

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატისტიკარგებრეთა სერვისების ეფექტურობის კვლევა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარბარათა სერვისების ეფექტურობის კვლევა

კვლევა ჩატარებულია

პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემიის და
„ალიანსი უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის“ კვლევითი გუნდის მიერ
„კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ მხარდაჭერით
Bread for the World-ის მიერ დაფინანსებული პროგრამის
„ჯანმრთელობის, ზრუნვის და სოციალური უფლებებისთვის“ ფარგლებში

სარჩევი

სამუშაო ჯგუფი	3
შესავალი	4
კვლევის მიზანი და ამოცანები	5
მეთოდოლოგია	5
სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული სერვისები	7
სერვისის მახასიათებლები	7
დასკვნები	8
რეკომენდაციები	9
ხარისხი & უფლებები - ინსტრუმენტების ნაკრები	10
დასკვნები:	17
რეკომენდაციები	18
სათემო ფსიქიატრიული მობილური გუნდი	19
სერვისის მახასიათებლები	19
ბიუჯეტის განაწილება:	20
ფსიქიკური ჯანმრთელობის მობილური მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის შეფასების ინსტრუმენტი	20
დასკვნები	21
რეკომენდაციები	22
ხარისხი & უფლებები - ინსტრუმენტების ნაკრები	23
დასკვნები	25
რეკომენდაციები	26
დანართი 1 - ცხრილები	27
დანართი 2- გრაფიკები	43

სამუშაო ჯგუფი

სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი

ჯყონია ეკა - ფსიქიატრი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, ააიპ „ალიანსი უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის“ თავმჯდომარე

სამუშაო ჯგუფის წევრები

ალადაშვილი თამარი - ფსიქიატრი, ააიპ „მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცენტრი“; შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ სტაციონარული განყოფილების ექიმი-ფსიქიატრი, ამავე ცენტრის სათემო მობილური სერვისის ხელმძღვანელი.

ალაპიშვილი ნანა - ფსიქოლოგი, საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია, გამგეობის თავმჯდომარე.

გელეიშვილი გიორგი - ფსიქიატრი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორი, ააიპ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცენტრი“-ს ხელმძღვანელი.

კურატაშვილი მარინა - ფსიქიატრი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის ფსიქიატრი; ილიაუნის მონვეული პედაგოგი.

შარაშიძე მანანა - ფსიქიატრი, საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციის თავმჯდომარე.

ჩირიკაშვილი ნატალია - ფსიქოლოგი, საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია, გამგეობის წევრი

ჭეიშვილი გურამი - ოკუპაციური თერაპევტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და ჯანდაცვის პოლიტიკის სპეციალისტი. ასერტული სათემო სერვისის მენეჯერი, თსუ-ს მონვეული პედაგოგი.

ხუნდაძე მაია - ფსიქიატრი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“

შესავალი

2018 წელს ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში ჩატარებული სისტემური გამოკითხვით დადგინდა, რომ ფსიქიატრიული სერვისის ფაქტიური მომხმარებლების რაოდენობა მნიშვნელოვნად ნაკლებია (49789), ოფიციალურად აღრიცხული (102977) შემთხვევებისა. ეს ნიშნავს, რომ პაციენტების დიდი ნაწილი (50%-ზე მეტი) თავს არიდებს ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში მიმართვას რაც, ერთის მხრივ სტიგმით, ხოლო მეორეს მხრივ, მომსახურების დაბალი ხარისხითა და არასაკმარისი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობითაა განპირობებული.

უკანასკნელი წლების მანძილზე განხორციელებული აქტივობების შედეგად, ფსიქიატრიული მომსახურების ბიუჯეტი 2017 წლიდან 2020 წლამდე 11,5 მილიონი ლარით გაიზარდა.

გაზრდილი დაფინანსება უპირატესად სათემო და, კერძოდ, სათემო ამბულატორიული და თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების სერვისებზე განაწილდა, რაც გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას ისახავდა მიზნად.

თანხის ზრდასთან ერთად, ფჯ სახელმწიფო პროგრამაში, სათემო ამბულატორიული მომსახურების (საფს) და თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების ახალი სტანდარტი ჩაიდო. შეიცვალა ფჯ სერვისების დაფინანსების მეთოდოლოგია და შესაბამის არეალში მაცხოვრებელთა რაოდენობის მიხედვით განისაზღვრა.

ამბულატორიული და მობილური სერვისების თანმიმდევრული და სტანდარტის შესაბამისად განვითარების უზრუნველყოფისთვის, მნიშვნელოვანია, მათი მუშაობის ეტაპობრივი შეფასება, საჭიროებების გამოვლინება და პრობლემების აღმოფხვრაზე ორიენტირებული ღონისძიებების გატარება.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია სათემო ამბულატორიული მომსახურების (საფს) და თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურების ეფექტურობის შეფასება და მიღებული შედეგების საფუძველზე სერვისების განვითარების სამომავლო სტრატეგიის განსაზღვრა.

პროექტის ამოცანებია:

1. სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურების (საფს) ხარისხისა და მოცულობის შეფასება;
2. თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების მომსახურების ხარისხისა და მოცულობის შესწავლა;
3. სტაციონარგარეთა სერვისების მომსახურების გაუმჯობესების ძირითადი საჭიროებების განსაზღვრა.

მეთოდოლოგია

კვლევა ჩატარდა 2020 წლის მარტი - აგვისტოს პერიოდში. კვლევის ფარგლებში შეფასდა 16 ამბულატორიული და 14 მობილური სერვისის საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში. სერვისების შერჩევა მოხდა ტერიტორიული პრინციპით. კვლევა ჩატარდა როგორც მაღალი, ასევე საშუალო და დაბალი რესურსების არეალებში, საქართველოს ყველა რეგიონში.

ამბულატორიული და მობილური ფს სერვისები, რომლებშიც ჩატარდა მონიტორინგი მოცემულია ცხრილში (იხილეთ დანართი, ცხრილი 1).

სერვისები შეფასდა შემდეგი ინსტრუმენტების გამოყენებით:

1. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ხარისხისა და უფლებების ინსტრუმენტების ნაკრებით, რომელიც შემუშავებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ (The WHO QualityRights Tool Kit) ფსიქიატრიული და სოციალური სერვისების შეფასებისთვის.
2. სათემო ფსიქიატრიული მობილური გუნდის ხარისხის მონიტორინგის ინსტრუმენტით და
3. სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის ინსტრუმენტით. სათემო ფსიქიატრიული მობილური გუნდისა და ამბულატორიის მონიტორინგის ინსტრუმენტები შედგენილია სამინისტროს მინისტრის 27.05.2017 წლის ბრძანების №01-109/ო, საფუძველზე შექმნილი სამუშაო ჯგუფის მიერ.

სერვისების შეფასება ხდებოდა ადგილებზე 2 ან 3 დამოუკიდებელი მკვლევარისგან შემდგარი სამუშაო ჯგუფის მიერ. მკვლევარებს წინასწარ ჩაუტარდათ ტრენინგები კვლევის ინსტრუმენტებთან დაკავშირებით.

ინფორმაციის მოძიების წყაროები:

სერვისის მუშაობაზე ინფორმაციის მოძიება ხდებოდა:

1. სერვისის დოკუმენტაციის შესწავლით - შრომითი ხელშეკრულებების, შინაგანაწესის, შიდა ბრძანებების, პაციენტების ანკეტები, მედიკამენტების აღრიცხვის, შესრულებული სამუშაოს და ა.შ.
2. სტრუქტურირებული ინტერვიუებით - ინტერვიუ ტარდებოდა სერვისის ადმინისტრაციის წარმომადგენლებთან, მულტიდისციპლინური გუნდის წევრებთან, სერვისის მომხმარებლებთან და მათ მზრუნველებთან.

კვლევის დაწყებამდე ყველა მონაწილეს განემარტებოდა კვლევის მიზანი და შინაარსი. თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე ფორმდებოდა ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელის მოწერით.

სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული სერვისები

სერვისის მახასიათებლები

2020 წლის მარტი-აგვისტოს პერიოდში ჩატარებული 16 ამბულატორიული სერვისის ზოგადი მონაცემები:

სერვისში რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით 9 დანესებულებაში მოსახლეობის მოცვა მერყეობს 0,5-1,5% ფარგლებში. ხუთ ამბულატორიაში ეს რიცხვი 2%-ს აღემატება, ხოლო ზუგდიდის ამბულატორიაში მოსახლეობის მოცვა 4%-ია, ხოლო ქუთაისის ამბულატორიაში 6%-ი (იხილეთ დანართი, გრაფიკი 1), რაც აღემატება ზოგად პოპულაციაში იმ ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაჩვენებლებს, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამით იფარებიან (იხილეთ დანართი, გრაფიკი 2). ეს მონაცემები, ასევე, გარკვეულ წინააღმდეგობაში მოდიან წლის მანძილზე განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობასთან. ბინაზე და ოფისში ვიზიტების ერთობლივი მაჩვენებლების შეჯერების შედეგად გამოდის, რომ იმ ამბულატორიებში, სადაც მოსახლეობის მოცვა 2%-ს აღემატება იმის ალბათობა, რომ ზრუნვაში ჩართული ყველა პაციენტი, სულ ცოტა, სამ თვეში ერთხელ მაინც მიიღებს მომსახურებას აღნიშნულ სერვისში „0“-ის ტოლია (იხილეთ დანართი, ცხრილი 2).

დემოგრაფიული მონაცემების მიხედვით ზრუნვაში ჩართულ პაციენტებს შორის მამაკაცების რაოდენობა ჭარბობს ქალების რაოდენობას და ყველაზე დიდი ასაკობრივი ჯგუფი 18-დან 65 წლამდე ასაკის პაციენტია (იხილეთ დანართი, ცხრილი 3).

სათემო ამბულატორიულ სერვისებში წამყვანია მკურნალობის ბიოლოგიური მეთოდი. ამბულატორიაში მისულ პაციენტებს უპირატესად უტარდებათ ფსიქიატრის კონსულტაცია, ხოლო მულტიდისციპლინური გუნდის რესურსები/შესაძლებლობები არასრულადაა გამოყენებული. ამბულატორიების უმეტესობას ჰყავს სხვადასხვა პროფესიის მქონე თანამშრომელთა გუნდი (იხილეთ დანართი, ცხრილი 4), მაგრამ არ ხდება მათი მუშაობის სათანადო კოორდინაცია, არ არის დანერგილი მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობა, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მოთხოვნაა. ამით მცირდება სერვისის ეფექტურობა.

ამბულატორიის სამუშაო დღე/კვირა ერთფეროვანი და ნაკლებად სტრუქტურირებულია, დიდი დრო მიაქვს დოკუმენტაციასთან რუტინულ მუშაობას;

ვიზიტებისა და ფსიქიატრების რაოდენობის მიხედვით დღიური ვიზიტების რიცხვი მერყეობს 5-დან 15 კონსულტაციამდე (იხილეთ დანართი, ცხრილი 5). (ცხრილში მოცემული მონაცემები გათვლილია თვეში საშუალოდ 18 სამუშაო დღეზე, ვინაიდან გათვალისწინებულია როგორც შაბათ-კვირა და დღესასწაულები, ასევე შვებულების პერიოდი)

ყველა ამბულატორიულ სერვისში მუშაობს მინიმალური სტანდარტით გათვალისწინებული ფსიქიატრების საკმარისი რაოდენობა (იხილეთ დანართი, ცხრილი 4). ყვითელი ფერით აღნიშნულია სტანდარტით გათვალისწინებული სასურველი რაოდენობა, ვარდისფერი ფერით - სასურველზე მეტი რაოდენობა, ხოლო ცისფერით - სასურველზე ნაკლები რაოდენობა). გარკვეული დეფიციტი აღინიშნება ფსიქოლოგებისა და ექთნების რაოდენობის მხრივ. რაც შეეხება სოციალურ მუშაკებს, მათი რაოდენობა, უმეტესად, სტანდარტს შეესაბამება. თუმცა, მათ უმრავლესობას, არ აქვს სპეციალიზებული დიპლომი, ლიცენზია ან სერტიფიკატი. ხშირ შემთხვევაში, სოციალურ მუშაკებად გაფორმებული არიან ფსიქიატრები, ექთნები, ფსიქოლოგები ან სხვა სპეციალობის მქონე პირები.

2018 წლის მონაცემებთან შედარებით კადრების მხრივ მდგომარეობა გაუმჯობესებ-

ულია. უფრო მეტ დაწესებულებას ჰყავს საკმარისი რაოდენობის ექთანი, ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი. ასევე, 2018 წლის მონაცემებისგან განსხვავებით, პრაქტიკულად ყველა ამბულატორიულ სერვისს ჰყავს ბავშვთა ფსიქიატრი. თუმცა, საკმარისი რაოდენობისა და კვალიფიკაციის კადრების არსებობა კვლავ პრობლემატურ საკითხად რჩება.

სხვადასხვა ამბულატორიაში ბიუჯეტის განაწილება პირდაპირ და არაპირდაპირ ხარჯებზე მნიშვნელოვნად ვარირებს. მაგალითად, მედიკამენტების საშუალო % თვიური ხარჯი მერყეობს 32%-დან 66%-მდე. ასევე, განსხვავებულია მულტიდისციპლინური გუნდის წევრების ხელფასები (იხილეთ დანართი, ცხრილი 6).

მედიკამენტების ხარჯები არ არის დამოკიდებული სერვისში ჩართული პაციენტების რაოდენობაზე ($r = -0.25$), ხოლო სპეციალისტების ხელფასები მათი დატვირთვის მაჩვენებლებზე ($r = -0.06$).

მედიკამენტების მარაგი ამბულატორიებში 2017 წელთან შედარებით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. დაწესებულებებს აქვთ როგორც ტიპური, ასევე ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატები და ახალი თაობის ანტიდეპრესანტები. თუმცა, მომწოდებლები (განსაკუთრებით სახელმწიფო კონსოლიდირებული ტენდერებით შეძენილი პრეპარატების შემთხვევაში) სერვისებს დაბალხარისხიანი ჯენერიკებით ამარაგებენ. დეფიციტია დეპო პრეპარატებთან დაკავშირებით. ანტიდეპრესანტური პრეპარატებიდან, მხოლოდ ორ ამბულატორიაშია მემანტინი ხელმისაწვდომი. ხშირად, არის შეფერხება მედიკამენტების რეგისტრაციასა, თუ მიწოდებასთან დაკავშირებით.

