



ვ ა მ ტ კ ი ც ე ბ

შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული

სასწავლო ცენტრის“ გენერალური დირექტორი

05/03/ 2018 წ



მოზრდილთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის პროტოკოლი

შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი“

0102, საქართველო, თბილისი,

ი. ჯავახიშვილის 43

მოზრდილთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის პროტოკოლი

1. პროტოკოლის დასახელება:

2018 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის სათემო ამბულატორიული კომპონენტის „ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის“ ქვეკომპონენტის განხორციელების პროტოკოლი.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10 კოდი
შიზოფრენია	F20
შიზოტოპური აშლილობა	F21
ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობანი	F22
მწვავე და გარდამავალი (ტრანზიტული) ფსიქოზური აშლილობანი	F23
ინდუცირებული ბოდვითი აშლილობა	F24
შიზოაფექტური აშლილობა	F25
ბიპოლარული აფექტური აშლილობა	F31
დეპრესიული ეპიზოდი	F32
რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა	F33
შფოთვითი ფობიკური აშლილობანი	F40
სხვა შფოთვითი აშლილობანი	F41
ობსესურ-კომპულსური აშლილობა	F42
რეაქცია მწვავე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები	F43
სპეციფიკური პიროვნული დარღვევები	F60

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი მომზადდა 2018 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის სათემო ამბულატორიული კომპონენტის ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის ქვეკომპონენტის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

4. პრობლემის აღწერა

უკვე 5 წელზე მეტია, საქართველოს დიდ ქალაქებში - თბილისში, რუსთავში, ბათუმსა და ქუთაისში ხორციელდება ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც განიხილება როგორც ახალი, სათემო სამსახური. აღნიშნული სამსახურის მოდელის შემუშავება განხორციელდა საერთაშორისო ექსპერტების აქტიური ჩართულობით. თუმცა, სერვისის მიწოდების და ორგანიზაციის სტანდარტები დღემდე დამტკიცებული არ არის და არც აღნიშნული მოდელის სერიოზული შეფასება არ განხორციელებულა, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს სერვისის განვითარებას და მის ეფექტურ გამოყენებას.

დღემდე საკმაოდ რჩება ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის კრიზისის დეფინიცია და მისი ადგილი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში.

რა თქმა უნდა, პირველ რიგში, მნიშვნელოვანია, მენტალური ჯანმრთელობის კრიზისის დეფინიციისა და კრიზისის სერვისების მიწოდების ამოცანებისა და სამიზნე კონტიგენტის (თუ ვის მიერ მიეწოდება აღნიშნული სერვისები და ვინ არიან ძირითადად აღნიშნული სერვისის მოსარგებლეები) განსაზღვრა.

დღეს არსებული კრიზისის სერვისი მოიცავს სხვადასხვა ეტაპებს: პაციენტის პირისპირ შეფასებას, ტრიაჟს, ბინაზე მომსახურებას, ინტერვენციებს, ევალუაციას, რეფერალს დამატებითი სერვისების/მკურნალობის მისაღებად, მიმდინარე მეთვალყურეობას და კვირაში 7 დღიან და დღეში 24 საათიან, დროულ, უფასო სატელეფონო პასუხებს, რომელსაც ახორციელებს სპეციალურად მომზადებული კრიზისის სპეციალისტი, და რომელსაც, ამავე დროს, აქვს შესაძლებლობა სრულად იყოს ჩართული კრიზის სერვისის ყველა ეტაპზე. აღნიშნული სატელეფონო სერვისის მოსარგებლეები არიან ძირითადად პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები, ასევე, სათემო სერვისების მიმწოდებლები, ადვოკატები და სხვ.

ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისი განისაზღვრება, როგორც ინტენსიური ქცევითი, ემოციური ან ფსიქიკური სტატუსი, რომელსაც თუ არ ვუმკურნალებთ, შესაძლოა აღმოჩნდეს ისეთ მდგომარეობაში, რომელსად დასჭირდება ან გადაუდებელი დახმარება ან მოთავსება შეზღუდულ, ნაკლებად კლინიკურად შესაბამისი სარგებლობის დაწესებულებაში, რითაც კიდევ უფრო შეუმცირდებათ ყოველდღიური პირველადი აქტივობების ფუნქციონირების დონე.

„კრიზისი - შესაძლოა განვიხილოთ, როგორც გამოსვლა ბალანსირების სისტემიდან. ნორმალურად, ყველა ინდივიდი, მნიშვნელოვანი ძალდატანების გარეშე, ინარჩუნებს ყოველდღიურ წონასწორობას. წინააღმდეგობის დაძლევის ადამიანი ახერხებს იოლად, ვინაიდან მას აქვს წონასწორობის აღდგენის უნარი, როდესაც რაღაც მოვლენის გამო კარგავს ბალანსს. კრიზისი დგება მაშინ, როდესაც ინდივიდს, ზოგჯერ, დიდი ძალისხმევის მიუხედავად კი, არ შეუძლია აღნიშნული წონასწორობის აღდგენა, რისთვისაც მას ესაჭიროება სერიოზული დახმარება და სწორი/დროული მკურნალობა.

კრიზისის სერვისის მიმწოდებლის ძირითადი მიზნებია:

1. უსაფრთხოებისა და ემოციური სტაბილურობის დამკვიდრება პაციენტებში, მენტალური დაავადების ან ემოციური კრიზისის დროს.

2. მენტალური დაავადებით ან ემოციური კრიზისის ინდივიდებში შემდგომი გაუარესების მინიმიზება.
3. ინდივიდების დახმარება განუვითარონ და/ან გაუძლიერონ სიმძნელების გადალახვის უნარ-ჩვევები და ბუნებრივი დამხმარე სისტემები.
4. ნაკლებად ინტენსიური და შეზღუდული რესურსების მქონე სერვისების დახმარება, ინდივიდუალური კლინიკური საჭიროებების შესაფერისი, მომსახურების მიწოდებაში.

5. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ხელი შეუწყოს 2018 ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის სახელმწიფო პროგრამის წარმატებით განხორციელებას, შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი ხარისხიანი, საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვას და სისტემის სწორი მიმართულებით განვითარების ხელშეწყობას.

6. სამიზნე პოპულაცია

სერვისის მომხმარებლები არიან 16–65 წწ ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისში მყოფი საქართველოს მოქალაქეები.

7. ვისთვის არის განკუთვნილი პროტოკოლი

პროტოკოლი განკუთვნილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში და პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული პერსონალისთვის.

8. პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციების სამსახურს, რომლისთვისაც მნიშვნელოვანია კავშირების ჩამოყალიბება სხვა ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებთან.

