დიდი ქალაქებში (თბილისში), სადაც მსგავსი ტიპის სამსახური შესაძლოა უფრო ხარჯთ-ეფექტური იყოს.

საკითხი 7: კრიზისული ინტერვენციისა და ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მოდელები პაციენტებისთვის

ზოგადი მიმოხილვა

კრიზისული ინტერვენცია არის ფსიქიატრიული კრიზისის მართვისა და პრევენციის მიდგომა. საქართველოში ამ მომსახურების დანერგვა 2011 წლიდან დაიწყო. მომსახურება არ არის ფართოდ ხელმისაწვდომი. ამას შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე კადრების ნაკლებობაც განსაზღვრავს. აღსანიშნავია, რომ მომსახურება სახელმწიფოს მიერ სრულად არის ანაზღაურებული.

მიუხედავად სერვისის არსებობისა, საკანონმდებლო/მარეგულირებელ დონეზე მომსახურების პარამეტრები განსაზღვრული არ არის. შესაძლო მარეგულირებელი ინსტრუმენტები შეიძლება გავრცელდეს როგორც მომსახურებაზე, ისე პერსონალზე.

- მომსახურების რეგულირება: ჯანმრთელობის შესახებ კანონის თანახმად, კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ქვეყანაში უნდა ხორციელდებოდეს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების/გაიდლაინების შესაბამისად. გაიდლაინი, როგორც ეს ზოგადად აღიარებულია, მოიცავს რეკომენდაციებს, თუ როგორ უნდა მოხდეს ამა თუ იმ მომსახურების მიწოდება და რა რესურსია ამისთვის საჭირო (ადამიანური, აღჭურვილობა და სხვა). დღესდღეობით ამ მომსახურების მსგავსი სტანდარტით განხორციელება სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში ნაკლებად ფორმალური მეთოდებით არის დარეგულირებული.
- პროფესიული რეგულაციები: საქართველოში თითოეული სამედიცინო პროფესიისთვის განსაზღვრულია კომპეტენციის ჩარჩო. მიუხედავად

ამისა, გასაკვირი არ არის რომ კრიზისული ინტერვენციის განხორციელება ამ პროცესით მოცული არ არის. ამ საქმიანობის დარეგულირება საკმაოდ რთულია:

- კრიზისული ინტერვენცია ხორციელდება მულტი-პროფილური გუნდის მიერ, რომელშიც შედის ფსიქოლოგიცა და სოციალური მუშაკიც⁴. დღეს საქართველოში ეს პროფესიები არ რეგულირდება, ასე რომ გუნდში შემავალ ექმისა და ექთნის გარდა, რეალურად კომპეტენციის ჩარჩო სხვა წევრებისთვის მარეგულირებელი დოკუმენტით ვერ განისაზღვრება. იდეალურ შემთხვევაში, უნდა არსებობდეს კომპეტენციების ჩარჩო გუნდის ყველა წევრისთვის.
- კვალიფიკაცია: კრიზისული ინტერვენციის განხორციელების უნარ-ჩვევების სწავლება ხორციელდება სპეციალური ტრენინგ-პროგრამით. მაგრამ, სამწუხაროდ, ქვეყანაში არ მოქმედებს მსგავსი პროგრამების აკრედიტაციის სისტემა. თუმცა, მაინც სასურველია, რომ გადამზადების პროცესი იყოს ფორმალიზებული.

საერთაშორისო გამოცდილება:

კრიზისული ინტერვენცია ციხეში მოიცავს სამოქალაქო სექტორისგან რადიკალურად განსხვავებულ მომსახურებას. მსგავსი ტიპის პროგრამები თავდაპირველად პოლიციისთვის შეიქმნა, თუმცა დღეს ისინი ციხეებში აპრობირებულია და წარმატებით ხორციელდება. მიზანი არის ფსიქიატრიული პრობლემების დროული იდენტიფიკაცია და ასეთ პაციენტებთან ურთიერთობის უნარ-ჩვევების გამომუშავება სამართალდამცავი/სასჯელალსრულების სისტემის მუშაკებისთვის.

კრიზისული ინტერვენცია ციხეში ხორციელდება რეჟიმის ოფიცრის მიერ, რომელიც უშუალო კონტაქტშია პატიმართან. ამ პროგრამისთვის გადამზადება მოიცავს შემდეგ უნარ-ჩვევებს:

- გადაუდებელი რეაგირება
- ფსიქიატრიული სიმპტომების ამოცნობა
- დეესკალაციის ტექნიკების გამოყენება.

ამ პროგრამების შედეგიანობა არაერთხელ არის დადასტურებული კვლევებით.