დასკვნები

დასკვა 1 - ზრუნვაში ჩართული პირების რაოდენობის ოფიციალური მონაცემები, რიგ შემთხვევაში, არ შეესაბამება რეალობას, რაც ამახინჯებს სტატისტიკურ მაჩვენებლებს და სერვისებზე საჭიროების რეალურ სურათს.

დასკვნა 2 - ამბულატორიული მომსახურება, უპირატესად, შემოიფარგლება ბიოლოგიური მოდელით. პაციენტებს ძირითადად უტარდებათ ფსიქიატრის კონსულტაცია და მედიკამენტური მკურნალობა. შესაბამისად, ფსიქიატრების დატვირთვა მაღალია და დღეში საშუალოდ 10-15 პაციენტს შეადგენს. მულტიდისციპლინური გუნდის სხვა სპეციალისტების რესურსი სათანადოდ გამოყენებული არაა.

დასკვნა 3 - დაწესებულებებში ფსიქიატრების რაოდენობა საკმარისია, პრაქტიკულად ყველა ამბულატორიას ჰყავს ბავშვთა ფსიქიატრი. თუმცა, გარკვეული დეფიციტი აღინიშნება ექთნების, ფსიქოლოგების და კვალიფიციური სოციალური მუშაკების მხრივ. მათი ჩართულობა პაციენტის ზრუნვაში ძალიან დაბალია.

დასკვნა 4 - პაციენტის ზრუნვაზე (როგორც მედიკამენტებზე, ასევე პერსონალის ანაზღაურებაზე) დახარჯული თანხები სხვადასხვა ამბულატორიაში განსხვავებულია და არ არის დამოკიდებული ზრუნვაში ჩართული პაციენტების რაოდენობაზე, პერსონალის დატვირთვაზე და სპეციალისტების რაოდენობაზე.

დასკვნა 5 - მედიკამენტების მარაგი ამბულატორიებში 2017 წელთან შედარებით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. თუმცა, კონსოლიდირებული ტენდერებით მედიკამენტების შესყიდვის შემთხვევაში დაწესებულებები შეზღუდული არიან მედიკამენტების არჩევანსა და ფასების რეგულირებაში.

რეკომენდაციები

რეკომენდაცია 1 - სახელმწიფო პროგრამაში გადაიხედოს ზრუნვიდან მოხსნის რეგულაცია და დაემატოს იმ პაციენტების აღრიცხვიდან მოხსნის წესი, რომლებსაც რამდენიმე წელი არ უსარგებლიათ ამბულატორიული მომსახურებით.

რეკომენდაცია 2 - როდესაც მომსახურების მიწოდებაში სრულად იქნებიან ჩართული კვალიფიციური ექთნები, ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები, მაშინ შესაძლებელი გახდება როგორც ვიზიტების რაოდენობის გაზრდა, ასევე უფრო მეტი პაციენტისთვის მრავალფეროვანი მომსახურების მიწოდებაც. ამის უზრუნველყოფისთვის საჭიროა პერსონალის მდგ პრინციპების საკითხებთან დაკავშირებით პერმანენტული ტრენინგება, მონიტორინგის მექანიზმის შემუშავება და მდგ პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობისთვის სუპერვიზია.

რეკომენდაცია 3 - ამბულატორიის მომსახურების არეალში მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით დაფინანსების მოდელთან ერთად, რაც სამართლიანი რეგიონული განაწილების მნიშვნელოვანი წინაპირობაა, აუცილებელია დაფინანსების დამატებითი რეგულაციების შემუშავება, რომლებიც პაციენტებზე თანხების თანაბარ განაწილებასა და პერსონალის ფინანსურ მოტივაციას უზრუნველყოფენ.

რეკომენდაცია 4 - გადასახედია კონსოლიდირებული ტენდერების პირობები და რეგულაციები.

ხარისხი & უფლებები - ინსტრუმენტების ნაკრები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ხარისხისა და ადამიანის უფლებების შეფასება და გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის დაწესებულებებში

სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორია

მსოფლიო ჯანდაცვის ხარისხისა და უფლებების ინსტრუმენტთა ნაკრები შემუშავებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის სერვისების შეფასებისთვის. მასში მოცემულია პრაქტიკული ინფორმაცია, თუ რა პარამეტრებს უნდა მიექცეს ყურადღება უფლებებისა და ხარისხის შემონახვისა და მათი გაუმჯობესების მიზნით. იგი ეფუძნება გაეროს შებენიანი შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციას და მოიცავს 5 ძირითად თემას:

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

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

თემა 3. სამართლებრივი უფლებაუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14)

თემა 4. ნამების ან სასტიკი, არაჰუმანური, დამამცირებელი მოპყრობისა ან სასჯელისაგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 15 და 16)

თემა 5. დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 19)

ხარისხისა და უფლებების სტანდარტის ინსტრუმენტთა ნაკრების გამოყენების მიზანია:

1. შეაფასოს ადამიანის უფლებების და ხარისხის სტანდარტი, რომელთა დაცვა სავალდებულოა როგორც სტაციონარულ, ასევე სტაციონარგარეთა სერვისებში;
2. მოამზადოს ანგარიში სერვისებში ამ მხრივ არსებული მდგომარეობის შესახებ;
3. შეიმუშავოს სერვისის გაუმჯობესებისთვის შესაბამისი რეკომენდაციები.

შედეგების ანალიზის დროს გავითვალისწინეთ მხოლოდ ის პარამეტრები, რომლებიც სტაციონარგარეთა სერვისებისთვის იყო რელევანტური.

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

თემა 1 მოიცავდა შემდეგ პარამეტრებს:

სტანდარტი 1.1 შენობა კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაშია

- 1.1.1 შენობა კარგ მდგომარეობაშია (მაგალითად ფანჯრები არ არის გატეხილი, კედლებიდან საღებავი არ ცვივა).
- 1.1.2 შენობა ხელმისაწვდომია ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის.

- 1.1.3 შენობის განათება (ბუნებრივი და ხელოვნური), გათბობა და ვენტილაცია კომფორტულ გარემოს ქმნის.
- 1.1.4 შესაბამისი ზომებია მიღებული, რომ ადამიანები არ დაზიანდნენ ხანძრის შემთხვევაში.

სტანდარტი 1.3 დაწესებულება აკმაყოფილებს ჰიგიენურ და სანიტარულ ნორმებს.

- 1.3.1 სააბაზანო და ტუალეტი სუფთაა და სათანადოდ მუშაობს (სანიტარული და ჰიგიენური პირობები დაცულია)

სტანდარტი 1.5 სერვისის მომხმარებლებს თავისუფლად შეუძლიათ კომუნიკაცია და პირადი ცხოვრება დაცულია.

- 1.5.2 სერვისის მომხმარებლების კომუნიკაციის პრივატულობა დაცულია.
- 1.5.3 სერვისის მომხმარებლებს შეუძლიათ კომუნიკაცია მათთვის სასურველ ენაზე და დაწესებულება უზრუნველყოფს დახმარებას (მაგ. თარჯიმანი), რომ პიროვნებას ჰქონდეს საკუთარი საჭიროებების გამოხატვის შესაძლებლობა.

სტანდარტი 1.6 დაწესებულება უზრუნველყოფს კეთილგანწყობილ, კომფორტულ, მასტიმულირებელ გარემოს აქტიური მონაწილეობისა და ურთიერთობისთვის.

- 1.6.1 ავეჯი საკმარისია, კომფორტული და კარგ მდგომარეობაშია.
- 1.6.2 დაწესებულების განლაგება ხელს უწყობს ურთიერთობას სერვისის მომხმარებლებსა და პერსონალს შორის.
- 1.6.3 დაწესებულება უზრუნველყოფს საჭირო რესურსებს, აღჭურვილობის ჩათვლით, რომ სერვისის მომხმარებლებს მოსაყდელი სივრცე მოწესრიგებული ჰქონდეთ.

სტანდარტი 1.7 სერვისის მომხმარებლებს შეუძლიათ ისიამოვნონ სოციალური და პირადი ცხოვრებით და შეინარჩუნონ ჩართულობა საზოგადოებრივ ცხოვრებასა და აქტივობებში.

- 1.7.1 სერვისის მომხმარებლებს როგორც დაწესებულების შიგნით, ასევე თემში სთავაზობენ ასაკობრივად შესაფერის რეგულარულად დაგეგმილ, ორგანიზებულ აქტივობებს.
- 1.7.2 პერსონალი სერვისის მომხმარებლებს აწვდის ინფორმაციას თემში მიმდინარე აქტივობების შესახებ და ხელს უწყობს ამ აქტივობებში ჩართვას.
- 1.7.3 პერსონალი ხელს უწყობს სერვისის მომხმარებელთა ჩართვას დაწესებულების გარეთ მიმდინარე გასართობ აქტივობებში და თემის გასართობი ღონისძიებების ჩატარებას დაწესებულებაში.

შედეგები

ზოგადად, ვერც ერთი ამბულატორიული დაწესებულება სრულად ვერ აკმაყოფილებს სტანდარტს ცხოვრების ადეკვატურ უფლებებზე. შედარებით უკეთესი მდგომარეობაა იმ დაწესებულებებში, სადაც გარემონტებული შენობა და განახლებული ავეჯია, თუმცა ასეთ

სერვისებშიც ყოველთვის არაა გათვალისწინებული ის პირობები, რომლებიც საჭიროა მასტიმულირებელი და კეთილგანწყობილი გარემოს შექმნისა და სოციალურ ინტეგრაციაზე ორიენტირებული აქტივობების დანერგვისთვის (იხილეთ დანართი, ცხრილი 7).

ამბულატორიული სერვისების ნახევარი (8/16) განთავსებულია შენობაში (ბათუმი, რუსთავი, თერჯოლა, საოჯახო მედიცინის ცენტრი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, სენაკის და ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები, ბ.ნანეიშვილის სახლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი), რომელიც კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაშია. მხოლოდ ექვსი დაწესებულება სრულად აკმაყოფილებს სანიტარულ-ჰიგიენურ ნორმებს (ბათუმი, რუსთავი, სამტრედია, ხონი, საოჯახო მედიცინის ცენტრი და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი,) და მხოლოდ 5 დაწესებულებას აქვს სრულად უზრუნველყოფილი მასტიმულირებელი კეთილგანწყობილი გარემო და სანიტარულ ჰიგიენური ნორმები (ბათუმი, ხონი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, საოჯახო მედიცინის ცენტრი, სენაკის ფქ ცენტრი).

აღსანიშნავია, რომ ამბულატორიების უმრავლესობაში (12/16), არასაკმარისი ინფრასტრუქტურული და სან-ჰიგიენური პირობების მიუხედავად, თავისუფალი კომუნიკაცია პაციენტებთან სრულადაა უზრუნველყოფილი (დაცულია პრივატულობა, სასურველ ენაზე კომუნიკაცია შესაძლებელია). ერთ ამბულატორიაში (ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში,) ნაწილობრივ არის დანერგილი სოციალური ინტეგრაციის ხელშემწყობი აქტივობები. ორ ამბულატორიაში კი მხოლოდ ინიცირებული (გლდანი და გორი). დანარჩენ დაწესებულებებში ეს სტანდარტი (1.7) ინიცირებულიც კი არაა (იხილეთ დანართი, ცხრილი 7).

ამბულატორიების დიდ უმრავლესობას არ ყოფნის სამუშაო სივრცე, მათ შორის ზრუნვის ფსიქო-სოციალური მეთოდების დასანერგად;

სხვადასხვა სერვისი იზიარებს ერთ სამუშაო სივრცეს;

პაციენტთა მოსაცდელეები არ არის გამიჯნული, არასაკმარისადაა აღჭურვილი ავეჯით და საინფორმაციო მასალით.

ტუალეტები არ არის ადაპტირებული ეტლით მოსარგებლევებისთვის, ბევრგან არ მოდის თბილი წყალი, არ არის დაცული სხვა შესაბამისი ნორმები.

კომპიუტერული ტექნიკით აღჭურვა საჭიროებს გაუმჯობესებას, ზოგ ამბულატორიაში არ აქვთ ინტერნეტი

ამბულატორიაში და/ან თემში არაფერი ვეთდება სერვისის მომხმარებელთა ჩართვის-ათვის გასართობ აქტივობებში.

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

თემა 2 აფასებს შემდეგ პარამეტრებს:

სტანდარტი 2.1 დაწესებულება ხელმისაწვდომია ყველასთვის, ვისაც სჭირდება მკურნალობა და დახმარება.

- 2.1.1 არავის ეუბნებიან უარს დაწესებულებაში მიღებასა თუ მკურნალობაზე ეკონომიკური ფაქტორების ან რასის, ფერის, სქესის, ენის, რელიგიის, პოლიტიკური თუ განსხვავებული აზრის, ეროვნების, ეთნიკური, სოციალური წარმომავლობის, მკვიდრობის, საკუთრების, უნარშემზღვეულობის, დაბადების, ასაკის ან სხვა სტატუსის გამო.

- 2.1.2 ნებისმიერ პირს, ვისაც ესაჭიროება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობა, ამ დანესებულებაში იღებს დახმარებას ან იგზავნება სხვა დანესებულებაში, სადაც შესაძლებელია შესაბამისი დახმარების მიღება.
- 2.1.3 არც ერთ პირს დანესებულებაში არ იღებენ, არ მკურნალობენ ან არ აჩერებენ რასის, ფერის, სქესის, ენის, რელიგიის, პოლიტიკური თუ განსხვავებული აზრის, ეროვნების, ეთნიკური, სოციალური წარმომავლობის, მკვიდრობის, საკუთრების, უნარშემზღველობის, დაბადების, ასაკის ან სხვა სტატუსის გამო.

სტანდარტი 2.2 დანესებულებას ჰყავს კვალიფიციური პერსონალი და აწვდის კარგი ხარისხის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისს.