9. რეკომენდაციები

1. სერვისის მიწოდება და სტრუქტურა	
1. პოლიტიკა და პროტოკოლები	
ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული სერვისის ტიპები განისაზღვრება შემდეგნაირად:	3, 4, 5
- ამბულატორიული სერვისი კრიზისული ინტერვენციის მიმწოდებელ დაწესებულებაში, სადაც ხორციელდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, რეფერალი სხვა სერვისებში და კრიზისზე მიმდინარე მეთვალყურეობა;	

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისის შეფასება „ტრიაჟი“ როგორც ამბულატორიულად, ასევე ბინაზე; - კრიზისის სატელეფონო სერვისის პროგრამის მოსარგებლეთათვის; - კრიზისის მობილური გასვლითი (Mobile Outreach Services) სერვისი, რომელსაც ახორციელებს კრიზისული მობილური (ბინაზე მკურნალობის) გუნდ(ებ)ი.	
კრიზისული ინტერვენციის მიმწოდებლები/ბინაზე მკურნალობის გუნდები ფართოდ განსხვავდება ერთმანეთისგან ორგანიზაციული ფორმით, დაფინანსებით, პერსონალითა და სერვისების დონეებით, თუნდაც ერთიდაიმავე ტრასტის შიგნით. ამდენად, სტანდარტები მეტად ფოკუსირებულია ფუნქციაზე, ვიდრე მომსახურების მიწოდების მოდელზე.	1
გასაგები ინფორმაციის მიწოდება ხდება წერილობით ან / და ელექტრონულ ფორმატში, მომსახურების წევრების, ოჯახის/მხარდმაჭერი პირების და ჯანდაცვის პრაქტიკოსებისათვის, შემდეგ საკითხებზე: - სერვისის მარტივი აღწერა და მისი მიზანი; - რეფერალის/მიმართვის მკაფიო კრიტერიუმი; - როგორ ხდება რეფერალი, მათ შორის თვით-რეფერალი, თუკი მომსახურება ამის საშუალებას იძლევა; - მკაფიო კლინიკური გზები, რომლებიც აღწერს სერვისის ხელმისაწვდომობას და გაწერას (მიმართვას სისტემაში); - ძირითადი ინტერვენციები და მკურნალობის გზები; - სერვისის საკონტაქტო დეტალები, მათ შორის, გადაუდებელი და არასამუშაო დროის დეტალების მითითებით.	1
გუნდის წევრები მისდევენ მართოდ მუშაობის სტრატეგიას და ბინაზე ვიზიტისას უსაფრთხოდ გრძნობენ თავს.	1
პერსონალი იცავს კანონმდებლობას, რათა რისკის ჯგუფში მყოფი უფროსები და ბავშვები იყვნენ დაცულები. მ.შ. არსებულ დაცვის ნორმებზე არაადეკვატური პასუხის შემთხვევაში.	1
კონფიდენციალობა და მისი ლიმიტები განმარტებულია სერვისის მომხმარებლისთვის და მათი ოჯახისთვის/მზრუნველებისთვის პირველადი შეფასების დროს, როგორც სიტყვიერად, ასევე, წერილობით. შენიშვნა: აღნიშნული მოიცავს მომხმარებლისათვის განსაზღვრული ინფორმაციის გადაცემას ნებისმიერი გზით, მ.შ. ელექტრონული საშუალებებით. აგრეთვე, ინფორმაციის გაზიარებას კლინიკური გუნდის გარეთ და კონფიდენციალობას მესამე მხარესთან მიმართებაში (ოჯახის წევრები/მზრუნველები).	1

ყველა სერვისის მომხმარებლის ინფორმაცია უნდა ინახებოდეს არსებული კანონმდებლობის დაცვით	1
შენიშვნა: ეს მოიცავს, სერვისის მომხმარებლის განსაზღვრული ინფორმაციის გადაცემას ელექტრონული საშუალებებით. პერსონალი პასუხისმგებელია იმაზე, რომ კონფიდენციალური ინფორმაცია არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი გუნდის გარეთ. ამისათვის გამოყენებული უნდა იქნეს ჩასაკეტი კაბინეტები, უჯრები, მყარი ბარათები და კოდით დაცული პერსონალური კომპიუტერები.	
სერვისის მომხმარებელთა შესაძლებლობების შეფასება, ზრუნვისა და მკურნალობის შესახებ შესათანხმებლად, ხდება არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად.	1
აღნიშნული პროტოკოლი გადაიხედება სახელმწიფო პროგრამის და სამართლებრივი საფუძვლების ცვლილებების შესაბამისად.	3
გუნდი აცნობიერებს და იზიარებს შეთანხმებული პროტოკოლი გამოიყენოს ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების პროცესში.	3
გუნდი იცავს პროტოკოლის მოთხოვნებს იმ სერვისის მომხმარებელთა მართვისას, რომელთა გაწერა პროგრამიდან ხდება თავიანთი სურვილით, სამედიცინო რჩევების მიუხედავად. ის მოიცავს: სერვისის მომხმარებელთა შესაძლებლობების შესახებ ჩანაწერს იმის შესახებ, რომ რამდენად ესმის პაციენტს არსებული გაწერის რისკებს; კრიზისული გეგმის შემუშავებას; შესაბამის უწყებებთან დაკავშირებას და გაწერის შეტყობინებას; ადგილობრივად შეთანხმებული პროტოკოლების გამოყენებას.	1
სწრაფად და ეფექტურად უნდა განხორციელდეს გაწერის შემთხვევების შეტყობინება შესაბამის სერვისში, რაშიც ჩართული არიან მენეჯერები, მათ უნდა ჩამოაყალიბონ პერსონალის აღნიშნული წესების დაცვის მხარდამჭერი სისტემა.	1
მსგავსი არაკეთილსაიმედო შემთხვევებისგან მიღებული გამოცდილების გაზიარება ხდება გუნდთან და სხვა ფართო ორგანიზაციებთან. არსებობს მტკიცებულებები, რომ გამოცდილებების გაზიარების შედეგად ხდება ცვლილებები.	1
2. ხელმისაწვდომობა	
ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისში მყოფმა ადამიანმა უნდა მიიღოს დროული დახმარება მათთვის მისაღებ, მინიმალურად შეზღუდულ გარემოში.	1
ფარმაცოლოგიური და ბიო-ფსიქო-სოციალური მკურნალობის შესაძლებლობა განიხილება თანაბრად.	1

საჭიროა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისში მყოფი ადამიანების/ოჯახის წევრების/მზრუნველების მხარდაჭერა, რამდენადაც შესაძლებელია სრულად მიიღონ მონაწილეობა მათი პრობლემების მართვის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.	1
გუნდს შეუძლია თვით-მომართვით მიღებული ადამიანების შეფასება/ტრიაჟი, რომელნიც განიცდიან კრიზისული ბუნების/სიმწვავეს მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემას, რომლებიც სხვა შემთხვევაში, თვითონ და/ან მათი ოჯახის წევრები/მზრუნველები, მოხვდებიან ჰოსპიტალში.	1
კრიზისული ინტერვენციის სერვისი მომსახურებას აწვდის პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს 8/5, ხოლო ტელეფონით ხაზზეა 24/7.	7, 3
სერვისში ჩართვის კრიტერიუმები განსაზღვრულია სახელმწიფო პროგრამით და ის განისაზღვრება საქართველოს მოქალაქის სტატუსით, შემოიფარგლება ასაკით და დაავადებათა ჩამონათვალის ICD -10 კლასიფიკატორით. მომსახურება სახელმწიფო პროგრამით მიეწოდება მოცვის არეალში (საშუალოდ, 150 000-იან პოპულაციაში) მცხოვრებ პირებს, რომელთაც აღენიშნებათ მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები ან ისეთი ქცევითი და აფექტური სიმპტომები, რომელთა გამოც, შესაძლებელია, პაციენტს და/ან მის გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას, საფრთხე შეექმნას; მკურნალობა, შესაძლებელია, განხორციელდეს საცხოვრებელ ადგილზე, სპეციალიზებული გუნდის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში, დღეში ორჯერადი ვიზიტით. გასათვალისწინებელია, დაბალი პაციენტის:პერსონალის ფარდობა, თუნდაც 2 ვიზიტის ბინაზე განხორციელების საჭიროების შემთხვევაში.	2, 6, 3, 7
მომსახურების მიწოდება ხორციელდება, ასევე, ამბულატორიულად და/ან დღის სტაციონარში, სადაც ტარდება გადაუდებელი და გეგმიური ამბულატორიული კონსულტაციები, პაციენტთა ფსიქიატრიული შეფასება და მედიკამენტური მკურნალობა. საჭიროების მიხედვით, სხვადასხვა პროფილის ექიმების კონსულტაციები, კლინიკო-ლაბორატორიული მონიტორინგი; ინდივიდუალური, ოჯახური და ჯგუფური ფსიქო-თერაპიული მომსახურება; სატელეფონო კონსულტაცია, რომელიც პროგრამის ბენეფიციარისათვის ხელმისაწვდომია, 24 საათის განმავლობაში.	2
ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციით განსაზღვრული ნოზოლოგიები: - F20 - შიზოფრენია; - F21 - შიზოტოპური აშლილობა; - F22 - ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობანი; - F23 - მწვავე და გარდამავალი (ტრანზიტული) ფსიქოზური აშლილობანი; - F24 - ინდუცირებული ბოდვითი აშლილობა; - F25 - შიზოაფექტური აშლილობა;	2