კრიზისული ინტერვენციის გუნდების ტრენინგის სხვადასხვა მოდელი არსებობს და ზოგადად მოიცავს შემდეგ თემებს:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ნიშნებისა და სიმპტომების ამოცნობა
- ძირითადი მედიკამენტების ამოცნობა
- მოსახლეობის სპეციფიური ჯგუფები (ასაკოვანი პირები, განვითარების ჩამორჩენილი პირები, ვეტერანები და სხვა)

⁴ როგორც უკვე იყო აღნიშნული, საქართველოში რაიმე მარეგულირებელი დოკუმენტით არ არის განსაზღვრული კრიზისული ინტერვენციის განხორციელების პრინციპები, მათ შორის, ასეთი რეგულაცია არ არსებობს ციხეებისთვის, სადაც ეს მომსახურება საერთოდ არ არის დღეს ხელმისაწვდომი.

- კავშირი ოჯახებთან და კლიენტებთან
- კომუნიკაციის უნარ-ჩვევების განვითარება (მათ შორის, აქტიური მოსმენის უნარი ითვლება ყველაზე მნიშვნელოვნად)
- დე-ესკალაციის ტექნიკების და სცენარების მიხედვით ტრენინგი.

ჰოლანდიაში ეს ტრენინგი 3 დღიანია და მას “ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაცნობიერების ტრენინგი” ეწოდება. ტრენინგის დროს რეჟიმის ოფიცრები შეისწავლიან გავრცელებულ დარღვევებს, ფსიქიატრიულ პაციენტთან კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებს, წერისა და დაკვირვების უნარ-ჩვევებს.

ციხეებში ასევე უნდა არსებობდეს კრიზისის მართვის პროტოკოლი, რომელიც განსაზღვრავს ფსიქიატრთან რეფერირების პროცესს, კრიზისის ტიპების ამოცნობას და სხვა (მაგ., სუიციდის კრიზისი, შიზოფრენიული კრიზისი და სხვა). მსგავსი დოკუმენტის შემუშავება შესაძლებელია საქართველოშიც, და ის უნდა მოიცავდეს:

- კრიზისის ტიპოლოგია
- პაციენტის მახასიათებლები
- გარემო მახასიათებლები
- მოხდა თუ არა კრიზისის დარეგულირება რეფერალურ დაწესებულებაში
- სპეცილიზირებულ დაწესებულებაში გადაყვანის ინდიკატორები
- ჰოსპიტალიზაციის პროცედურები
- სამკურნალო გეგმის ელემენტები

ტრენინგების ჩატარება საკმაოდ მარტივია, თუმცა დანერგვისთვის მნიშვნელოვანია, რომ პროცესში ჩაერთოს ციხის მენეჯმენტის ზედა რგოლები.

ოკლაჰომას სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის მიერ შემუშავებულია 16-საათიანი კრიზისული სიტუაციების მართვის ტრენინგ-პროგრამა. ფლორიდის სასჯელაღსრულების დეპარტამენტში - 1 დღიანი, 8 საათიანი მოდული. ორივე შემთხვევაში, ამ პროგრამების მიზანია ძალის მართლზომიერი გამოყენების უზრუნველყოფა და მოიცავს 4 მოდულს:

- (1) ფსიქიატრიული დაავადებების სამუშაო ცოდნა
- (2) ინფორმაცია იმ პრობლემებზე, რასაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირები აწყდებიან თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში
- (3) კრიზისული ინტერვენციის უნარ-ჩვევები, და
- (4) დეესკალაციის პრაქტიკული უნარ-ჩვევები და ტექნიკები.

ამ მიმართულებით, არაერთი სასარგებლო რესურსია ხელმისაწვდომი, საიდანაც გამოვყოფდით:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ალიანსი: მოცემული ტრენინგის შესახებ დეტალური ინფორმაცია – www.nami.org
- სასჯელაღსრულების ეროვნული ინსტიტუტი: მოცემული ონლაინ ტრენინგ მოდულები – <http://nicic.gov/Training/12B3203>

რეკომენდაციები:

- შემუშავდეს და დამტკიცდეს კრიზისული ინტერვენციის მომსახურების გაიდლაინები, მათ შორის, განისაზღვროს კრიზისული გუნდის შემადგენლობა და განისაზღვროს მათი კომპეტენციების ჩარჩო;
- რადგან ქვეყანაში არ არსებობს სხვადასხვა ტრეინინგ-კურსების აკრედიტაციის სისტემა, მნიშვნელოვანია, რომ მოძიებულ იქნას სხვა ფორმა პროფესიული კვალიფიკაციის აღიარებისთვის. როგორც გარდამავალი მიდგომა, კომპეტენციები შესაძლოა განისაზღვროს კლინიკური გაიდლაინის ფარგლებშიც.