- 2.2.1 დანესებულებას ჰყავს პერსონალი საკმარისად მრავალფეროვანი უნარ-ჩვევებით, რომ გაუწიოს სერვისის მომხმარებლებსა და მათ ოჯახებს, მეგობრებსა თუ მზრუნველებს კონსულტირება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ინფორმირება, განათლება და მხარდაჭერა, რათა უზრუნველყოს დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა და საზოგადოებაში ჩართვა.
- 2.2.2 პერსონალისთვის ცნობილია, საზოგადოებაში დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობისა და ჩართულობის უზრუნველსაყოფად სათემო სერვისების და რესურსების არსებობისა და როლის შესახებ.
- 2.2.3 სერვისის მომხმარებლებს შეუძლიათ გაიარონ კონსულტაცია ფსიქიატრთან ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სპეციალისტთან, როდესაც მათ სურთ ამის გაკეთება.
- 2.2.4 დანესებულების პერსონალი მომზადებული და ლიცენზირებულია ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნასა და გადასინჯვაში.
- 2.2.5 პერსონალს უტარდება ტრენინგი და მიენოდება წერილობითი ინფორმაცია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ და იცნობენ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტებს, მათ შორის „შემზღვეული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციას“.
- 2.2.6 სერვისის მომხმარებლები ინფორმირებული არიან და აქვთ საშუალება სერვისის მიწოდებასა და გაუმჯობესებაზე საკუთარი აზრი გამოხატონ.

სტანდარტი 2.3 მკურნალობა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია და მხარდაჭერა ქსელებსა და სხვა სერვისებთან ურთიერთობა არის სერვისის მომხმარებელზე ორიენტირებული აღდგენის გეგმის [2] შემადგენელი ნაწილები და ხელს უწყობს სერვისის მომხმარებელთა დამოუკიდებელ ცხოვრებას.

- 2.3.1 სერვისის თითოეულ მომხმარებელს აქვს ინდივიდუალური აღდგენის გეგმა, რომელიც მოიცავს მის სოციალურ, სამედიცინო, დასაქმების და განათლების მიზნებს და ამოცანებს.
- 2.3.2 აღდგენის გეგმები ორიენტირებულია სერვისის მომხმარებელზე და ეფუძნება მის არჩევანსა და სურვილებს დახმარებასთან დაკავშირებით; გეგმები მოქმედებს, განიხილება და რეგულარულად ნახლდება სერვისის მომხმარებლის და შტატის წევრების მიერ.
- 2.3.3 აღდგენის გეგმის ფარგლებში ხდება მომხმარებელთა ნახალისება წინასწარ გამოხატონ ნება[3], რომელიც განსაზღვრავს მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების სასურველ და არასასურველ ვარიანტებს, თუკი ისინი მომავალში, რომელიმე მომენტში, ვერ შეძლებენ არჩევანის გამოხატვას.

- 2.3.4 თითოეული სერვისის მომხმარებელს მიუწვდება ხელი ფსიქოსოციალურ პროგრამებზე, რომელთა მიზანია სასურველი სოციალური როლის შესრულება დასაქმების, განათლების ან სხვა სფეროებისთვის საჭირო უნარ-ჩვევების განვითარების გზით. უნარების განვითარება მორგებულია პირის აღდგენის სასურველ გეგმას და შეიძლება მოიცავდეს ცხოვრებისა და თვითმომსახურების უნარ-ჩვევების გაძლიერებას.
- 2.3.5 სერვისის მომხმარებლები ნახალისებული არიან, რომ შექმნან სოციალური მხარდაჭერის ქსელი ან/ და შეინარჩუნონ კავშირი მათი ქსელის წევრებთან, რათა ხელი შეუწყონ საზოგადოებაში დამოუკიდებელ ცხოვრებას. დაწესებულება დახმარებას უწევს სერვისის მომხმარებლებს, მათი სურვილების შესაბამისად, დაუკავშირდნენ ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს.
- 2.3.6 დაწესებულება აკავშირებს სერვისის მომხმარებლებს ზოგადი ჯანდაცვის სისტემასთან, სხვა დონის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებთან

სტანდარტი 2.4 ფსიქოტროპული მედიკამენტები ფიზიკურად და ფინანსურად ხელმისაწვდომია და სათანადოდ გამოიყენება.

- 2.4.1 შესაბამისი ფსიქოტროპული მედიკამენტი (განსაზღვრავს ეროვნული ესენციური მედიკამენტების ნუსხა) არსებობს დაწესებულებაში ან შესაძლებელია დაინიშნოს.
- 2.4.2 ესენციური ფსიქოტროპული მედიკამენტების მუდმივი მარაგი საკმარისი რაოდენობისაა სერვისის მომხმარებელთა საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.
- 2.4.3 მედიკამენტის ტიპი და დოზა ყოველთვის შეესაბამება სერვისის მომხმარებელთა კლინიკურ დიაგნოზებს და რეგულარულად გადაიხედება.
- 2.4.4 სერვისის მომხმარებლები ინფორმირებული არიან შეთავაზებული მედიკამენტების მიღების მიზნისა და ნებისმიერი პოტენციური გვერდითი ეფექტის შესახებ.
- 2.4.5 სერვისის მომხმარებლები ინფორმირებული არიან მკურნალობის ვარიანტების შესახებ, რომლებიც შესაძლებელია წარმოადგენდეს მედიკამენტური მკურნალობის ალტერნატივას ან დაემატოს მას, მაგალითად ფსიქოთერაპია.

სტანდარტი 2.5 ზოგადი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისთვის ადეკვატური მომსახურება ხელმისაწვდომია.

- 2.5.1 სერვისის მომხმარებლებს სთავაზობენ ფიზიკური ჯანმრთელობის გამოკვლევებს და/ან კონკრეტული დაავადებების სკრინინგს დაწესებულებაში რეგისტრაციისას და რეგულარულად მას შემდეგ.
- 2.5.2 ზოგადი ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობა, მათ შორის ვაქცინაცია, სერვისის მომხმარებლებისთვის ხელმისაწვდომია დაწესებულებაში ან რეფერალის გზით.
- 2.5.3 როდესაც საჭიროა ქირურგიული ან სამედიცინო პროცედურები, რომლებიც ვერ ტარდება დაწესებულებაში, არსებობს რეფერალის მექანიზმები, რაც უზრუნველყოფს სერვისის მომხმარებლების მიერ სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღებას.
- 2.5.4 დაწესებულებაში რეგულარულად ხდება ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და განათლება.

- 2.5.5 სერვისის მომხმარებლები ინფორმირებული არიან და უტარდებთ კონსულტაცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე.
- 2.5.6 სერვისის მომხმარებლებს ზოგადი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები მიეწოდებათ თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე.

შედეგები

სერვისის ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილია ყველა ამბულატორიაში. მომსახურების მიღება შეუძლია ყველას, ვინც მიმართავს დაწესებულებას. არ ხდება დისკრიმინაცია რაიმე ნიშნით. ექიმ-ფსიქიატრთან ვიზიტი შესაძლებელია სამუშაო საათებში წინასწარი ჩანერით ან, ზოგ დაწესებულებაში, ჩანერის გარეშე. COVID 19 ეპიდემიური სიტუაციიდან გამომდინარე დაწესებულებები ასრულებენ პროტოკოლით განვიწყობენ მოთხოვნებს.

უმეტეს შემთხვევაში, პერსონალის კვალიფიკაცია სრულად ვერ აკმაყოფილებს სტანდარტით გათვალისწინებულ პირობებს. ამბულატორიაში მომუშავე ფსიქიატრები მომზადებული და ლიცენზირებული არიან ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის საკითხებში, თუმცა, მხოლოდ სამ დაწესებულებას (ფჯ და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, ბათუმი, ქუთაისი) ჰყავს პერსონალი საკმარისად მრავალფეროვანი უნარ-ჩვევებით, რომ გაუწიონ სერვისის მომხმარებლებსა და მათ ოჯახებს, მეგობრებსა თუ მზრუნველებს კონსულტირება, ინფორმირება, განათლება და მხარდაჭერა ფსიქოსოციალურ საკითხებში, რათა დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა და საზოგადოებაში ჩართვა უზრუნველყონ.

ზოგადი მონაცემებით, ყველა ამბულატორიული სერვისი საგრძნობლად ჩამორჩება სასურველ მაჩვენებელს ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი სტანდარტის ხელმისაწვდომის უფლებებზე (იხილეთ დანართი, გრაფიკი 3).

მომსახურების დეფიციტი განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და სხვა სომატური პრობლემების კუთხით (იხილეთ დანართი, გრაფიკი 4). ფსიქოტროპული პრეპარატებით ხანგრძლივი მკურნალობის შემთხვევაში მძიმე ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირებს ხელი არ მიუწვდებათ ისეთ აუცილებელ ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე, რომლებიც მნიშვნელოვანია პრეპარატების დოზირებისა და ტოქსიკური დონის განსასაზღვრათ და პრეპარატებით გამოწვეული საშიში გართულებების თავიდან ასაცილებლად (აგრანულოციტოზი, ლეიკოპენია, ლეიკოციტოზი, QT ინტერვალის გახანგრძლივება, ენდოკრინული ცვლილებები).

ასევე, სერიოზული სომატური პრობლემების შემთხვევაშიც ძალიან გართულებულია ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებისთვის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა.

ამბულატორიებში, სადაც პერსონალს აქვს სათანადო ცოდნა აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომის მნიშვნელობასა და ზრუნვაში ჩართული პირების უფლებებზე საკითხებზე, იქ გაცილებით უკეთესად არის დანერგილი ფსიქოსოციალური პროგრამები და აქტივობები, რომელიც პაციენტის სოციალურ ინტეგრაციაზეა მიმართული (მაგალითად, განათლების და დასაქმების ხელშეწყობა) (იხილეთ დანართი, ცხრილი 8)

ამბულატორიების უმეტესობაში სერვისის მომხმარებლებმა არ იციან, თუ როგორ არის შესაძლებელი მომსახურების გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით აზრის გამოხატვა. არ არის შემუშავებული შესაბამისი შიდა პროცედურები.

ამბულატორიების უმრავლესობის პერსონალს არასდროს ჩატარებია ტრენინგი ფსიქიკ-

ური აშლილობის მეორე ადამიანთა უფლებების, მათ შორის შშმ-თა უფლებების კონვენციის შესახებ.

ამბულატორიულ ზრუნვის პროცესში სერვისის მომხმარებლის ინდივიდუალური საჭიროებების, განსაკუთრებით ფსიქოლოგიური და სოციალური საჭიროებების გათვალისწინება არ ხდება/მინიმალურია, არ დგება მომხმარებელზე ორიენტირებული აღდგენის გეგმა, პერსონალი არ არის ტრენინგებული ამ საკითხთან დაკავშირებით. ერთ-ერთ მიზეზად სახელდება ასეთი ვალდებულების და აღდგენის გეგმის უნიფიცირებული ფორმის არარსებობა.

თემა 3. სამართლებრივი უფლებაუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14)

თემა 3 ითვალისწინებს კონფიდენციალობისა და საკუთარ დოკუმენტაციაზე ხელმისაწვდომობას და, შემდეგ პარამენტრებს მოიცავს:

სტანდარტი 3.4 სერვისის მომხმარებლებს აქვთ კონფიდენციალურობის დაცვის და პირადი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უფლება.

- 3.4.1 სერვისის თითოეული მომხმარებლისთვის იქმნება პერსონალური, კონფიდენციალური სამედიცინო ფაილი.
- 3.4.2 სერვისის მომხმარებლებს ხელი მიუწვდებათ მათ სამედიცინო ფაილში არსებულ ინფორმაციაზე.
- 3.4.3 მომხმარებელთა შესახებ ინფორმაცია კონფიდენციალურადაა დაცული.

პრაქტიკულად ყველა ამბულატორიაში სრულადაა უზრუნველყოფილი სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალობა. სერვისის თითოეული მომხმარებლისთვის შექმნილია პერსონალური, კონფიდენციალური სამედიცინო ანკეტა. ეს ინფორმაცია დაცულია და მასზე ხელი მიუწვდებათ მხოლოდ ამბულატორიის პერსონალს.

პრაქტიკულად ყველა ამბულატორიაში სერვისის მომხმარებლებს მოთხოვნის შემთხვევაში ეძლევათ ამონაწერი მათი სამედიცინო ბარათიდან, ამ ბარათების კონფიდენციალობის დაცვა უზრუნველყოფილია.

ტრადიციულად, პაციენტებს ხელში არ აძლევენ საკუთარ სამედიცინო ბარათებს, რის გამოც გეგმიური ვიზიტებისას მათ არ აქვთ ჩანაწერების გაცნობის შესაძლებლობა. ამბულატორიული ბარათების ჩანაწერების გაცნობის სურვილი პაციენტების მხრიდან იშვიათია (იხილეთ დანართი, ცხრილი 9).

თემა 5 დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 19)

თემა 5 ითვალისწინებს სერვისის მომხმარებლების ხელშეწყობას ანაზღაურებადი სამსახურის და განათლების მიღებაში, ასევე ღირსეული საცხოვრებლის და ფინანსური რესურსების მოპოვებაში.

სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიები ვერ უზრუნველყოფენ დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლებას, რაც, ხშირ შემთხვევაში, თემში ფსიქო-სოციალური პროგრამების არარსებობითაა განპირობებული. თუმცა, სოციალური პროგ-

რამების არსებობის შემთხვევაშიც, ამბულატორიების სოციალურ მუშაკებს შესაბამისი ინფორმაცია არ აქვთ და, შედეგად, პაციენტსაც სათანადო მომსახურებას ვერ უწევენ (იხილეთ დანართი, გრაფიკი 5).

ამის მიზეზი, შესაძლოა, სოციალური მუშაკების არასაკმარისი კვალიფიკაციაა, ვინაიდან სერვისების უმრავლესობაში დასაქმებულ სოციალურ მუშაკებს სპეციალიზებული დიპლომი, სერტიფიკატი ან ლიცენზია არ გააჩნიათ (სოციალური მუშაკის პოზიციაზე დასაქმებულები არიან ფსიქიატრები, ექთნები, ფსიქოლოგები ან სხვა სპეციალობის პირები).