- F31 - ბიპოლარული აფექტური აშლილობა; - F32 - დეპრესიული ეპიზოდი; - F33 - რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა; - F40 - შფოთვითი ფობიკური აშლილობანი; - F41 - სხვა შფოთვითი აშლილობანი; - F42 - ობსესურ-კომპულსური აშლილობა; - F43 - რეაქცია მწვავე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები; - F60 - სპეციფიკური პიროვნული დარღვევები.	
პროგრამაში ჩარიცხვის კრიტერიუმებია: - ფსიქიკური აშლილობის მქონე 16 - 65 წლის მოზრდილი - სახეზეა მწვავე სიმპტომები (მაგ.: შიზოფრენია, მანია, დეპრესია და სხვ.) - ნორმალური გამკლავების მექანიზმების სისუსტე - განიხილება ჰოსპიტალიზაციის საკითხი - მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორები, თვით-დაზიანება, სუიციდური აზრები/გეგმები - პაციენტები, რომელთაც წარმოდგენილი მწვავე ფსიქიკური პრობლემების გამო, სურთ მკურნალობა და მხარდაჭერა.	6,3
გამორიცხვის კრიტერიუმია: - კლიენტი 16 წლამდე ან 65 წლის ზევით - 16-65 წლის ორგანული დაავადებით - არ გააჩნია საცხოვრებელი მისამართი - კლიენტი მენტალური განვითარების სერიოზული ინვალიდობით (გონებრივი ჩამორჩენილობა, სწავლის უუნარო) - კლიენტი წარმოადგენს მსუბუქ შფოთვით სიმპტომებს, როგორც მენტალური ჯანმრთელობის ერთადერთ პრობლემას. - პირველადი დიაგნოზი არის წამლის/ალკოჰოლის არალეგალური ან ჭარბი მოხმარება. თუმცა პაციენტები, ორივე დიაგნოზის არსებობისას, უნდა შეფასდეს. - მაღალი აგრესიის ან ძალადობის ნიშნები სახეზეა, რომელიც გუნდს აყენებს მნიშვნელოვანი საფრთხის ქვეშ. - ინტოქსიკაციის დროს ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტი არ ფასდება, თუმცა შეფასება, შესაძლებელია, შევთავაზოთ, ფხიზელ მდგომარეობაში.	6
უნდა აღირიცხოს კრიზისული ინტერვენციის ცენტრში პაციენტის დაყოვნების დრო, ვინაიდან პროგრამა ითვალისწინებს კვებით უზრუნველყოფას, ბენეფიციარების, კრიზისული ინტერვენციების ცენტრში 3 სთ-ზე მეტი ხნით დაყოვნების შემთხვევაში.	2
3. რეფერალი სხვა სერვისებში	
პერსონალი ეხმარება სერვისის მომხმარებელს ჰქონდეს წვდომა სხვა სერვისებზე, სადაც პაციენტს ჩაუტარდება სკრინინგი, მონიტორინგი და მკურნალობა ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დროს, პირველადი/მეორეული დონის სერვისების	1

საშუალებით, პრობლემის შესაბამისად. ეს დოკუმენტირებული უნდა იყოს მომხმარებლის მართვის გეგმაშიც.	
პაციენტის გაწერა შესაბამის ამბულატორიულ სერვისში ხორციელდება კრიზისის ამოწურვის და პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდგომ.	2
თუ პაციენტის მდგომარეობა, მიუხედავად ყოველდღიური, დღეში ორჯერადი ბინაზე ვიზიტებისა, არ უმჯობესდება, ხორციელდება პაციენტის სტაციონირება. გასათვალისწინებელია, დაბალი პაციენტის:პერსონალის ფარდობა, თუნდაც 2 ვიზიტის ბინაზე განხორციელების საჭიროების შემთხვევაში.	2, 7, 3
კრიზისული ინტერვენციის განხორციელებისას, კრიზისული მობილური გუნდი, საჭიროების შემთხვევაში, ახორციელებს პაციენტის გადაყვანას კრიზისული ინტერვენციის ცენტრში ან მიმართვას სხვა, სათანადო ფსიქო-სოციალური/ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში.	2
4. თანასწორობა და განსხვავება	
სერვისის მიმწოდებელს გააჩნია ლოკალური სტრატეგია იმისათვის, რომ დაამკვიდროს და მონიტორინგი გაუწიოს თანასწორობას და განასხვავოს მხოლოდ სამართლებრივ საფუძვლების გათვალისწინებით, რათა თავიდან ავიცილოთ დისკრიმინაცია და სწორად ვმართოთ ნებისმიერი ბარიერი, ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით.	1
5. შეფასების დაწყება	
გუნდს უნდა ჰქონდეს შეთანხმებული საპასუხო დრო მიმართვის მიღებაზე და შედეგი უნდა თანხმდებოდეს მიმმართველთან.	1
მომსახურების მიწოდება უნდა განხორციელდეს საჭიროების დაფიქსირებიდან არაუგვიანეს 1 საათის ინტერვალში და მიეწოდება მოცვის არეალში სათემო პრინციპით (საშუალოდ, 150 000-იან პოპულაციაში).	2
გუნდი აწვდის სერვისის მომხმარებლებს და/ან ოჯახის წევრს/მომვლელს ინფორმაციას შეფასებისა და მკურნალობისათვის საჭირო მოცდის დროსთან დაკავშირებით.	1
გუნდს უნდა გააჩნდეს შესაძლებლობა მოახდინოს ორი ბინაზე ვიზიტი 24 საათის განმავლობაში.	1,2
გუნდს უნდა შეეძლოს შეფასების განხორციელება სხვადასხვა ადგილებში.	1