დასკვნები:

1. ცხოვრების ადეკვატურ სტანდარტზე უფლების სრულად უზრუნველყოფისთვის ინფრასტრუქტურული და სანიტარული პირობების მონესრიგება აუცილებელია, თუმცა არასაკმარისი პირობაა. ამბულატორიების უმრავლესობას არ აქვს ფსიქო-სოციალური აქტივობებისთვის საჭირო ფართობი, კომფორტული და მასტიმულირებელი გარემო.
2. ამბულატორიაში პაციენტები იღებენ დამაკმაყოფილებელ ფსიქოფარმაკოლოგიურ მკურნალობას, თუმცა დანერგილი არაა აღდგენაზე ორიენტირებული ზრუნვა და მნიშვნელოვნად გართულებულია პაციენტისთვის სომატური პრობლემების მოგვარება. სათანადო ყურადღება არ ექცევა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასაც.
3. ამბულატორიაში მომუშავე ფსიქიატრები მომზადებული და ლიცენზირებული არიან ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის საკითხებში, თუმცა მხოლოდ სამ დაწესებულებას (ფჯ და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, ბათუმი, ქუთაისი) ჰყავს პერსონალი საკმარისად მრავალფეროვანი უნარ-ჩვევებით (რომლებსაც აქვთ აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომისა და პაციენტების უფლებრივ საკითხებზე შესაბამისი ცოდნა), რომ გაუწიონ სერვისის მომხმარებლებსა და მათ ოჯახებს კონსულტირება, ინფორმირება, განათლება და მხარდაჭერა ფსიქოსოციალურ საკითხებში.
4. ფსიქოტროპული პრეპარატებით ხანგრძლივი მკურნალობის შემთხვევაში მძიმე ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირებს ხელი არ მიუწვდებათ აუცილებელ ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე.
5. არ არსებობს რეფერალის მექანიზმები, რომელიც უზრუნველყოფს იმ სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღებას, რომელიც არ ტარდება დაწესებულებაში; რეფერალს აქვს მეტწილად სერვისის მოსარგებლისთვის სიტყვიერი რჩევის მიცემის ხასიათი.
6. ამბულატორიებში, სადაც პერსონალს აქვს სათანადო ცოდნა აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომის მნიშვნელობასა და ზრუნვაში ჩართული პირების უფლებებრივ საკითხებზე, იქ გაცილებით უკეთესად არის დანერგილი ფსიქოსოციალური პროგრამები და აქტივობები, რომელიც პაციენტის სოციალურ ინტეგრაციაზეა მიმართული.
7. სოციალური მუშაკების დაბალი კვალიფიკაციისა და თემში სოციალური პროგრამების სიმწირის გამო სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიები ვერ უზრუნველყოფენ დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლებას.

რეკომენდაციები

1. სერვისების დაფინანსებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს დაწესებულებების ინფრასტრუქტურული საჭიროებები. უნდა შემუშავდეს სამუშაო სივრცის მინიმალური სტანდარტი, რათა შესაძლებელი გახდეს ფსიქო–სოციალური მიმართულების სამკურნალო მეთოდებისა და აქტივობების დანერგვისთვის საჭირო ფართის გამოყოფა.
2. საჭიროა მედპერსონალის ცნობიერების ამაღლება პაციენტების უფლებების საკითხებთან დაკავშირებით.
3. აუცილებელია პერსონალისთვის სისტემატიური ტრენინგების ჩატარება როგორც პროფესიულ, ასევე უფლებებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე.
4. სომატური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისთვის უნდა შეიქმნას რეფერალის გამართული სისტემა ფჯ სერვისებსა და სხვა სამედიცინო სერვისებს შორის.
5. ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების სოციალურ სამსახურებს უნდა დაევალოთ შშმ პირების საჭიროებაზე მორგებული სათემო ფსიქო–სოციალური პროგრამების შექმნა და ფინანსური ხელშეწყობა.
6. უნდა გადაიხედოს სოციალური მუშაკის პოზიციაზე დასაქმების რეგულაციები.

სათემო ფსიქიატრიული მობილური გუნდი

სერვისის მახასიათებლები

2020 წლის მარტი-აგვისტოს პერიოდში ჩატარდა 14 ფსიქიატრიული სათემო მობილური გუნდის მონიტორინგი შემდეგი ინსტრუმენტების გამოყენებით:

1. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ხარისხისა და უფლებების ინსტრუმენტების ნაკრები, რომელიც შემუშავებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ (The WHO QualityRights Tool Kit) ფსიქიატრიული და სოციალური სერვისების შეფასებისთვის.
2. სათემო ფსიქიატრიული მობილური გუნდის ხარისხის მონიტორინგის ინსტრუმენტით და
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მობილური მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის შეფასების ინსტრუმენტით.

მიღებული მონაცემების მიხედვით თითოეულ სერვისში ჩართული პაციენტების რაოდენობა მერყეობს 15-დან (ხონის ფჯ გუნდი) 41 პირამდე (თელავის ფჯ გუნდი) (ცხრილი 10), ხოლო მობილური გუნდის 14 სერვისში სულ 456 პაციენტია ჩართული.

სერვისში ჩართული პაციენტების თითქმის 90% 18-65 წლისაა და მხოლოდ 10% 65 და მეტი წლის. სქესის მიხედვით უმნიშვნელოდ მეტია მამაკაცების რაოდენობა (ცხრილი 11). პაციენტების უმრავლესობას აქვს შიზოფრენიული სპექტრის, შიზოტიპური, შიზოაფექტური და ბოდვითი აშლილობები (F20-F29) (გრაფიკი 6).

სათემო მობილური სერვისის მულტიდისციპლინური გუნდის მინიმალური შემადგენლობა 3 სპეციალისტისგან შედგება. ყველა გუნდს ჰყავს 1 ან 2 ფსიქიატრი, ექთანი (მხოლოდ GAMH არ ჰყავს ექთანი), გარკვეული დეფიციტი არის ფსიქოლოგებთან დაკავშირებით, ხოლო რაც შეეხება სოციალურ მუშაკებს, ხშირ შემთხვევაში, ამ პოზიციაზე მუშაობენ სხვადასხვა კვალიფიკაციის პირები, რომლებსაც სოციალურ მუშაობაში სპეციალიზებული განათლება არ აქვთ. სათემო მობილურ გუნდებში მომუშავე სპეციალისტთა რაოდენობა მერყეობს 3-დან 5 პირამდე (ცხრილი 12).

ზრუნვაში ჩართულ პაციენტებთან ვიზიტების საშუალო რაოდენობა განსხვავებულია და თვეში 1-6 ვიზიტს შეადგენს (6 ვიზიტი ბათუმში და 1 ვიზიტი ქუთაისში). თუ ჩავთვლით, რომ ვიზიტის საშუალო ხანგრძლივობა 1.5 საათია, მაშინ ვიზიტებზე დახარჯული დრო მნიშვნელოვნად განსხვავებულია სერვისებს შორის და მერყეობს 143 საათიდან (ბათუმში) 39 საათამდე (ხონში). ასევე, განსხვავებულია სხვა აქტივობებზე დახარჯული დრო, როგორცაა დოკუმენტაციის შევსება, მდგ შეკრებები, ინდივიდუალური გეგმების შედგენა და/ან სხვა ფსიქო-სოციალური ღონისძიებები. მაგალითად, სხვა აქტივობებს 295 საათი ეთმობა თელავში, ხოლო 11 საათი მარნეულში. თვიური ვიზიტების ინტენსივობა არ არის დამოკიდებული სერვისებში პაციენტების და სპეციალისტების რაოდენობის თანაფარდობაზე ($r=-0.19$) და სპეციალისტების საათობრივ დატვირთვაზე ($r=0.19$) (ცხრილი 13).

მნიშვნელოვნად განსხვავებულია მდგ წევრების საათობრივი დატვირთვა (ცხრილი 14). მაგალითად, ფსიქიატრის მინიმალური დატვირთვა არის 5.5 საათი კვირაში (ხონი), ხოლო მაქსიმალური 22 საათი კვირაში (ქავთარაძე საბურთალო/ვაკე). დაბალი საათობრივი დატვირთვა, ხშირ შემთხვევაში, განპირობებულია იმით, რომ მობილურ გუნდში დასაქმებული პერსონალი სხვა სერვისებშიც მუშაობს და, შედეგად, მობილურ სერვისს სრულ სამუშაო დროს ვერ უთმობს. რაც ნაკლებია სპეციალისტების საათობრივი დატვირთვა,

მით ნაკლები დრო იხარჯება ვიზიტებზე, მდგ შეხვედრებზე, ინდივიდუალური გეგმის შედგენასა და აღდგენაზე ორიენტირებული ინტერვენციების განხორციელებაზე.

ბიუჯეტის განაწილება:

ერთი სათემო მობილური გუნდის ბიუჯეტი განსზღვრულია 7100 ლარი/თვე ოდენობით და არ არის დამოკიდებული სერვისში ჩართული პაციენტების და მდგ წევრების რაოდენობასა და მათ საათობრივ დატვირთვაზე.

მედიკამენტებზე დახარჯული თანხა მერყეობის საერთო ბიუჯეტის 5%-დან 25%-მდე, ხოლო მდგ წევრების ხელფასი 20.7%-დან (ხონი) -76%-მდე (ლანჩხუთი) (ცხრილი 15)

მდგ წევრების ხელფასები ძალიან განსხვავებულია. არსებობს მაღალი კორელაცია ექთნის და ფსიქოლოგის საათობრივ დატვირთვასა და ხელფასს შორის ($r=0.79$ და $r=0.77$ შესაბამისად), ზომიერი კორელაცია ფსიქიატრის საათობრივ დატვირთვასა და ხელფასს შორის ($r=-0.45$), თუმცა არანაირი კორელაცია არ არის სოციალური მუშაკის საათობრივ დატვირთვასა და ანაზღაურებას შორის ($r=0.1$) (ცხრილი 16). როგორც აღვნიშნეთ, სოციალური მუშაკების კვალიფიკაცია მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა სერვისში, თუმცა მათი ხელფასი მათი კვალიფიკაციით არ განისაზღვრება. არსებობს ზომიერი კორელაცია სერვისის მუშაობის ხარისხსა და პირდაპირი ხარჯების ოდენობას შორის. რაც მეტი თანხა იხარჯება მედიკამენტებსა და მდგ ხელფასებზე, მით უფრო ეფექტურად ფუნქციონირებს სერვისი (DACT მახასიათებლებსა და პირდაპირ ხარჯებს შორის კორელაცია $r=0.5$)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მობილური მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის შეფასების ინსტრუმენტი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მობილური მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის სკალა შემუშავებულია მობილური სერვისის ფუნქციონირებისა და მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის. იგი შედგება სამი ძირითადი ქვესკალისგან:

1. H ქვესკალა განსაზღვრავს ადამიანური რესურსის შესაბამისობას სერვისის მუშაობის მოთხოვნებთან, კერძოდ, პაციენტებთან თანაფართობას/საკმარისი კადრის და პერსონალის რაოდენობას, გუნდური მუშაობის უნარს, სტაბილურობას, გუნდის დაკომპლექტებას ფჯ სპეციალისტებით და კადრების კვალიფიკაციას.
2. O ქვესკალა განსაზღვრავს ორგანიზაციულ საკითხებს - პაციენტების სერვისში ჩართვის სისწრაფეს და კრიტერიუმებს, პაციენტის მდგომარეობაზე ორიენტირებული ზრუნვის მიწოდებას, პაციენტის საჭიროებიდან გამომდინარე სხვა სერვისებთან თანამშრომლობას და სერვისის მობილურობას.
3. S სკალა განსაზღვრავს სერვისის ხასიათს - მომსახურების ინტენსივობას, მკურნალობის უზრუნველყოფას თემში, პაციენტის მდგომარეობაზე საკმარისად ზრუნვას, რომ არ მოხდეს ან მინიმალურ შემთხვევებში მოხდეს პაციენტის უფრო მაღალი ინტენსივობის სერვისებში გადამისამართება და მხარდამჭერ პირებთან თანამშრომლობა.

ფჯ მობილური მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობის სკალის შედეგების მიხედვით გამოვლინდა, რომ ადამიანური რესურსების მიხედვით მაჩვენებლები განსხვავებულია და მერყეობს 19/35 (ხონი) 32/35 (ოზურგეთი) ქულების ფარგლებში. ორგანიზაციული მაჩვენებელი მერყეობს საუკეთესო 40/40 ქულიდან (გლდანი) 30 ქულამდე (ბათუმი, ხონი,

ლანჩხუთი), ხოლო სერვისის ინტენსივობისა და ინდივიდუალური ზრუნვის მაჩვენებლის მიხედვით საუკეთესო შედეგი იყო 24/25 ქულა (თელავი), ხოლო ყველაზე დაბალი შეფასება იყო 14 ქულა (ბათუმი) (ცხრილი 17).

მომსახურების ხარისხის საერთო მაჩვენებლის მიხედვით სერვისების უმრავლესობას საშუალოზე მაღალი შეფასება აქვს (75/100), რაც მიუთითებს იმაზე, რომ სათემო მობილური გუნდების უმრავლესობა (ბათუმისა და ხონის გარდა) სტანდარტით მოთხოვნილ ხარისხს აკმაყოფილებენ (ცხრილი 18).

დასკვნები

დასკვა 1 სათემო მობილურ სერვისებში მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა, სპეციალისტების საათობრივი დატვირთვა და სერვისში ჩართული პაციენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად განსხვავდება, რაც, გავლენას ახდენს თითოეულ პაციენტზე გამოყოფილი დროის ინტენსივობაზე და, შესაბამისად, ზრუნვის ხარისხზე.

დასკვნა 2 მობილური სერვისების უმეტესობაში სოციალურ მუშაკებად მუშაობენ სხვა სპეციალობის მქონე პირები, ვისაც არ აქვს პროფესიული განათლება სოციალურ მუშაობაში, რაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სერვისებში ფსიქო-სოციალური აქტივობების მოცულობას.

დასკვნა 3 მდგ ნევრების ანაზღაურება მნიშვნელოვნად ვარიირებს სხვადასხვა სერვისში და ხელფასის ოდენობის განსაზღვრა ხდება არა რაიმე ობიექტური მაჩვენებლების (მაგალითად, პერსონალის კვალიფიკაცია, პერსონალის დატვირთვის მაჩვენებლების), არამედ ადმინისტრაციის სუბიექტური გადაწყვეტილების მიხედვით.

დასკვნა 4 არსებობს ზომიერი კორელაცია მობილური სერვისის ხარისხსა (თუ რამდენად გამართულად მუშაობს სერვისი) და პირდაპირი ხარჯების (მედიკამენტებზე და ხელფასებზე დახარჯული თანხის) ოდენობას შორის.

დასკვნა 5 სათემო მობილური გუნდების შემადგენლობა, მუშაობის ინტენსივობის მაჩვენებელი და აღდგენაზე ორიენტირებული ზრუნვის საკითხებში პერსონალის კვალიფიკაცია მნიშვნელოვნად განსხვავებულია სხვადასხვა სერვისში, რაც მომსახურების ხარისხზე აისახება.

დასკვნა 6 სათემო მობილური სერვისების ხარისხი, ზოგადად, დამაკმაყოფილებელია, თუმცა როგორც ადამიანური რესურსებისა და კვალიფიკაციის, ასევე ორგანიზაციისა და ზრუნვის ინტენსივობის მიმართულებით გაუმჯობესებას საჭიროებს.

რეკომენდაციები

რეკომენდაცია 1 სათემო მობილური გუნდის თანაბარი ხარისხით მომსახურების უზრუნველყოფისთვის უნდა განისაზღვროს ერთი მობილური გუნდის სტანდარტული შემადგენლობა და მდგ სპეციალისტთა საათობრივი დატვირთვის ოპტიმალური მაჩვენებელი.

რეკომენდაცია 2 აუცილებელია სოც. მუშაკებისთვის ჩატარდეს პერმანენტული პროფესიული ტრენინგები.

რეკომენდაცია 3 მიზანშეწონილია, სერვისში მომუშავე მდგ წევრების ხელფასი განისაზღვროს მათი კვალიფიკაციისა და საათობრივი დატვირთვის მიხედვით.

რეკომენდაცია 4 სერვისის თანაბარი ხარისხის უზრუნველყოფისთვის უნდა შემუშავდეს პირდაპირი ხარჯების სტანდარტიზებული მიდგომა როგორც ხელფასების, ასევე მედიკამენტების ხარჯვის ნაწილში.

რეკომენდაცია 5 სათემო მობილური გუნდების მიერ სტაბილური და მაღალი ხარისხის მომსახურების უზრუნველყოფისთვის, მუდმივად უნდა ხორციელდებოდეს პერსონალის ტრენინგება და სუპერვიზია როგორც აღდგენაზე ორიენტირებული ზრუნვის, ასევე მომსახურების ორგანიზაციის საკითხებში.

ხარისხი & უფლებები - ინსტრუმენტების ნაკრები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ხარისხისა და ადამიანის უფლებების შეფასება და გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის დაწესებულებებში

თემა 1. უფლება ცხოვრების ადეკვატურ სტანდარტზე (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 28) - ინფრასტრუქტურული მოთხოვნების მიხედვით სათემო მობილური სერვისების 70%-ზე მეტი (10/14) განთავსებულია შენობაში, რომელიც კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაშია და სრულად აკმაყოფილებს სან-ჰიგიენურ მოთხოვნებს (12/14). თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, მათ არ აქვთ დამოუკიდებელი სამუშაო ფართი და იყენებენ სხვა სერვისების ოთახებს („შეხიზნული არიან ზოგი მიმღების ოთახში, ზოგი საკონფერენციო დარბაზში, ზოგი განყოფილების უფროსის კაბინეტში და ა.შ).

ასევე, მნიშვნელოვანი დეფიციტი აღინიშნება სოციალურ ინტეგრაციაზე ორიენტირებული აქტივობების კუთხით (ცხრილი 18).

თემა 2. უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 25) - სერვისის ხელმისაწვდომობა სრულადაა უზრუნველყოფილი ყველა მობილურ სერვისში ხონის გარდა (მაგალითად, ხონის გუნდი მუშაობს მხოლოდ ხონის ბენეფიციარებთან, თუმცა ვვალეა, რომ დაფაროს სხვა რაიონები: ლენტეხი, ცაგერი, მარტვილი, წყალტუბოს ნაწილი. ანუ 91000 ადამიანის ნაცვლად ნაწილობრივ ფარავს 23570 კაციან ხონს).

14-დან 7 სერვისის მულტიდისციპლინური გუნდი სრულადაა დაკომპლექტებული შესაბამისი ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტებით (ფსიქიატრი, ექთანი, ფსიქოლოგი/სოციალური მუშაკი), თუმცა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია და პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა დამაკმაყოფილებლად მხოლოდ ორ სერვისშია (GAMH და თელავი) უზრუნველყოფილი.

არსებობს მაღალი კორელაცია ($r=0.709$) მომსახურების ხარისხსა და პერსონალის კვალიფიკაციას შორის. იმ სერვისებში, სადაც ჰყავთ კადრები, რომლებსაც მულტიდისციპლინური მუშაობის, აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომის სათანადო კვალიფიკაცია და, ასევე, ზრუნვაში ჩართული პირების უფლებრივ საკითხებზე შესაბამისი ცოდნა გააჩნიათ, პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვა და ფსიქოსოციალური მომსახურება უკეთესადაა უზრუნველყოფილი (ცხრილი 20).

სათემო მობილური სერვისების მედიკამენტებით მომარაგება ძირითადად დამაკმაყოფილებელია და დანიშნულება, უპირატესად, დიაგნოზს შეესაბამება. თუმცა, პაციენტები ყოველთვის არ არიან ინფორმირებული მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ (ცხრილი 19).

სერვისების უმრავლესობას არ აქვთ შემუშავებული ზრუნვაში ჩართული პაციენტებისა და მათი მზრუნველებისთვის აზრის გამოხატვის მექანიზმი, რომელიც მათ ანონიმურობას უზრუნველყოფს.

ზოგადი მონაცემებით, ყველა სათემო მობილური სერვისის საგრძნობლად ჩამორჩება სასურველ მაჩვენებელს სომატური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინფორმირებულობას და რეფერირების უზრუნველყოფის საკითხში. თუმცა, სერვისებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებაა კონსულტირებისა და რეფერალის ორგანიზების კუთხით. მესტაფონის, გლდანის და ოზურგეთის მობილური გუნდებისთვის ეს მაჩვენებელი შედარებით დამაკმაყოფილებელია (43/60) (გრაფიკი 7).

ფსიქოტროპული პრეპარატებით ხანგრძლივი მკურნალობის შემთხვევაში სათემო მობილურ სერვისში ჩართულ პაციენტებს, ისევე როგორც ამბულატორიულ პაციენტებს, ხელი

არ მიუწვდებათ ისეთ აუცილებელ ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე, რომლებიც მნიშვნელოვანია პრეპარატების დოზირებისა და ტოქსიკური დონის განსასაზღვრათ და პრეპარატებით გამოწვეული საშიში გართულებების თავიდან ასაცილებლად (აგრანულოციტოზი, ლეიკოპენია, ლეიკოციტოზი, QT ინტერვალის გახანგრძლივება, ენდოკრინული ცვლილებები). მხოლოდ რამდენიმე მობილური სერვისი (ახალციხე, ოზურგეთი, გლდანის) ახერხებს პაციენტების ოჯახის ექიმთან რეფერირებას და, განსაკუთრებულ შემთხვევებში, გამოკვლევების უზრუნველყოფას. სომატური და რეპროდუქციული პრობლემების მოგვარება, საუკეთესო შემთხვევაში, მხოლოდ ზოგადი ხასიათის საგანმანათლებლო აქტივობებითა და ოჯახის ექიმთან გადამისამართებით შემოიფარგლება.

თემა 3. სამართლებრივი უფლებაუნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14) - სამედიცინო დოკუმენტაციის კონფიდენციალურობა სრულად დაცულია 14-დან მხოლოდ 6 დანესებულებაში. ეს უპირატესად განპირობებულია იმით, რომ მობილურ სერვისებს დამოუკიდებელი ოფისი არ გააჩნიათ და სხვა ფჯ სერვისის სამუშაო ფართობს იყენებს.

თემა 5. დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 19) - სათემო მობილურ სერვისებში საცხოვრებლის, განათლების და დასაქმების საკითხებში ხელშეწყობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად განსხვავებულია. თელავის, ზესტაფონის და ქუთაისის მობილურ სერვისებში დასაქმებასა და განათლებაში ხელშეწყობის სტანდარტი სრულადაა დაკმაყოფილებული. ხოლო ბათუმში, მარნეულში, ხონსა და ლანჩხუთში ინიცირებულიც კი არაა (გრაფიკი 8).

განსხვავებული მიდგომაა, ასევე, საცხოვრებლის და ფინანსური დახმარების მოძიების ხელშეწყობის კუთხით. თელავის, გლდანის, ზესტაფონის, ქუთაისის, ოზურგეთის მობილური გუნდების პერსონალს გაცნობიერებული აქვს სოციალური საჭიროებების მოგვარების მნიშვნელობა და თემში არსებული რესურსების ფარგლებში ეხმარება სერვისის მომხმარებლებს საცხოვრებლისა და ფინანსური დახმარების მიღებაში. ხოლო, ბათუმში, ხონში, მარნეულსა და ლანჩხუთში ეს სტანდარტი ინიცირებული არაა.

დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლების უზრუნველყოფისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორებია მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა და კვალიფიკაცია (Pearson's $r = 0.518 * H$ -ადამიანურ რესურსთან), სერვისში პაციენტის საჭიროებებზე ორიენტირებული ზრუნვის ორგანიზება (Pearson's $r = 0.61 * O$ -სერვისის ორგანიზებასთან) და თემში სოციალური პროგრამების არსებობა.

დასკვნები

დასკვა 1 - სერვისების უმეტესობას აქვს დამაკმაყოფილებელი ინფრასტრუქტურული და სან-ჰიგიენური პირობები, თუმცა მათ დიდ ნაწილს, კერძოდ 9 გუნდს არ აქვს თავისი სამუშაო სივრცე და იყენებენ სხვა სერვისების (მაგალითად, სტაციონარის, ამბულატორიის და სხვა ფჯ სერვისების) ოთახებს.

დასკვნა 2 - სათემო მობილური სერვისები, რომლებსაც საკუთარი სამუშაო სივრცე არ გააჩნიათ, პაციენტის ინფორმაციის დაცულობას ვერ უზრუნველყოფენ.

დასკვნა 3 - სათემო მობილური სერვისების მედიკამენტებით მომარაგება ძირითადად დამაკმაყოფილებელია და დანიშნულება, უპირატესად, დიაგნოზს შეესაბამება. თუმცა, პაციენტები ყოველთვის არ არიან ინფორმირებული მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ.

დასკვნა 4 - სათემო მობილურ სერვისში პაციენტები იღებენ დამაკმაყოფილებელ ფსიქოთერმაკოლოგიურ მკურნალობას, თუმცა მნიშვნელოვანი დეფიციტია აღდგენაზე ორიენტირებული ინტერვენციის მხრივ.

დასკვნა 5 - ყველა სათემო მობილური სერვისის საგრძნობლად ჩამორჩება სასურველ მაჩვენებელს სომატური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინფორმირებულობისა და რეფერირების უზრუნველყოფის კუთხით.

დასკვნა 6 - დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლების ხელშეწყობის მაჩვენებელი სხვადასხვა სერვისში განსხვავებულია და მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობასა და კვალიფიკაციაზე, ასევე სერვისის ორგანიზებაზე და თემში სოციალური პროგრამების არსებობაზე.

დასკვნა 7 - გუნდების აბსოლუტური უმრავლესობა სამინისტროში ანგარიშს აგზავნის მხოლოდ ორ კოდზე 15010445 და 15010446 (შინ მომსახურება, რეგულარული ვიზიტები, სატელეფონო კონსულტაცია და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა). თუმცა, საჭიროა გაიგზავნოს რეალურად შესრულებული სამუშაოს შესაბამისი კოდები, რასთან დაკავშირებითაც სპეციალისტებს ტრენინგება სჭირდებათ (ცხრილი 20).

დასკვნა 8 - გუნდების უმრავლესობას აქვს ტრანსპორტირების პრობლემები. ზოგ სერვისში ერთი მანქანაა გამოყოფილი მხოლოდ, ხოლო ზოგ მობილურ გუნდში ტრანსპორტის ხარჯები ადმინისტრაციის მიერ გათვალისწინებული არაა.

რეკომენდაციები

რეკომენდაცია 1 - პაციენტის ინდივიდუალური სამედიცინო ინფორმაციის უსაფრთხოებისა და კონფიდენციალურობის უზრუნველყოფისთვის მობილურ გუნდს უნდა ჰქონდეს თავისი დამოუკიდებელი სამუშაო ფართი, რომელიც საზიარო არ იქნება სხვა ფჯ სერვისებთან.

რეკომენდაცია 2 - სომატური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისთვის უნდა შეიქმნას რეფერალის გამართული სისტემა ფჯ სერვისებსა და სხვა სამედიცინო სერვისებს შორის.

რეკომენდაცია 3 - მობილური სერვისის მულტიდისციპლინური გუნდი დაკომპლექტებული უნდა იყოს შესაბამისი კვალიფიკაციისა და სპეციალიზაციის მქონე პერსონალით, რომელიც პაციენტის საჭიროებაზე ორიენტირებულ ზრუნვას განახორციელებს. სოციალური მუშაკების კვალიფიკაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

რეკომენდაცია 4 - უნდა დაინერგოს უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემა როგორც ექიმებისთვის, ასევე სხვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის, რომელიც მიმართული იქნება კვალიფიკაციის ამაღლებაზე არა მარტო კლინიკურ, არამედ უფლებრივ და აღდგენაზე ორიენტირებული ინტერვენციების საკითხებშიც.

რეკომენდაცია 5 - ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების სოციალურ სამსახურებს დაევალოთ შშმ პირების საჭიროებაზე მორგებული სათემო, ფსიქო-სოციალური მიმართულების სერვისების შექმნა და ფინანსური ხელშეწყობა.

რეკომენდაცია 6 - უნდა განისაზღვროს მობილური სერვისებისთვის ტრანსპორტით და სატრანსპორტო ხარჯებით უზრუნველყოფის პირობები.