6. სხვა სერვისებთან კავშირი	
გუნდი მჭიდროდ თანამშრომლობს მწვავე სტაციონარულ სამსახურთან, “კარიბჭის“ ფუნქციისა და ადრეული გაწერის ხელშეწყობის მიზნით.	1
არსებობს გაწერილი მწვავე მოვლის სტრატეგია, რომელიც უზრუნველყოფს ზრუნვის უწყვეტობას სერვისებს შორის. სერვისის მომხმარებლების სათემო სამსახურებში გადაბარება უნდა განხორციელდეს მართვის გეგმით, რომელიც უზრუნველყოფს ახალ გუნდს განახლებული მოვლის გეგმითა და რისკის შეფასებით.	1
7. სამედიცინო მომსახურების აუდიტი	
გუნდი სისტემატიურად უტარებს აუდიტს სერვისის მიმდინარეობასა და მის გამოსავლებს, სერვისის მომხმარებლის და მათი ოჯახის წევრების უკუკავშირის ჩათვლით.	1
სერვისმა უნდა შეაგროვოს მონაცემები მაღალი რისკის მქონდე მედიკამენტების დანიშვნის შესახებ, როგორებიცაა: ლითიუმი, მაღალი დოზებით ანტიფსიქოზური პრეპარატები, ანტიფსიქოზურების კომბინაცია, ბენზოდიაზეპინები. სერვისი იყენებს ამ მონაცემებს მკურნალობის გაუმჯობესების მიზნით და უწყვეტად აგრძელებს ამ მედიკამენტების უსაფრთხო გამოწერის მონიტორინგს.	1
8. უკუგება	
არსებობს პოლიტიკა და პროცედურა საჩივრების მართვის მიზნით.	1
სერვისის მომხმარებლები და მათი ოჯახის წევრები/მზრუნველები უნდა წავახალისოთ კონფიდენციალურად გაგვიზიარონ მათი გამოცდილება მიღებული სერვისის თაობაზე, რაც გამოყენებული იქნება მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად.	1
პაციენტის შეფასების შესახებ ინფორმაცია, პაციენტთან შეთანხმებით, უნდა გაეგზავნოს მას, ვინც პაციენტი გადმოამისამართა სერვისში. თუ პაციენტი არ იქნა ჩარიცხული პროგრამაში, გუნდი აძლევს ალტერნატიულ რჩევას პაციენტს/მის გულშემატკივარს/გამომგზავნ პირს.	1

2. პერსონალი, შეფასება/ფრაზირება, სუპერვიზია და ტრენინგი

მულტიდისციპლინური გუნდი

სერვისის უნდაგააჩნდეს რეაგირების მექანიზმი პერსონალით დაკომპლექტების დაბალი/საფრთხიშემცველი დონის შემთხვევაში, როდესაც ისინი მინიმალურად მისაღები დონის ქვემოთ აღმოჩნდებიან. ის მოიცავს:	1
• მეთოდს გუნდისათვის, რომ შეატყობინოს წუხილი პერსონალით დაკომპლექტების შესახებ; • ხელმისაწვდომობას დამატებითი პერსონალისათვის; • გაუთვალისწინებელი შემთხვევების დროს, შეთანხმებული გეგმის არსებობას.	
გუნდის წევრების ყოველწლიური შევსებულების ან ავადმყოფობის შემთხვევაში, უნდა არსებობდეს პერსონალის ჩანაცვლების გეგმა, სერვისის მომხმარებლის უწყვეტი მომსახურების მიზნით.	1
გუნდის შემადგენლობა ყოველ, 20 (ერთდროულად) მიმდინარე შემთხვევაზე, განისაზღვრება შემდეგნაირად: გუნდის ხელმძღვანელი (ექიმი ფსიქიატრი) ფსიქიატრი ფსიქოლოგი ექთანი/სოციალურ საკითხზე მომუშავე სპეციალისტი	2
პერსონალის საკვალიფიკაციო მოთხოვნები	
პერსონალს უნდა გააჩნდეს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ბაზისური განათლება და შესაბამისი კომპეტენცია.	3
პერსონალს უნდა გააჩნდეს სპეციფიკური ორგანიზაციული ცოდნა.	3
პერსონალი უნდა იცნობდეს ორგანიზაციის ლოკალურ კონტექსტს და დანერგილი მენეჯმენტის სისტემის ყველა დოკუმენტირებულ ინფორმაციას.	3
პერსონალი უნდა იცნობდეს მათი საქმიანობის მარეგულირებელ დოკუმენტებს და იზიარებდეს/იცავდეს მას.	3
პერსონალი ვალდებულია ფლობდეს კომპიუტერის საოფისე პროგრამებს.	3
პერსონალს განსაკუთრებით ევალება ეთიკური ნორმების, მ.შ. კონფიდენციალობის მკაცრი დაცვა.	3
პერსონალს უნდა გააჩნდეს:	3

- გუნდური მუშაობის უნარ-ჩვევა; - პოზიტიური გარემოს შექმნის ხელშეწყობის უნარი; - დისციპლინიზებულობა; - ანალიზის უნარი. პერსონალს უნდა შეეძლოს: - კოლეგებთან/კლიენტებთან პარტნიორული და კოლეგიალური ურთიერთობების ჩამოყალიბება; - დატვირთვით მუშაობა; - პროფესიისა და ბიზნესისადმი ერთგულება; - საკუთარი კომპეტენციის საზღვრების დაცვა.	
პერსონალი კარგად უნდა იცნობდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული სერვისების პრინციპებს და იცავდეს მას.	1
პერსონალი უნდა იცნობდეს გუნდის სხვა წევრების როლებსა და პასუხისმგებლობებს.	1
ნებისმიერ ახალ, მ.შ. ადმინისტრაციულ/კლერიკულ თანამდებობაზე მომუშავე თანამშრომელს, უნდა ჩაუტარდეს შემავალი ინსტრუქტაჟი ძირითადი კომპეტენციების შეთანხმებული ჩამონათვალის გათვალისწინებით.	1
ფრაზირება და სუპერვიზია	
პერსონალს უნდა ჩაუტარდეს საწყისი და ყოველწლიური პერიოდული შეფასება/ფრაზირება.	1
კლინიკური პერსონალის სუპერვიზია უნდა განხორციელდეს რეგულარულად, სულ მცირე, ყოველთვიურად.	1
პერსონალის ტრენინგი	
პერსონალმა უნდა გაიაროს ტრენინგი თავის როლის და კომპეტენციის ფარგლებში, უწყვეტი პროფესიული განვითარების გეგმის შესაბამისად და აგრეთვე, განაახლოს ცოდნა ლოკალური გაიდლაინების ცვლილებების შემთხვევაში.	1
პერსონალს გავლილი უნდა ჰქონდეს სწავლება კონსულტირების ბაზისური უნარ-ჩვევების შესაძენად.	1
ყველა პრაქტიკოსის კომპეტენცია, ვინც უნიშნავს წამალს და/ან გასცემს მას, უნდა შეფასდეს ყოველწლიურად იმაზე, თუ რამდენად სწორად აკეთებს მას.	1
ყველა პერსონალს უნდა ჰქონდეს გავლილი ტრენინგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამართლებრივი დოკუმენტების გამოყენებაზე.	1