დანართი 1 - ცხრილები

სერვისების ჩამონათვალი, რომლებშიც ჩატარდა მონიტორინგი ცხრილი 1

დანესებულება	ამბულატორიის მონიტორინგი	მობილური გუნდის მონიტორინგი
1 შპს „ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“	გლდანი	გლდანი
2 შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი“	საოჯახო ცენტრი	
3 ა(ა)იპ - საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია		GAMH
4 შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“	ქავთარაძე	ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო
ბუგდიდი	ბუგდიდი	
ზესტაფონი	ზესტაფონი	ზესტაფონი
სამტრედია	სამტრედია	
5 შპს „ აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“		
6 შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“	რუსთავი	რუსთავი/მარნეული
7 შპს „გორმედი“	გორი	
8 შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“		სურამი
ააიპ „სამცხე-ჯავახეთის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრი“		ახალციხე
9 სს „ვეფქსის ჰოსპიტლები“		
10 შპს „მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი - ჯანმრთელითაობა“	მცხეთა	
11 შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“	თელავი	თელავი
12 შპს „არქიმედეს კლინიკა“ სიღნაღი	სიღნაღი	
13 შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“	ხონი	ხონი
14 შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“	ქუთაისი	ქუთაისი
15 შპს „იმერმედი-იმერეთის სამხარეო სამედიცინო ცენტრი (თერჯოლამედი)“	თერჯოლა	თერჯოლა
16 შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“	სენაკი	
17 შპს „მედალფა“		
ააიპ „ოზურგეთის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრი“		ოზურგეთი
18 შპს „გრიგოლ ორმოცაძის სახელობის ცენტრი - ნევრონი“		ლანჩხუთი
19 შპს „ბათუმის სამედიცინო ცენტრი“	ბათუმი	ბათუმი

ვიზიტების ალბათობა 3 თვის მანძილზე ცხრილი (2)

ამბულატორიის დასახელება	მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტების რ-ბა	მოსახლეობის %	ოფისში ვიზიტების რაოდენობა თვეში	ბინაზე გასვლის რ-ბა თვეში	სულ ვიზიტების რაოდენობა თვეში	სამ თვეში ერთხელ ვიზიტის ალბათობა
ბათუმი	10040	2.9	776	89	865	0
რუსთავი	3162	0.7	1105	6	1111	1
თელავი	2576	1.4	570	31	601	1
გლდანის	4165	1.2	994	2	996	1
მცხეთა	799	0.8	180	12	192	1
ზესტაფონი	4568	2.0	810	10	820	1
ზუგდიდი	5810	4.1	775.5	4.5	780	0
თერჯოლა	301	0.5	160	6	166	2
სამტრედია	1034	1.4	246	2	248	1
საოჯახო ცენტრი	763	0.5	438	3.25	477	2
ქავთარაძე	7500	1.4	1940	4	1944	1
სენაკი	3456	2.1	820	10	830	1
ქუთაისი	14829	5.9	1100	3	1103	0
ხონი	738	0.8	305	4	309	1

სერვისებში ჩართული პაციენტების დემოგრაფიული მონაცემები (ცხრილი 3)

Sum of 3-18 წლის	Sum of 18-65 წლის	Sum of 65-ზე მეტი	Sum of ქალი	Sum of კაცი	Sum of მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტების რ-ბა
3734	39328	5743	26883	31298	63648
1	1:10	1:6	1	1:1.2	

მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა ამბულატორიების მიხედვით (ცხრილი 4)

ამბულატორიის დასახელება	მოსახლეობის რ-ბა	ფსიქიატრების რ-ბა სულ	ფსიქიატრების სასურველი რ-ბა	ექთნების/ უმცროსი ექიმების რ-ბა	ექთნების სასურველი რ-ბა	ფსიქოლოგის/ სოციალური მუშაკის რ-ბა	ფსიქოლოგის/ სოციალური მუშაკის სასურველი რ-ბა
ბათუმი	350000	6	5	7	8	1	3
რუსთავი	423989	6	6	8.5	9	3	3
თელავი	186500	7	3	4	4	2	1
გლდანო	350000	4	5	5	8	1	3
მცხეთა	94300	1	1	1	2	1	1
ზესტაფონი	219900	3	3	7	5	0	2
ზუგდიდი	140982	4	2	6	3	1	1
თერჯოლა	59000	2	1	2	1	1	1
სამტრედია	73074	1	1	2	2	0	1
საოჯახო ცენტრი	144170	2	2	2	3	1	1
ქავთარაძე	537806	12	8	12	12	2	4
სენაკი	165523	4	2	9	4	2	1
ქუთაისი	251342	10	4	8	5	4	2
ხონი	97563	2	1	2	2	3	1

- სასურველი რ-ბა
- სასურველზე მეტი
- სასურველზე ნაკლები

ვიზიტების საშუალო რაოდენობა (ცხრილი 5)

ამბულატორიის დასახელება	ოფისში ვიზიტების რაოდენობა თვეში	ბინაზე გასვლის რ-ბა თვეში	სულ ვიზიტების რაოდენობა თვეში	ფსიქიატრების რაოდენობა სულ	დღიური ვიზიტების რაოდენობა
თერჯოლა	160	6	166	2	4.6
თელავი	570	31	601	7	4.8
ქუთაისი	1100	3	1103	10	6.1
ბათუმი	776	89	865	6	8.0
ხონი	305	4	309	2	8.6
ქავთარაძე	1940	4	1944	12	9.0
რუსთავი	1105	6	1111	6	10.3
მცხეთა	180	12	192	1	10.7
ბუგდიდი	775.5	4.5	780	4	10.8
სენაკი	820	10	830	4	11.5
საოჯახო ცენტრი	438	3.25	441.25	2	12.3
სამტრედია	246	2	248	1	13.8
გლდანი	994	2	996	4	13.8
გესტაფონი	810	10	820	3	15.2
გორი	861	2	863	3	16.0

ამბულატორიის ხარჯები (ცხრილი 6)

მაქსიმალური მაჩვენებელი			მინიმალური მაჩვენებელი
Max of მედიკამენტების თანხა (% საერთო ბიუჯეტიდან)	66	32	Min of მედიკამენტების თანხა (% საერთო ბიუჯეტიდან)
Max of ფსიქიატრის ხელფასი	1900	550	Min of ფსიქიატრის ხელფასი
Max of ექთნის ხელფასი	1200	300	Min of ექთნის ხელფასი
Max of ფსიქოლოგის ხელფასი	1500	400	Min of ფსიქოლოგის ხელფასი
Max of სოციალური მუშაკის ხელფასი	1000	125	Min of სოციალური მუშაკის ხელფასი

თემა 1 უფლება ცხოვრების ადეკვატურ სტანდარტზე (ცხრილი 7)

ამბულატორიის დასახელება	სტანდარტი 1.1 შენობა კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაშია	სტანდარტი 1.3 ჰიგიენა/სანიტარია	სტანდარტი 1.5 თავისუფალი კომუნიკაცია	სტანდარტი 1.6 მასტიმულირებელი, კეთილგანწყობილი გარემო	სტანდარტი 1.7 სოციალური ინტეგრაცია
ბათუმი	9	8	10	9	2
რუსთავი	9	10	9	7	2
თელავი	7	7	10	6	3
გლდანო	7	3	8	4	1
მცხეთა	7	7	6	5	1
ზესტაფონი	6	3	10	7	1
ზუგდიდი	6	3	7	2	1
თერჯოლა	8	7	10	7	1
სამტრედია	6	10	10	7	1
საოჯახო ცენტრი	10	10	10	9	2
ქავთარაძე	10	7	8	10	5
სენაკი	8	4	10	8	1
ქუთაისი	9	10	7	5	1
სიღნაღი	6	3	4	3	2
გორი	5	6	9	3	4
ხონი	9	10	10	8	1

- სრულად
- ნაწილობრივ
- ინიცირებულია
- ინიცირებული არაა

ფსიქოსოციალური ინტეგრაცია (ცხრილი 8)					
		2.3.4 მიუწვდება ხელი ფსიქოსოციალურ პროგრამებზე	2.3.5 სოციალური ქსელის მხარდაჭერა	5.2.2 ეხმარება განათლების შესაძლებლობის ხელმისაწვდომობაში	5.2.3 ეხმარება შრომითი საქმიანობის და ანაზღაურებადი დასაქმების შესაძლებლობის ხელმისაწვდომობაში?
2.2.5 ტრენირებულია უფლებებზე (CRPD)	Pearson Sig (2- N)	.565* 0.023 16	0.099 0.715 16	.554* 0.026 16	.554* 0.026 16
2.3.1 აღდგენის გეგმა	Pearson Sig (2- N)	.644** 0.007 16	.644** 0.007 16	.716** 0.002 16	.716** 0.002 16

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

თემა 3. სამართლებრივი უფლება უნარიანობის რეალიზების და პიროვნების თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება (შპმ პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლები 12 და 14) (ცხრილი 9)				
ამბულატორია	სტანდარტი 3.4 კონფიდენციალურობა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა	3.4.1 კონფიდენციალური სამედიცინო ფაილი	3.4.2 ხელი მიუწვდებათ მათ სამედიცინო ინფორმაციაზე	3.4.3 ინფორმაცია კონფიდენციალურია და დაცულია
ბათუმი	8	10	4	10
რუსთავი	9	10	7	10
თელავი	10	10	10	10
გლდანის	9	10	6	10
მცხეთა	8	10	3	10
ზესტაფონი	8	10	4	10
ზუგდიდი	8	10	3	10
თერჯოლა	8	10	4	10
სამტრედია	8	10	4	10
საოჯახო ცენტრი	10	10	10	10
ქავთარაძე	10	10	10	10
სენაკი	9	10	8	10
ქუთაისი	8	10	4	10
სიღნაღი	9	10	7	10
გორი	8	10	6	7
ხონი	8	10	3	10

სათემო მობილური გუნდების სერვისში ჩართული პაციენტების რაოდენობა (ცხრილი 10)

№	ამბულატორიის დასახელება	არეალი	მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტების რ-ბა
1	ხონი	ხონი, ცაგერი, ლენტეხი, მარტვილი, წყალტუბო	15
2	გესტაფონი	გესტაფონი, ხარაგაული, ბაღდათი	23
3	ბათუმი	ბათუმი	25
4	თერჯოლა	თერჯოლა, ტყიბული, ამბროლაური, ონი	26
5	GAMH	მთაწმინდა, კრწანისი, ისანი	26
6	სურამი	ხაშური, ბორჯომი, ხარაგაული 1/2	31
7	ახალციხე	ნინოწმინდა, ახალქალაქი, ასპინძა, ახალციხე	34
8	ლანჩხუთი	ლანჩხუთი, სამტრედია, ვანი	38
9	რუსთავი/მარნეული	მარნეული	39
10	ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	ვაკე-საბურთალო	39
11	ქუთაისი	ქუთაისი, წყალტუბო1/3	39
12	გლდანის	გლდანის 1-7 მიკრო, გლდანულა, ავჭალა, თემქა, მუხიანი	40
13	ოზურგეთი	ოზურგეთი/ჩოხატაური	40
14	თელავი	თელავი, ახმეტა, გრემი, ენისელი	41
სულ			456

მობილურ გუნდებში მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტების განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით (ცხრილი 11)

Sum of მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტების რ-ბა	Sum of 18-65 წლის	Sum of 65-ზე მეტი	Sum of ქალი	Sum of კაცი
456	412	44	214	242
%	90.4	9.6	46.9	53.1

მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა სათემო მობილურ სერვისებში (ცხრილი 12)

მობილურის დასახელება	სერვისში მომუშავე პირების რ-ბა	ფსიქიატრების რ-ბა	ექთნის/ უმცროსი ექიმის რ-ბა	ფსიქოლოგის რ-ბა	სოციალური მუშაკის რ-ბა
ბათუმი	✓ 4	✓ 1	✓ 1	✓ 1	✓ 1
რუსთავი/მარნეული	✓ 3	✓ 1	✓ 1	! 0	✓ 1
თელავი	✓ 5	✓ 2	✓ 1	✓ 1	✓ 1
გლდანის	✓ 3	✓ 1	✓ 1	! 0	✓ 1
ზესტაფონი	✓ 4	✓ 1	✓ 2	! 0	✓ 1
თერჯოლა	✓ 4	✓ 1	✓ 2	✓ 1	! 0
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	✓ 3	✓ 1	✓ 1	! 0	✓ 1
ქუთაისი	✓ 6	✓ 2	✓ 2	✓ 1	✓ 1
ხონი	✓ 5	✓ 1	✓ 1	✓ 3	! 0
GAMH	✓ 3	✓ 1	! 0	✓ 1	✓ 1
სურამი	✓ 4	✓ 1	✓ 1	✓ 1	✓ 1
ახალციხე	✓ 4	✓ 1	✓ 2	! 0	✓ 1
ლანჩხუთი	✓ 4	✓ 1	✓ 2	! 0	✓ 1
ოზურგეთი	✓ 4	✓ 2	✓ 1	! 0	✓ 1

სერვისის სამუშაოს ორგანიზება (ცხრილი 13)

მობილური გუნდი	მეთვალყურეობაზე მყოფი პაციენტების რ-ბა	ბინაზე გასვლის საშუალო რ-ბა თვეში 1 პაციენტზე	სერვისში მომუშავე პირების რ-ბა	თითო სპეციალისტზე მოსული ვიზიტების რ-ბა თვეში	საერთო საათობრივი დატვირთვა თვეში	ვიზიტების საშუალო ხანგრძლივობა თვეში	სხვა აქტივობებზე დახარჯული დრო
თელავი	41	2.5	5	19.8	394	99	295
გლდანი	40	2.2	3	29.9	304	90	214
ქუთაისი	39	1.4	6	9.1	224	55	169
ბათუმი	25	5.7	4	35.6	304	143	162
ობურგეთი	40	3.1	4	31.4	240	126	114
ზესტაფონი	23	3.1	4	17.8	180	71	109
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	39	2.3	3	30.3	188	91	97
GAMH	26	2.3	3	20.3	156	61	95
თერჯოლა	26	2.4	4	15.3	148	61	87
სურამი	31	3.1	4	23.6	172	95	77
ხონი	15	2.6	5	7.8	104	39	65
ლანჩხუთი	38	2.8	4	26.6	156	106	50
ახალციხე	34	3.1	4	26.2	148	105	43
რუსთავი/მარნეული	39	3.0	3	39.0	128	117	11
	456	პერსონალური რ-ბა/ვიზიტი	-0.19	ვიზიტების რ-ბა/ საათობრივი დატვირთვა	0.19		

მობილურ გუნდში მდგ წევრების საათობრივი დატვირთვა კვირაში (ცხრილი 14)

მობილურის დასახელება	1 ფსიქიატრის საათობრივი დატვირთვა კვირაში	1 ექთნის საათობრივი დატვირთვა კვირაში	1 ფსიქოლოგის დატვირთვა კვირაში	1 სოც. მუშაკის დატვირთვა კვირაში	სულ საათობრივი დატვირთვა კვირაში
ბათუმი	16	20	20	20	76
რუსთავი/მარნეული	12	10	0	10	32
თელავი	10	36	17.5	25	98.5
გლდანის	16	20	0	40	76
ზესტაფონი	12	16	0	16	60
თერჯოლა	10	6	15	0	37
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	22	10	0	15	47
ქუთაისი	6.5	12	5	14	56
ხონი	5.5	5.5	5	0	26
GAMH	13	0	15	11	39
სურამი	12	9	11	11	43
ახალციხე	17	10	14.5	0	37
ლანჩხუთი	15	6	0	12	39
ოზურგეთი	20	20	24	0	60