ყველა თანამშრომელმა უნდა გაიაროს სწავლება რისკების შეფასებასა და რისკების მართვაზე. მიითითება: ის მოიცავს: უმწეო ადამიანების მ.შ. ბავშვების დაცვას; სუიციდური და თვით-დაზიანების რისკების შეფასებას და მართვას; აგრესიისა და ძალადობის პრევენციას და მართვას; პრევენციას; ნარკომანიის ნიშნების ამოცნობას და მასზე რეაგირებას; არასწორად გამოყენებას და უარყოფას..	1
ყველა თანამშრომელს უნდა ჰქონდეს დასრულებული სწავლება თანამდებობრივი დებულების და სხვა სავალდებულო საკითხებზე. მიითითება: მოიცავს თანასწორობასა და განსხვავებას, ინფორმაციის მართვას, სიცოცხლის გადარჩენის ბაზისური უნარ-ჩვევას.	1
ყველა ტრენინგზე უნდა დაწესდეს მონიტორინგი, მიმოხილვა და განხორციელდეს ყოველწლიური ევალუაცია.	1
გუნდი უზრუნველყოფს სიმპტომებზე ან პრობლემაზე ორიენტირებული სპეციფიკური ფსიქოლოგიური ინფორმირებული ინტერვენციის რეპერტუარის მიწოდებას. მიითითება: მოიცავს, მაგრამ არ არის შეზღუდული, შფოთვის მართვას, გამწვავების პრევენციას, ინტერვენციის დეესკალაციას და თანდათანობით გამოვლენას.	1
ყველა თანამშრომელს უნდა ჰქონდეს სწავლება გავლილი ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასების საკითხებზე. მიითითება: შესაძლოა მოიცავდეს ტრენინგს ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გაგების, ობსერვაციის და როდის უნდა გაიგ ზავნოს სხვა სპეციალისტთან.	1
ყველა თანამშრომელს უნდა ჰქონდეს გავლილი ტრენინგი განსაკუთრებული საჭიროების მქონე სერვისის მომხმარებლები ამოცნობასა და მათთან კომუნიკაციაზე მაგ. კოგნიტური შეფერხებების, ან სწავლის უნარშეზღუდულ პირებთან.	1

3. პაციენტის შეფასება, მართვის დაგეგმვა, გადაყვანა სხვა სერვისში და პროგრამიდან გაწერა

შეთანხმება და კონფიდენციალობა

სერვისის მომხმარებელთან ხდება შეთანხმება იმაზე, თუ კლინიკური ინფორმაციის რა ნაწილის გაზიარება შეიძლება გუნდის გარეთ, რაზეც უნდა გაკეთდეს ჩანაწერი. თუკი ასეთი თანხმობა ვერ მიიღეთ, უნდა ჩაიწეროს მიზეზები, რატომაც ვერ მიიღეთ თანხმობა.	1
როდესაც პაციენტი უარს აცხადებს ოჯახის წევრთან/მზრუნველთან ინფორმაციის გაზიარებაზე, გუნდი რეგულარულად ამოწმებს მასთან, ხომ არ შეიცვალა გადაწყვეტილება აღნიშნულთან დაკავშირებით თუ იმავე აზრზეა.	1
გუნდი იცავს პაციენტთან შეთანხმებას/პროტოკოლს მასზედ, რომ არ იქნას გაზიარებული ინფორმაცია ოჯახის წევრებისთვის/მზრუნველისთვის, მიუხედავად ამ უკანასკნელთა თხოვნისა.	1
სერვისის მომხმარებლის პრეფერენციები, კლინიკური ინფორმაციის გუნდის გარეთ გაზიარებასთან დაკავშირებით, არის მიღებული, იმსახურებს პატივისცემას და განხილვას, მომსახურების მთელი პროცესის განმავლობაში.	1

შეფასების ჩატარებამდე

წინასწარი სკრინინგ-შეფასებით დგინდება, რამდენად მისაღებია სერვისის მომხმარებლისთვის/ოჯახის წევრისთვის/მზრუნველისთვის ბინაზე მკურნალობა. შენიშვნა: გასათვალისწინებელია პაციენტის მარტო ცხოვრება და მასთან ასოცირებული მომატებული სუიციდის რისკი.	1
იდენტიფიცირდება პაციენტის პირველადი მხარდამჭერი, ან ასეთის არარსებობა და კეთდება ჩანაწერი აღნიშნულის თაობაზე.	1

რუტინული შეფასება

რუტინული შეფასება მოიცავს კრიზისის ბუნებისა და წარმოდგენილი პრობლემების გამოკვლევას.	1
ჩატარებული ყოვლისმომცველი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შეფასება მოიცავს: ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და მედიკამენტს; ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს; განვითარების ძლიერ და სუსტ გამოვლინებებს.	1

უნდა განხორციელდეს კლინიკური სიმპტომებისა და ნიშნების იდენტიფიცირება, საკუთარი თავის მოვლის შესაძლებლობის შეფასების ჩათვლით, თუკი ვლინდება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები.	1
საწყისი შეფასების ნაწილია ფიზიკური ჯანმრთელობის მიმოხილვა ან თუკი ეს ვერ ხერხდება პირველ ვიზიტზე, უნდა შეფასდეს შემდგომი დაგვარად სწრაფად. მიმოხილვა მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება: წარსული სამედიცინო ისტორიის დეტალებს; მიმდინარე ფიზიკური პრობლემისთვის დანიშნულ მედიკამენტურ მკურნალობას, გვერდითი მოვლენებისა და მკურნალობაზე დამყოლობის ჩათვლით; ცხოვრების წესს და მასზე მოქმედ ფაქტორებს (მაგ.: ძილის ჰიგიენა, კვება, მოწევა, ფიზიკური აქტივობა, სექსუალური აქტიურობა, ალკოჰოლისა და წამლის მოხმარება).	1
დოკუმენტირებული რისკების შეფასება და შესაბამისი მართვის გეგმა ერთდროულად იწარმოება და გახიარებულ იქნას, აუცილებლობის შემთხვევაში, სხვა მნიშვნელოვან სააგენტოებთან (კონფიდენციალობის გათვალისწინებით). შეფასება განიხილავს: რისკს საკუთარი თავთან; რისკებს სხვებთან მიმართებაში; მოსალოდნელ რისკებს სხვებისაგან.	1
უნდა შეფასდეს დამოკიდებული ადამიანების მდგომარეობა, ბავშვების ჩათვლით, და შეფასდეს მათი და ნებისმიერი ახალგაზრდა ან მოზარდი მომვლელის საჭიროებები. მითითება: მოიცავს არასწრულწლოვან დამოკიდებულ და მომვლელ პირთა სახელებს და დაბადების წლებს.	1
უნდა განხორციელდეს სერვისის მომხმარებლის საჭიროებების მულტიდისციპლინური შეფასება.	1
უნდა განხორციელდეს სერვისის მომხმარებლის რისკების დონის მულტიდისციპლინური შეფასება.	1
სერვისის ყველა მომხმარებელს გააჩნია დოკუმენტირებული და ფორმულირებული კლინიკური დიაგნოზი. მითითება: <i>ფორმულირება მოიცავს წარმოდგენილ პრობლემას და წინასწარგანწყობას, შესაბამის მაპროვოცირებელ, ხანგრძლივმოქმედ და დამცავ ფაქტორებს. როდესაც სრული შეფასება არ ტარდება, სამუშაო დიაგნოზი და წინასწარი ფორმულირება განსხვავებულია.</i>	1
მეორე აზრის მოძიება შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუკი სერვისის მომხმარებელს და გუნდის წევრებს გაუჩნდათ ეჭვი, გაურკვევლობა ან უთანხმოება დიაგნოზთან, მის ფორმულირებასთან ან მკურნალობასთან დაკავშირებით.	1