Max of ფსიქიატრის
 Max of ექთნის
 Max of ფსიქოლოგის
 Max of სოც. მუშაკის
 Max of სულ

22 **5.5**
36 **5.5**
24 **5**
40 **10**
98.5 **26**

Min of ფსიქიატრის
 Min of ექთნის
 Min of ფსიქოლოგის
 Min of სოც. მუშაკის
 Min of სულ

მობილური გუნდების ბიუჯეტის ხარჯების განაწილება (ცხრილი 15)

მობილურის დასახელება	დაფინანსება სულ (ლარებში)	მედიკამენტების თანხა (% საერთო ბიუჯეტიდან)	მდგ ხელფასი %	სხვა ხარჯები %
ხონი	7100	5.41	20.7	73.9
ბათუმი	7100	8.07	35.2	56.7
ზესტაფონი	7100	11.15	36.6	52.2
გლდანი	7100	12.68	35.6	51.7
თერჯოლა	7100	17.32	34.6	48.1
სურამი	7100	13.94	39.4	46.6
ახალციხე	7100	20.09	36.6	43.3
ქუთაისი	7100	19.15	37.7	43.3
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	7100	22.73	35.6	41.6
რუსთავი/მარნეული	7100	25.32	38.7	35.9
ოზურგეთი	7100	18.76	54.8	26.4
თელავი	7100	15.54	59.2	25.3
GAMH	7100	23.24	53.1	23.7
ლანჩხუთი	7100	7.04	76.1	16.9

მღვ წევრების ხელფასები (ცხრილი 16)

მობილურის დასახელება	ფსიქიატრის ხელფასი ერთ სპეციალისტზე	ექთნის ხელფასი	ფსიქოლოგის ხელფასი	სოციალური მუშაკის ხელფასი
ლანჩხუთი	2275	782		1562.5
ახალციხე	1300	650	600	
GAMH	1256		1256	1256
რუსთავი/მარნეული	1250	750		750
ოზურგეთი	1125	820		820
გესტაფონი	1020	690		200
თერჯოლა	937.5	470	577	
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	923	803.4		803.4
სურამი	900	500	700	700
გლდანო	825	825		877.6
თელავი	800	1200	700	700
ქუთაისი	500	437.5	500	300
ბონი	401	301.2	255	

Min 401
Max 2275
r=0.45

Min 301.2
Max 1200
r=0.79

Min 255
Max 1256
r=0.77

Min 300
Max 1562.5
r=0.1

მობილური გუნდის მუშაობის ხარისხის მაჩვენებელი (ცხრილი 17)

მობილურის დასახელება	H (35)	O (40)	S (25)	სულ
თელავი	32	37	24	93
გლდანი	34	40	19	93
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	31	37	22	90
ობურგეთი	35	34	19	88
GAMH	28	37	22	87
ახალციხე	27	37	23	87
ზესტაფონი	29	37	20	86
თერჯოლა	24	38	21	83
სურამი	28	35	20	83
ლანჩხუთი	30	30	17	77
რუსთავი/მარნეული	27	29	20	76
ქუთაისი	23	35	18	76
ხონი	20	29	23	72
ბათუმი	19	29	14	62

თემა 1. უფლება ცხოვრების ადეკვატურ სტანდარტზე (ცხრილი 18)

მობილურის გუნდის დასახელება	Average of სტანდარტი 1.1 შენობა კარგ ფიზიკურ მდგომარეობაში	Average of სტანდარტი 1.3 ჰიჯინა/სანიტარია	Average of სტანდარტი 1.5 თავისუფალი კომუნიკაცია	Average of სტანდარტი 1.6 მასტიმულირებული, კეთილგანწყობილი გარემო	Average of სტანდარტი 1.7 სოციალური ინტეგრაცია
GAMH	9.8	10.0	10.0	10.0	3.7
ახალციხე	9.5	10.0	10.0	7.7	4.0
ბათუმი	9.5	9.0	10.0	7.3	4.0
გლდანი	6.3	8.0	9.5	7.3	4.0
ზესტაფონი	10.0	8.0	9.0	7.3	7.3
თელავი	8.5	9.0	10.0	8.0	8.0
თერჯოლა	9.3	10.0	10.0	10.0	4.0
ლანჩხუთი	5.3	5.0	7.0	4.3	1.0
ოზურგეთი	4.3	10.0	10.0	9.0	9.0
რუსთავი/მარნეული	9.5	9.0	10.0	7.3	3.0
სურამი	10.0	10.0	10.0	8.0	4.0
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	10.0	8.0	8.5	7.7	1.0
ქუთაისი	8.5	10.0	10.0	8.0	7.7
ხონი	4.8	4.0	7.0	3.0	1.0
Grand Total	8.2	8.6	9.4	7.5	4.4

- 8-10** სრულად აკმაყოფილებს სტანდარტს
- 5-7** ნაწილობრივ აკმაყოფილებს
- 3-4** ინიცირებულია
- 1-2** არ არის ინიცირებული

თემა 2. სერვისის ხელმისაწვდომობა, კვალიფიციური დახმარება (ცხრილი 19)

მობილურის დასახელება	Average of სტანდარტი 2.1 ხელმისაწვდომობა	Average of სტანდარტი 2.2 დანესებულებას ჰყავს კვალიფიციური პერსონალი და აწვდის კარგი ხარისხის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისს	Average of სტანდარტი 1.5 მკურნალობა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია და მხარდამჭერ ქსელებსა და სხვა სერვისებთან ურთიერთობა არის სერვისის მომხმარებელზე ორიენტირებული აღდგენის გეგმის [2] შემადგენელი ნაწილი და ხელს უწყობს სერვისის მომხმარებელთა დამოუკიდებელ ცხოვრებას	Average of სტანდარტი 2.4 მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა	Average of სტანდარტი 5.5 რეპროდუქციული ჯანმრთელობა
GAMH	10.0	7.3	9.3	8.0	4.0
ახალციხე	9.0	7.7	7.2	9.2	5.6
ბათუმი	6.5	3.7	1.0	6.4	0.6
გლდანის	10.0	9.2	5.0	9.2	7.0
ზესტაფონი	10.0	6.8	3.5	9.0	7.2
თელავი	10.0	8.5	8.2	9.4	3.6
თერჯოლა	10.0	7.0	7.2	9.0	8.6
ლანჩხუთი	7.0	3.5	1.0	5.4	1.4
ოზურგეთი	10.0	6.7	4.2	8.4	6.8
რუსთავი/მარნეული	8.5	3.3	3.0	6.4	1.2
სურამი	10.0	7.5	4.0	9.8	2.0
ქავთარაძე/ვაკე-საბურთალო	10.0	8.3	6.7	7.8	2.2
ქუთაისი	10.0	7.5	5.2	9.0	6.2
ხონი	3.0	5.0	5.3	6.8	2.0
Grand Total	9	7	5	8	4

8-10

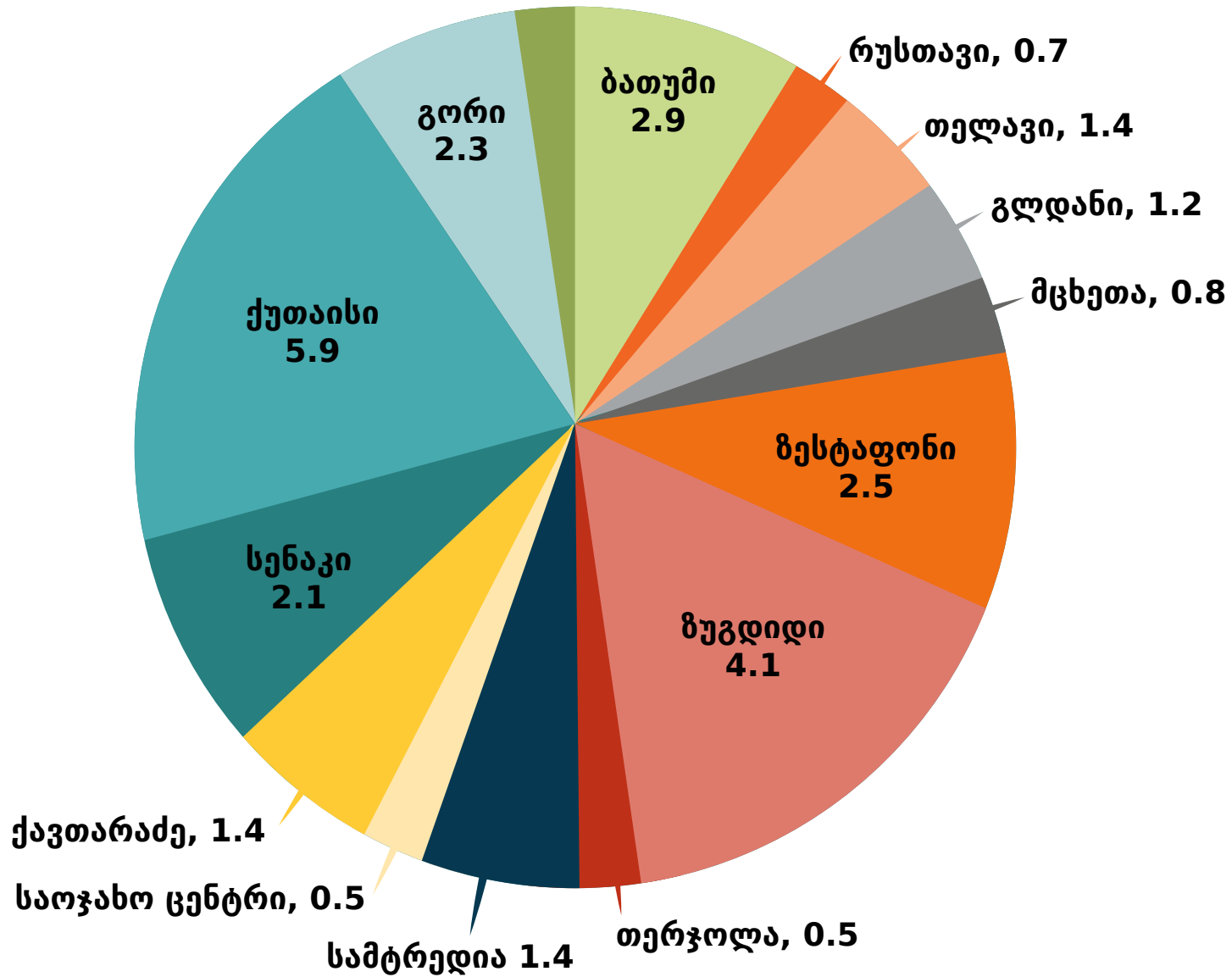
სრულად დაკმაყოფილებულია

r=0.709

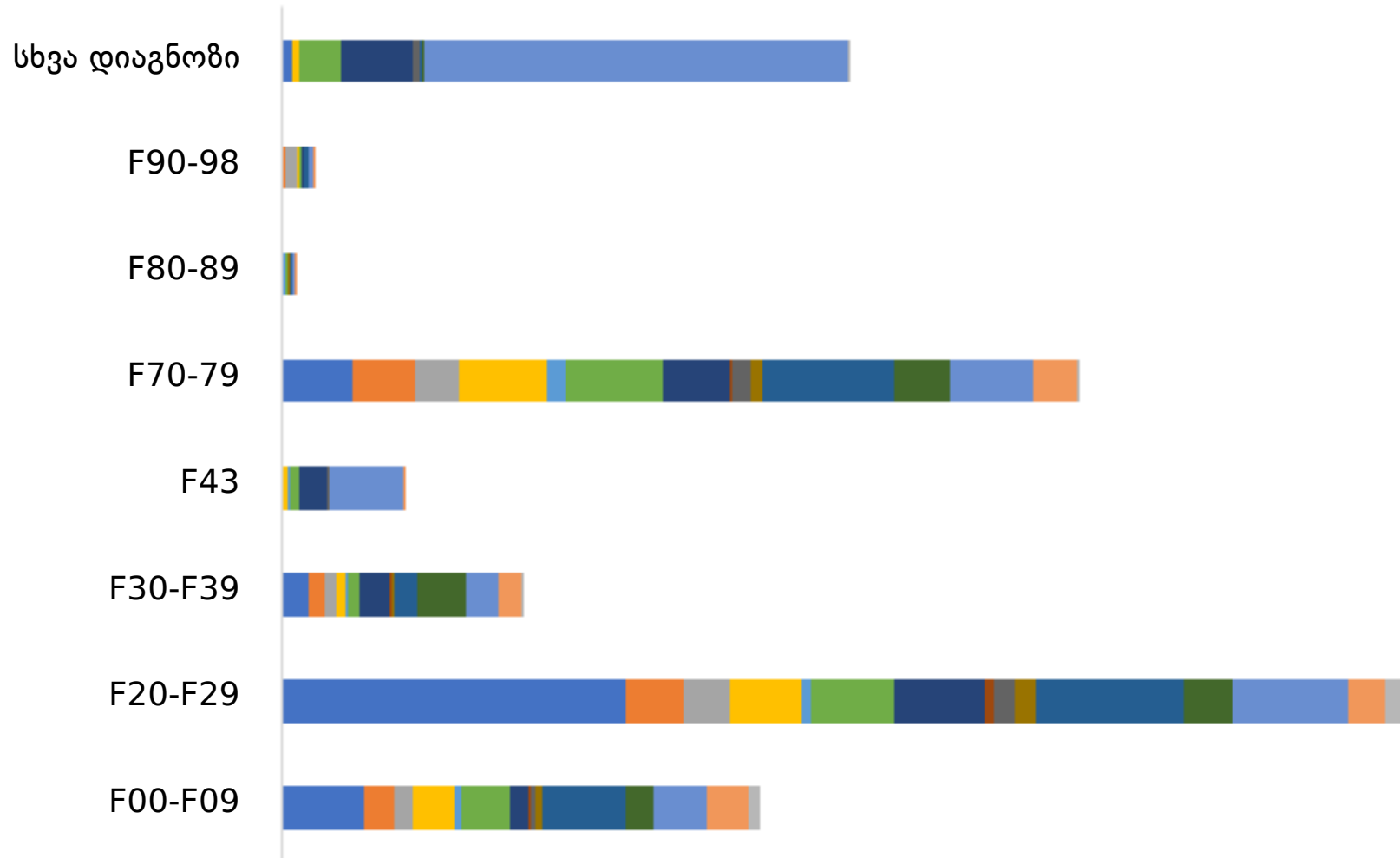
**ამბულატორიული მომსახურების და თემზე დაფუძნებული
მობილური გუნდის მომსახურების კოდები (ცხრილი 20)**

ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება	15010444
შინ მომსახურება, რეგულარული ვიზიტები, სატელეფონო კონსულტაცია	15010445
მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	15010446
სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი და სოციალური პრობლემების მოგვარებაში დახმარება	15010447
ელემენტარული ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და ფსიქოგანათლება	15010448
სტაციონირების ორგანიზება	15010449

მოსახლეობის მოცვა %
გრაფიკი 1

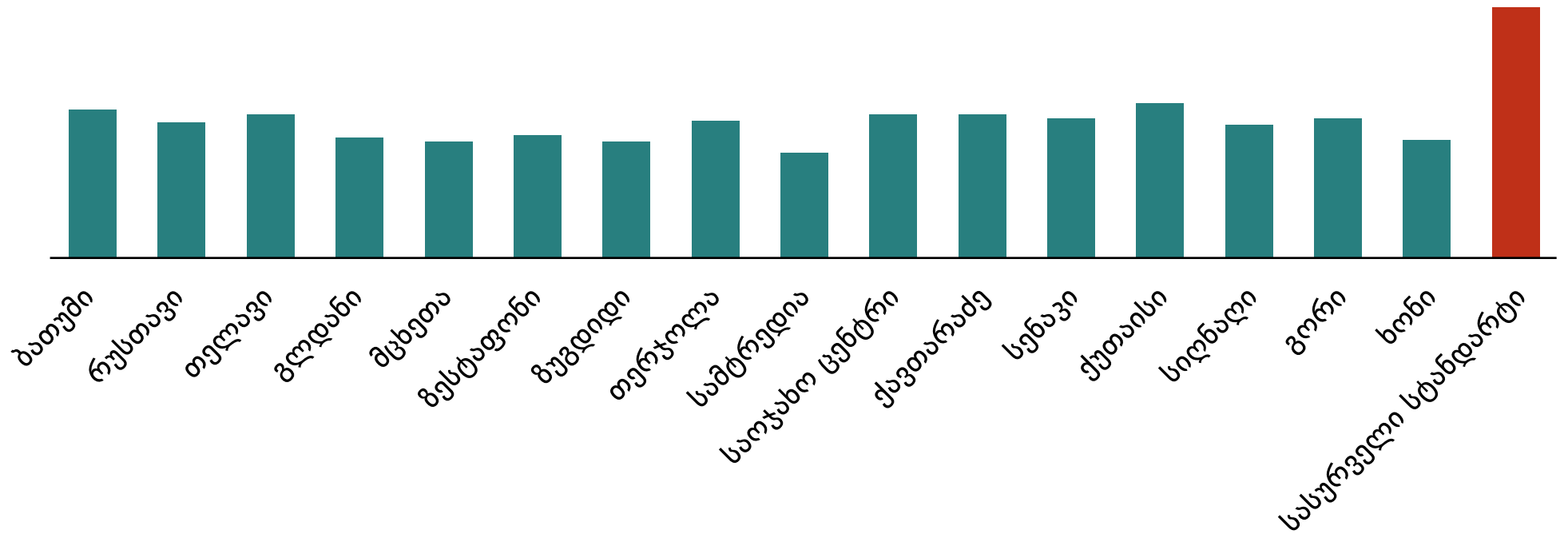


ზრუნვაში ჩართული პაციენტების რაოდენობა დიაგნოზების მიხედვით გრაფიკი 2

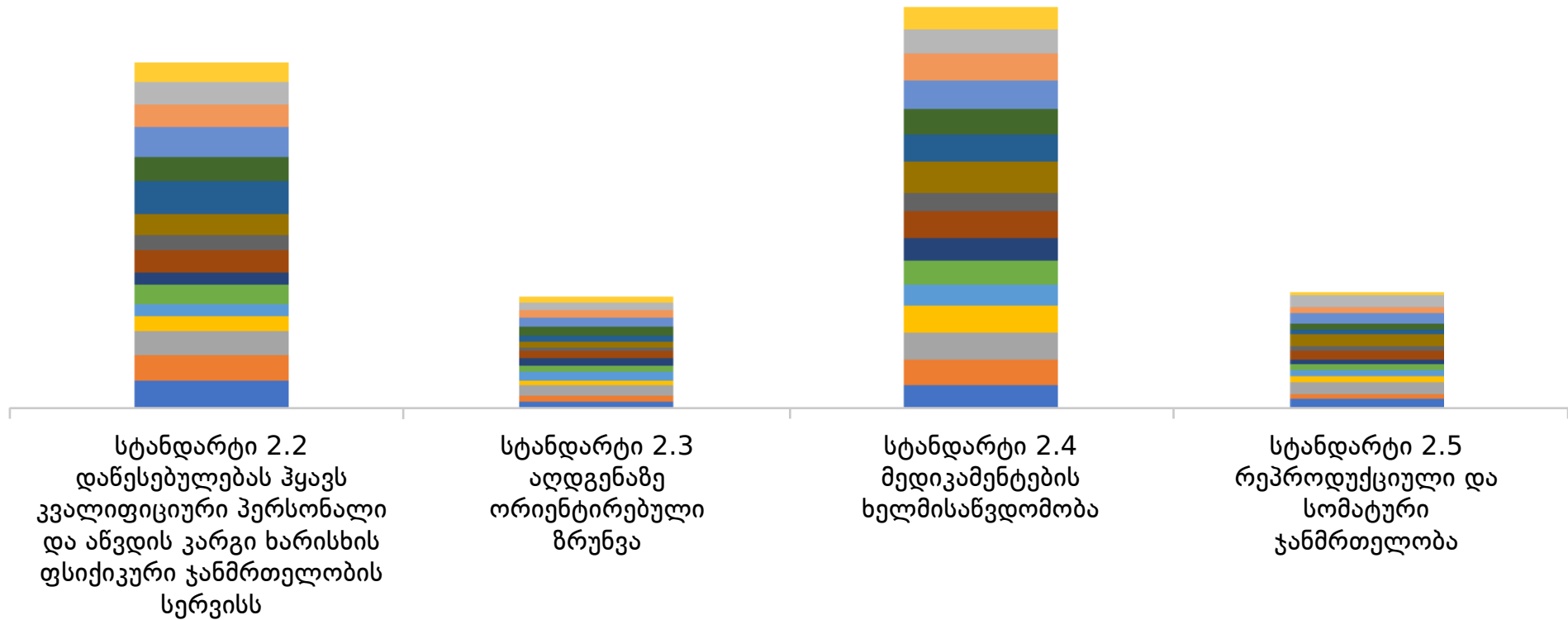


უფლება ისარგებლონ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტით

გრაფიკი 3

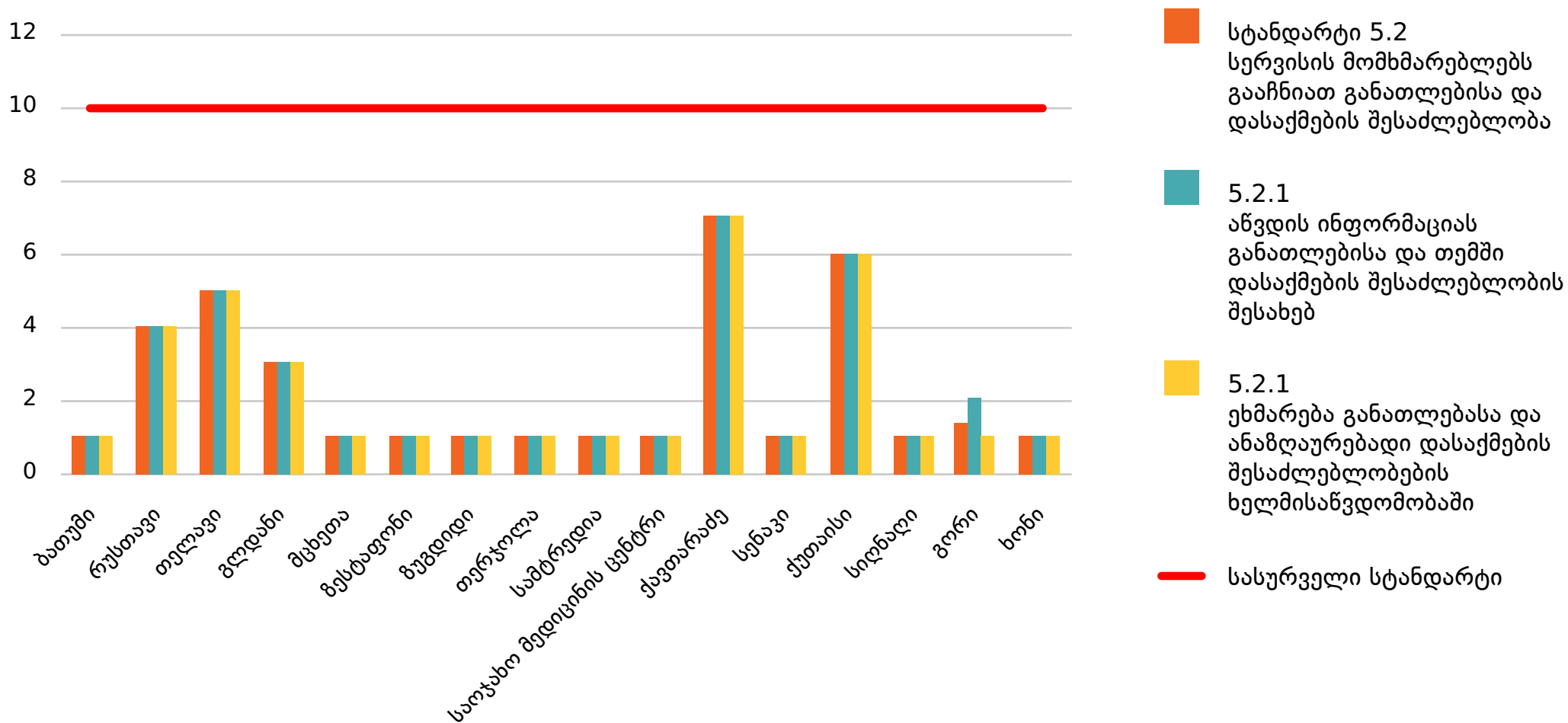


ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომი სტანდარტი გრაფიკი 4

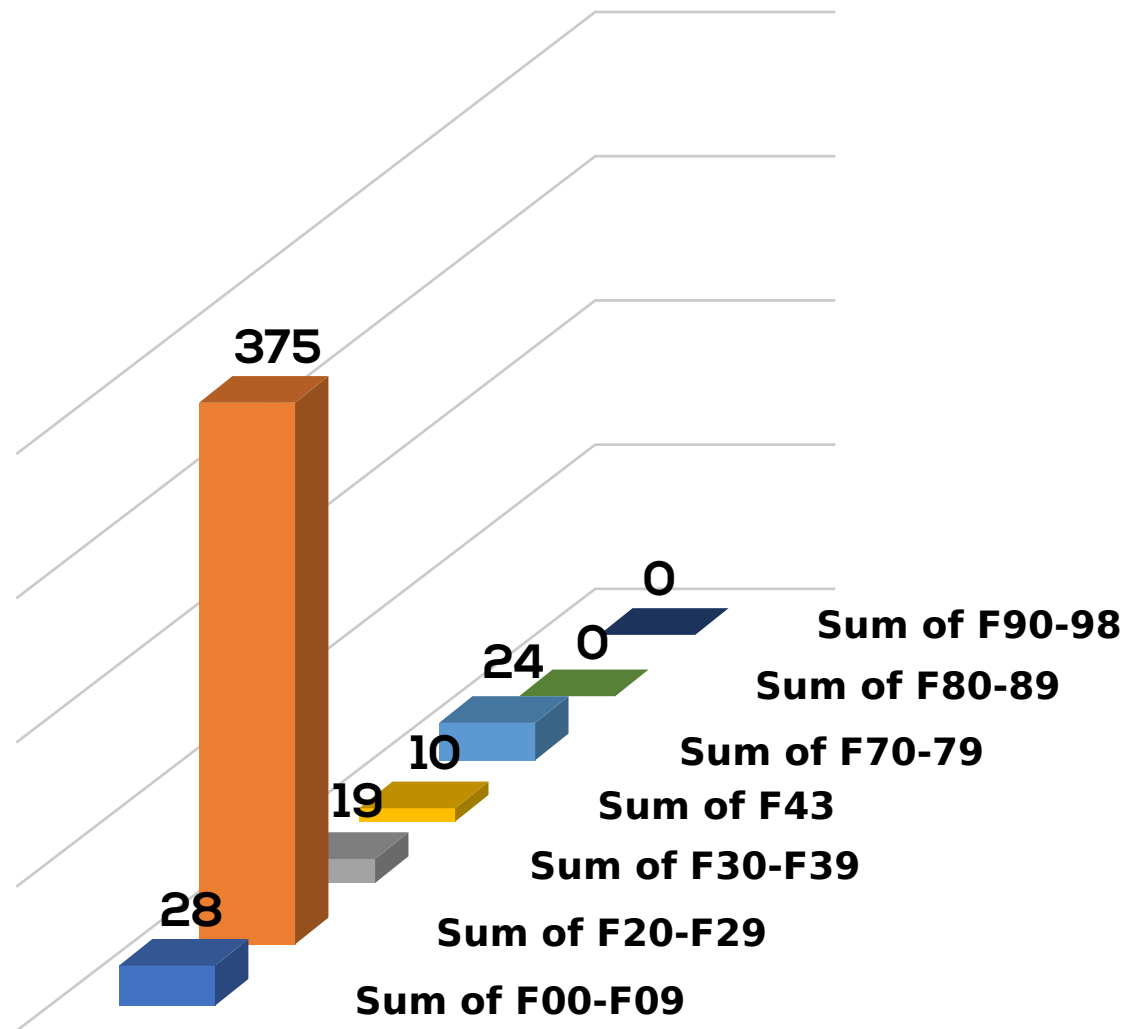


სტანდარტი 5.2 სერვისის მომხმარებლებს გააჩნიათ განათლებისა და დასაქმების შესაძლებლობა

გრაფიკი 5



მობილურ გუნდებში პაციენტების განაწილება დიაგნოზების მიხედვით გრაფიკი 6



სომატური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გრაფიკი 7