მართვის გეგმა	
გუნდი მუშაობს სისტემურ მიდგომაზე დაფუძნებული კოორდინირებული მოვლის პრინციპების გათვალისწინებით.	1
ყველა სერვისის მომხმარებელს აქვს დოკუმენტირებული მართვის გეგმა, რომელიც ასახავს მათ ინდივიდუალურ საჭიროებებს. გუნდის წევრები აქტიურად მონაწილეობენ მკურნალობის გეგმის შედგენაში პაციენტებთან/მათი ოჯახის წევრებთან/მზრუნველებთან, სერვისის მომხმარებელთან შეთანხმების გათვალისწინებით. მითითება: მართვის გეგმა ნათლად ასახავს: ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობისკენ მიმართულ შეთანხმებული ინტერვენციის სტრატეგიას. <i>ზომვად მიზნებსა და ამოცანებს; თვით-მართვის სტრატეგიას; სერვისის მომხმარებლის ნებისმიერი წარმატების მიღწევის ან სხვა შინაარსის მტკიცებულებას. განიხილავს თარიღებს და გაწერის ჩარჩოს.</i>	1
სერვისის მომხმარებლებს და მათ ოჯახებს/მზრუნველებს (თუ ამაზე არსებობს სერვისის მომხმარებლის თანხმობა) უნდა შევთავაზოთ გაწერილი გეგმის ასლი და მისი განხილვის შესაძლებლობა.	1
მენეჯერები და პრაქტიკოსები იცავენ კლინიკური განხილვების მიზნით შეთანხმებული შეხვედრების მინიმალურ რაოდენობას.	1
სერვისის მომხმარებლები აქტიურად არიან ჩართულები მათი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალობის, გაწერის და თვით-მენეჯმენტის მხარდაჭერის თაობაზე გაზიარებულ გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში.	1
რისკების მართვა	
გუნდი ახდენს მიმდინარე და ახლად აღმოცენებული რისკების შეფასებას, მათ მენეჯმენტს, პაციენტთან და მის ახლობლებთან თანამშრომლობით, რაც განიხილება ყოველი შემდგომი კონტაქტისას. მითითება: ის მოიცავს სუიციდის რისკის გაცნობიერებას და მისი დაძლევის სტრატეგიებზე მუშაობას, სადაც ეს შესაძლებელია.	1
გუნდი აგრძელებს მიმდინარე მეთვალყურეობას იმ შემთხვევაშიც, როცა სერვისის მომხმარებელი არ ცხადდება წინასწარ შეთანხმებულ დროს შესაფასებლად ან არ სურს გაგრძელება ლოკალური პოლიტიკის შესაბამისად. მითითება:	1

ის მოიცავს სატელეფონო კონტაქტს, ვიზიტებს ბინაზე ან სხვა მისთვის მისაღებ ადგილას, შეხსენებას სხვადასხვა გზებით ან ოჯახის წევრები/მზრუნველების პროაქტიურად ჩართვას. თუკი კლიენტი მაინც აგრძელებს რეჟიმის დარღვევას და არ ცხადდება მორიგ ვიზიტზე, გადაწყვეტილება მიიღება გუნდის მიერ, სერვისის მომხმარებლის საჭიროების და რისკის გათვალისწინებით, თუ რა დროით გაგრძელდება მასზე მიმდინარე მეთვალყურეობა.	
გაწერის დაგეგმვა	
კის-გუნდის ჩართვა პაციენტის მკურნალობის პროცესში, დროში ლიმიტირებულია. ამ სერვისიდან პაციენტის გაწერა ხდება, როგორც კი კრიზისი ამოიწურება და აქტიური მკურნალობის საჭიროება აღარ არის.	1
პაციენტის გაწერა შესაბამის ამბულატორიულ სერვისში ხორციელდება კრიზისის ამოწურვის და პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდგომ.	2
კრიზისი დაძლევისა და ბინაზე მკურნალობის ინტენსიური პროგრამა არის ხანმოკლე, სულ რამდენიმე დღიდან, საშუალოდ 2 კვირამდე და საჭიროების შემთხვევაში, 6 კვირამდეც კი, ვადაში. პაციენტთა უმრავლესობა ეწერება უწყვეტი მოვლის სერვისებში.	7
გუნდს შეუძლია ხელი შეუწყოს პაციენტის გაწერის პროცესს, სხვა საჭირო სერვისში გადამისამართებით, იმისდა მიხედვით, თუ როგორია პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა და ადგილობრივ სათემო სერვისებზე წვდომა. *მაგ: ფჯ ამბულატორია, ფჯ მობილური გუნდი, ასევე, პირველადი ჯანდაცვა ან კერძო დაზღვევის კლინიკები. მითითება: ის მოიცავს პირველად ჯანდაცვას, ასერტულ სერვისს, უწყვეტი მოვლის და სხვა სერვისებს.	1
პაციენტი და მისი ახლობლები, კის-იდან გაწერის და სხვა სერვისში გადამისამართების შესახებ ინფორმირებულნი არიან იმ დროიდან, როგორც კი გამოიკვეთება პაციენტის სხვა სერვისში გადამისამართების საჭიროება.	1
კლინიკური შედეგების გაზომვის მონაცემები გროვდება, სულ მცირე, შეფასებისა და გაწერის დროს.	1
გაწერისას, სერვისის მომხმარებელს უნდა მიეცეს გაწერის ნათელი გეგმა და გაწერიდან, არაუგვიანეს 48 საათისა, უნდა გაეგზავნოს ინფორმაცია ყველა მნიშვნელოვან მხარეს. გეგმის დეტალები მოიცავს:	1

- მიმდინარე მოვლას სათემო სერვისში/შემდგომ რჩევებს. - კრიზისისა და უცარი საჭიროებების დროს, თუ ვის მიმართოს პაციენტმა და მათ საკონტაქტო დეტალებს. - მედიკამენტების შესახებ ინფორმაციას, მონიტორინგის შედეგების ჩათვლით; - როდის, ვინ და სად უნდა მიიღოს მიმდინარე მეთვალყურეობის სერვისი, საჭიროების შემთხვევაში.	
--	--

4. ინტერვენციები	
ვიზიტების დაგეგმვა	
გუნდი უკავშირდება სერვისის მომხმარებელს და ოჯახს/მზრუნველს, რათა შეუთანხმდეს საკონტაქტო ვიზიტების დროზე, სიხშირესა და ხანგრძლივობაზე.	1
სერვისის მომხმარებლები წინასწარ არიან ინფორმირებულნი გარდაუვალ გადავადებაზე და ეუბნებიან, თუ როდისაა მოსალოდნელი საპასუხო რეაგირება.	1
სერვისის მომხმარებელი და გუნდი თანხმდება იმ ადგილზეც, სადაც მას სურს განხორციელდეს შეფასება.	1
ინტერვენციები, შესაძლოა განხორციელდეს, როგორც პაციენტის სახლში, ასევე, მეგობრის, ოჯახის წევრის, კლინიკაში, პროვაიდერის ოფისში, გადაუდებელი დახმარების ოთახში, საკანში ან სხვა სათემო სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.	6
გუნდთან კონტაქტი	
პერსონალი მუშაობის დროს საკუთარი პირადობის დამადასტურებელ ბეიჯს ატარებს.	1
სერვისის მომხმარებლებმა იციან ვინ უწევს ზედამხედველობას მათი ბინაზე მკურნალობის გუნდს და როგორ დაეკონტაქტოს მას კითხვების გაჩენის შემთხვევაში.	1
სერვისის მომხმარებლებსა და მათ ოჯახს/მზრუნველებს აქვთ პირდაპირი საკონტაქტო ტელეფონი, სადაც, დახმარების საჭიროების შემთხვევაში, შეუძლიათ დარეკონ 24 საათის განმავლობაში.	1
თანამშრომლები სერვისის მომხმარებლებისადმი და მათი მომვლელებისადმი თანაგრძნობით, ღირსებით და პატივისცემით არიან განწყობილი.	1

მითითება: ეს მოიცავს სერვისის მომხმარებელთა ასაკს, ქმედუნარობას, გენდერულ კუთვნილებას, ქორწინებისა და სამოქალაქო პარტნიორობას, ორსულობის, რასის, რელიგიისა და რწმენის, სქესისა და სექსუალური ორიენტაციის პატივისცემას.	
სერვისის მომხმარებელი გრძნობს, რომ პერსონალი უსმენს მას და გაგებით ეკიდება.	1
სერვისის მომხმარებლები არ გრძნობენ სტიგმატიზირებულ დამოკიდებულებას თანამშრომლების მხრიდან.	1
თანამშრომლებმა იციან და მგრძნობიარენი არიან უმცირესობაში მყოფ და რთულად მიღწევადი ჯგუფების სერვისის მომხმარებლების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების, მიმართ. ეს შეიძლება იყოს: შავკანიანი, აზიური და ეთნიკური უმცირესობის ჯგუფები; თავშესაფრის მაძიებლები ან ლტოლვილები; ჰომოსექსუალი, ბისექსუალი ან ტრანსგენდერი ადამიანი; მოგზაურები.	1
სერვისის მომხმარებლებთან, მათი ოჯახის წევრებთან/მომვლელებთან საუბრისას, ჯანმრთელობის პროფესიონალები საუბრობენ ნათლად და ჟარგონის გამოყენების გარეშე.	1
სერვისის მომხმარებლებსა და მათ ოჯახს/ მომვლელებს უნდა შეეკითხოთ, თუ სურთ ჰქონდეთ მათი ჯანმრთელობისა და მკურნალობის შესახებ წერილების ასლები.	1
ინფორმაცია სერვისის მომხმარებლებს	
სერვისის მომხმარებლებს (მათი ოჯახის წევრებს/მომვლელებს, პაციენტთან შეთანხმებით) უნდა შევთავაზოთ წერილობითი და სიტყვიერი ინფორმაცია სერვისის მომხმარებლის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და მკურნალობის შესახებ. მითითება: <i>ვერბალური ინფორმაცია შესაძლოა მიწოდებულ იქნას პირისპირ გუნდის წევრთან 1:1 შეხვედრაზე ან ფსიქო-განათლების ჯგუფში. წერილობითი ინფორმაციას შესაძლოა მოიცავდეს სამახსოვროს ან ვებგვერდებზე განლაგებულ ინფორმაციას.</i>	1
სერვისის მომხმარებელს უნდა მიეწოდოს წერილობითი ინფორმაცია მასზედ, რასაც გუნდის წევრები ესაუბრებოდნენ, რაც შეიძლება სწრაფად, რამდენადაც ეს პრაქტიკულად იქნება შესაძლებელი.	1
სერვისის მომხმარებელს უნდა შევთავაზოთ პერსონალიზებული ინტერვენციები ცხოვრების ჯასადი წესების დასამკვიდრებლად, როგორიცაა ჯანსაღი კვება, ფიზიკური აქტივობა და თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა რაც დოკუმენტირებული უნდა იყოს სერვისის მომხმარებლის მართვის გეგმაში.	1

მზრუნველთა მხარდაჭერა	
მზრუნველები/ოჯახი (სერვისის მომხმარებლის თანხმობით) უნდა ჩართული იქნან დისკუსიებსა და პაციენტის მოვლის, მკურნალობისა და გაწერის დაგეგმვის გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში.	1
გუნდი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ბავშვებსა და სხვა დამოკიდებული პირებს გააჩნიათ ადექვატური მხარდაჭერა.	1
მედიკამენტური მკურნალობა	
უნდა არსებობდეს დოკუმენტირებული პოლიტიკა, რომლის საფუძველზე წარმართება მედიკამენტების თვით-ადმინისტრირება, სერვისის მომხმარებლის სუპერვიზიისა და ჩანაწერების განხორციელების ჩათვლით .	1
ყველა პროგრამაში ჩართულ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტზე, ივსება მედიკამენტების ცხრილი/განრიგი და თუკი მედიკამენტი გაიცემა ან სუპერვიზირდება გუნდის მიერ, ჩანაწერი კეთდება აღნიშნულ დოკუმენტში.	1
სამედიცინო ჩანაწერების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის პროგრამაში ჩართვისას, სასურველია, ინფორმაციის მოძიება მისი დაავადებისა და მედიკამენტური მკურნალობის შესახებ, იქნება ეს მისი ოჯახის ექიმი თუ სხვა სპეციალისტი. მითითება: ეს მოიცავს მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მიმდინარე მედიკამენტს, ლაბორატორიული კვლევების შედეგებს და სხვა საკითხებს, რამაც შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს მედიკამენტურ მკურნალობაზე.	1
როდესაც სერვისის მომხმარებელი გაეწერება პროგრამიდან, დეტალური ინფორმაცია მედიკამენტური დანიშნულების შესახებ, უნდა მიეწოდოს სხვა სათემო მენტალურ სერვისს და ოჯახის ექიმს.	1
მედიკამენტური მკურნალობის მიმოხილვა ხორციელდება ინდივიდუალური საჭიროებისა და მტკიცებულებების შესაბამისად. მითითება: ეს მოიცავს თერაპიული პასუხის შეფასებას, უსაფრთხოებას, გვერდითი მოვლენების მონიტორინგს სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების გამოყენებით და მკურნალობის რეჟიმზე დამყოლობას.	1
სერვისის მომხმარებლები, რომელთაც უნდა დაენიშნოს გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები ან ანტიფსიქოზური პრეპარატები, უნდა ჩაუტარდეთ შესაბამისი ფიზიკური ჯანმრთელობის შეფასება მკურნალობის დაწყებამდე	1

(ბაზისური დონე), 6 კვირაში, 3 თვეში და შემდგომ 6 თვეში ერთხელ (ან 6 თვეში ერთჯერ, ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში), გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ვლინდება.	
მედიკამენტების დანიშვნისას, მკურნალობის სპეციფიკური მიზნები უნდა შეთანხმდეს სერვისის მომხმარებელთან, მასთანვე უნდა იქნას განხილული რისკები (წამლების ურთირთმომქმედების ჩათვლით) და სარგებელი, განსაზღვრული მედიკამენტის საპასუხო რეაგირების დრო და სერვისის მომხმარებლის თანხმობა დოკუმენტირებული.	1
თუკი გამოვლინდება წამლის მოქმედების გვერდითი ეფექტი, სერვისის მომხმარებელთან ერთად უნდა შემუშავდეს, მისი მართვის გეგმა.	1
სერვისის მომხმარებლებს (და მათ ოჯახებს/მზრუნველებს, პაციენტის თანხმობით) უნდა დავეხმაროთ მკურნალობის მიზნის, მოსალოდნელი შედეგების, მედიკამენტების ურთიერთქმედებების, შეზღუდვების და გვერდითი მოვლენების გაგებაში, რათა მათ გააკეთონ ინფორმირებული არჩევანი და რამდენადაც ეს შესაძლებელია, მართონ საკუთარი პრობლემები.	1
ფსიქო-სოციალური/ფსიქოლოგიური ინტერვენცია	
ყველა თანამშრომელი, რომელიც ახორციელებს თერაპიას და აქტივობებს, უნდა იყოს შესაბამისად ტრენირებული და სუპერვიზირებული.	1

10. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვა ხელს შეუწყობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისში მყოფი პაციენტების სამედიცინო მომსახურების გამოსავლების მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებას და მათი ჰოსპიტალიზაციის შემცირებას.

11. აუდიტის კრიტერიუმები

პროტოკოლის დანერგვა შეფასდება შემდეგი ინდიკატორების საფუძველზე:

სტრუქტურა

- დოკუმენტირებულია ყველა პროცედურა/იწარმოება ყველა საჭირო სარეგისტრაციო ფორმები/ჟურნალები;
- გაფორმებულია მემორანდუმები ურთიერთთანამშრომლობის შესახებ პჯდ ცენტრებთან; ფჯ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან.
- რამდენი პაციენტი მომართავს კლინიკას შეფასების მიზნით - თვითდინებით, პჯდ-დან მომართვით, ფჯ კლინიკიდან მომართვით?

- o შეფასებული (ტრიაჟი) პაციენტებიდან რამდენი იქნა სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული მომდევნო მკურნალობის მიზნით? რამდენი გაიგზავნა პჯდ ცენტრში? ფჯ ამბულატორიულ მკურნალობაზე? სტაციონარულ მკურნალობაზე?
- o როგორია გუნდის წევრების დატვირთვა აღნიშნული პროგრამით?
- o როგორია პროგრამაში ჩართვის მოცდის დრო?
- o სერვისების ტიპების მიხედვით დახარჯული დრო- ტრიაჟი, სატელეფონო მომსახურება, ამბულატორიული სერვისი, ბინაზე ვიზიტები, 3 სთ-ზე მეტი დაყოვნება ამბულატორიულად?
- o შესაფასებელია შემდეგი პარამეტრები:
ჩაუტარდა ფსიქიატრის კონსულტაცია; დამოუკიდებელი საექთნო ინტერვენცია;
ფსიქომეტრია; ფსიქოლოგიური ინტერვენციები - ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია/
ფსიქოგანათლება/ ოჯახური ფსიქოთერაპია და სხვ. სხვა სპეციალისტთა
კონსულტაციები; ლაბორატორიული კვლევები; მედიკამენტის ხარჯი.
- o დოკუმენტირებული მულტიდისციპლინური შეხვედრები;
- o პერსონალის მიმდინარე შეფასება/სუპერვიზია/სწავლება/უპგ სისტემის უზრუნველყოფა.
- o ყოველთვიური რაპორტირება
- o განხორციელებულია სამედიცინო მომსახურების შეფასება/სამედიცინო აუდიტი (გეგმიური/არაგეგმიური)

პროცესი

- o გუნდის ყველა წევრის მიერ განხორციელებული ყველა აქტივობა დოკუმენტირებულია
- o დაცულია კონფიდენციალობა, პრივატულობა, ღირსება, მიღებულია ინფორმირებული თანხმობა;
- o წარმოებს პაციენტის ფსიქომეტრული შეფასება - ტრიაჟის დროს; პროგრამაში ჩართული პაციენტების ფსიქომეტრია დინამიკაში; პაციენტების ფსიქომეტრია გაწერისას.
- o შედგენილია კრიზისული ინტერვენციის გეგმა
- o შედგენილია გაწერის გეგმა
- o პაციენტის გადამისამართებისას გაიცა შესაბამისი ფორმა № IV-100/ა
- o პროგრამით სარგებლობის ხანგრძლივობა - 3 კვირამდე; 6 კვირამდე.
- o შეფასდა ფიზიკური სტატუსი; თანხმლები დაავადებები/მედიკამენტური მკურნალობა.
- o შემოწმდა პაციენტის წარმოდგენილი მენტალური პრობლემები/ფსიქიკური სტატუსი (აფექტური, კოგნიტიური, ქცევითი); განისაზღვრა პოტენციური საშიშროების/სუიციდის რისკები/დამცავი ფაქტორები/ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებები; პიროვნების განვითარების ეტაპები და ფსიქო-სოციალური სტრესორები - სტრესის სიმწვავის დონე; ფსიქოლოგიური კონფლიქტი და დაცვის მექანიზმები; ადაპტაციური და არადაპტაციური გამკლავების სტრატეგიები; ბიოლოგიური, ინტერპერსონალური, ოჯახური, სოციალური და კულტურული ფაქტორები და სხვ.

გამოსავალი

- o რამდენი პაციენტის მდგომარეობა - გაუმჯობესდა; მდგომარეობა არ შეიცვალა;
- o გაწერის შემდეგ რამდენი პაციენტი გაიგზავნა პჯდ-ში; გაიგზავნა სტაციონარში; გაიგზავნა ფჯ ამბულატორიულ მკურნალობაზე;

- o შეფასდა პაციენტის კმაყოფილება - კმაყოფილების დონე გაიზარდა; შემცირდა; არ შეცვლილა.
- o პაციენტის/მხარდამჭერთა საჩივრების დონე - შემცირდა; გაიზარდა; განხორციელდა ანალიზი.

12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მოხდება არაუგვიანეს 1 წლის ვადაში.

13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი განსაზღვრულია პროგრამით.

14. რეკომენდაციები პროტოკოლის დანერგვისთვის

- პროტოკოლის დანერგვისათვის, აუცილებელია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის სერვისის მიმწოდებლთა მჭიდრო თანამშრომლობა და პერიოდული, სულ მცირე, კვარტალში ერთხელ, კოლეგიალური განხილვები.
- კრიზისული ინტერვენციის სერვისის მიმწოდებლებს, პირველადი ჯანდაცვის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ეფექტური თანამშრომლობის ჩამოყალიბება.
- საჭიროა პროგრამაში ჩართული ჯანდაცვის მუშაკებისა და სხვა პერსონალის ტრენინგება პროტოკოლში მითითებულ და სხვა თემებზე.

15. წყაროები

1. Home Treatment Accreditation Scheme (HTAS); Royal College of Psychiatrists' Centre for Quality Improvement Standards for Home Treatment Teams – Third Edition, May, 2017.
2. 2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა დამტკიცებულია საქართველოს მთავრობის დადგენილებით #592 2017 წლის 28 დეკემბერი
3. ექსპერტთა კონსენსუსი
4. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; MENTAL HEALTH CRISIS SERVICES STANDARDS; NOVEMBER 30, 2006
5. Walk-In Services <https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/mental-health-crisis-services/crisis-walk-in-centers.html>
6. Making progress in mental healthcare: the Crisis Resolution and Home Treatment Service for Leicestershire County Diversity in Health and Social Care 2006;3:289–99
<http://diversityhealthcare.imedpub.com/making-progress-in-mental-healthcare-the-crisis-resolution-and-home-treatment-service-for-leicestershire-county.pdf>
7. <http://apt.rcpsych.org/content/19/2/115> Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model; Advances in Psychiatric Treatment Mar 2013, 19 (2) 115-123; DOI: 10.1192/apt.bp.107.004192