

ჟინმომვლის კონცეფცია

თბილისი
2008

საქართველოს შინმოვლის კოალიცია ჩამოყალიბდა
ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით
ჰოლანდიური საქველმოქმედო ფონდისა



ასოციაცია „გენეზისი“



კავშირი „აღამიანი და გუნება“

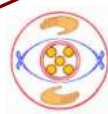
საქველმოქმედო ფონდი
„საქართველოს კარიტასი“



ფონდი „თაოზა“



კავშირი „ამაბი“



ონკოპრევენციის ცენტრი



www.homecare.ge

homecaregeorgia@yahoo.com

წინათქმა

წინამდებარე დოკუმენტის შექმნა განპირობებულია საქართველოში შინმოვლის ერთიანი პოლიტიკისა და მომსახურების სისტემის არ არსებობით. ამავე დროს, ქვეყანაში დაგროვდა ამ სფეროში მომუშავე რიგი არასამთავრობო ორგანიზაციების ათწლიანი გამოცდილება, რომელიც სერიოზულ განზოგადებას საჭიროებს. თითოეულ ამ ორგანიზაციას აქვს განსხვავებული მომსახურების სპექტრი, შიდა სტანდარტები, სამიზნე ჯგუფები და სხვა.

საქართველოში ერთიანი, შეთანხმებული განვითარების სტრატეგიის შექმნის მიზნით, ჩამოყალიბდა შინმოვლის კოალიცია და დაიწყო პროექტის განხორციელება. კოალიციური პროექტის ფარგლებში დაგეგმილია ყველა იმ კვლევისა თუ სამუშაოს ჩატარება, რომელიც ხელს შეუწყობს საქართველოსთვის ოპტიმალური შინმოვლის მოდელის შექმნას.

კონცეფციაში თავმოყრილი ინფორმაცია აერთიანებს კოალიციის წევრ ორგანიზაციათა მიერ შეთანხმებულ საკითხებს, რათა კოალიციურ პროექტზე მუშაობის პროცესში მაქსიმალურად იქნეს თავიდან აცილებული გაუგებრობები ძირითად საკითხებთან დაკავშირებით, შეიქმნას ერთიანი სალაპარაკო ენა, როგორც კოალიციის შიგნით, ასევე სხვა დაინტერესებულ პირებთან. საქმე იმაშია, რომ შინმოვლის ცნების ინტერპრეტაცია არაერთგვაროვანია არა მარტო ჩვენში, არამედ მთელ მსოფლიოში. კოალიციური პროექტის დასრულების შემდეგ შესაძლებელი გახდება დახვეწილი, პრაქტიკით შემოწმებული და ექსპერტების რჩევების გათვალისწინებით შემუშავებული კონცეფციის დოკუმენტის შექმნა. ამ ეტაპზე კი ის წარმოადგენს შინმოვლის სფეროში მომუშავე ქართული ორგანიზაციების გამოცდილების შეჯერებისა და შეთანხმების ამსახველ საწყის დოკუმენტს. მისი შემოკლებული ვერსია ბუკლეტის სახით დაიბეჭდა ფართო საზოგადოებისთვის შინმოვლის წარსადგენად.

ჩვენი მიზანია შევქმნათ შინ, სახლის პირობებში მიწოდებული მომსახურებების სამუშაო მოდელი იმ

ადამიანთათვის, რომლებიც მოვლა-მზრუნველობას
საჭიროებენ, რათა ეფექტურად დავეხმაროთ მათ ცხოვრების
ხარისხის ამაღლებაში, კერძოდ, ჯანმრთელობის
მდგომარეობის და სოციალური ფუნქციონირების
გაუმჯობესებაში.

შინმოვლის კონცეფცია

შინმოვლა არის სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მიწოდება საცხოვრებელ ადგილზე იმ პირთათვის (შემდგომში „პაციენტი“), რომელთაც ფიზიოლოგიური მდგომარეობის ან ფიზიკური თუ ფსიქიკური პათოლოგიების გამო შეზღუდული აქვთ საკუთარი თავის მოვლის უნარი და საჭიროებენ ზრუნვას.

შინმოვლის მიზანია გააუმჯობესოს პაციენტთა ცხოვრების ხარისხი, კერძოდ, გახადოს ეს ადამიანები მათ ყოველდღიურ ქმედებებში შეძლებისდაგვარად დამოუკიდებელნი შინ, მათთვის ჩვეულ საცხოვრებელ პირობებში, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფითა და სრულფასოვანი ცხოვრების ეთიკური ნორმების დაცვით.

შინმოვლის ამოცანები

1. პაციენტთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა (პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია, მონიტორინგი);
2. პაციენტთა ხელშეწყობა ყოველდღიურ აქტივობასა (გადაადგილება, პირადი ჰიგიენის დაცვა და სხვ.) და ინსტრუმენტულ აქტივობაში (ნივთების და ხელსაწყოების გამოყენება);
3. პაციენტებისა და მათი გარემოცვის რესურსებისა და უნარების გამოვლენა და მათ განვითარებაში დახმარება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შეძენა-განვითარება);
4. პაციენტებისა და მათი გარემოცვის ფსიქო-სოციალური დახმარება (დახმარება ჯანსაღი სოციალური გარემოს შექმნაში, ასევე, საჭირო მომსახურების მიღებაში და მისთ.).

სახლის პირობებში მოვლა-მზრუნველობა ეფუძნება „საკუთარ სახლში ცხოვრების“ უპირატესობის დამკვიდრებას შესაბამის დაწესებულებებში გადაყვანასთან შედარებით. ეს იმას ნიშნავს, რომ ხელი შევუწყოთ ადამიანების მიკროსოციუმში ინტეგრირებას და თავიდან ავაცილოთ საავადმყოფოებსა და სხვა დაწესებულებებში (მაგ.: ჰოსპისებში, თავშესაფრებში, ხანდაზმულთა სახლებში და სხვ.) ხანგრძლივად მოხვედრა და, შესაბამისად, იზოლაცია, როდესაც არ არსებობს ამის აუცილებლობა. შინმოვლა მნიშვნელოვნად ამცირებს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ხარჯებს, ანუ ხელსაყრელია არა მხოლოდ ჰუმანური, არამედ ეკონომიკური თვალსაზრისითაც. მით უმეტეს, თუ საქმეში, გარდა პროფესიონალებისა, სპეციალურად მომზადებულ არაპროფესიონალებსაც ჩავრთავთ. ამ თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს სოციალური ურთიერთკავშირების ხელშეწყობა და არაფორმალური ქსელის განვითარებაზე ზრუნვა.

შინმოვლა არის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების შემადგენელი ნაწილი. ის მოიცავს ყველა იმ მოქმედებას, რომელიც სრულდება იმ ადამიანთათვის, მზრუნველობას რომ საჭიროებენ. შინმოვლა შეიძლება შესრულდეს ბინაზე ან თემში არსებულ სხვა დაწესებულებებშიც, როგორცაა, მაგ., დღის ცენტრები. აქ იგულისხმება აგრეთვე ზრუნვა იმ ადამიანებზეც, რომლებსაც მუდმივი საცხოვრებელი არ გააჩნიათ, მათ შორის – ქუჩაში მცხოვრები ბავშვებზეც.

შინმოვლა შესაძლებელია ორგანიზებული და დაფინანსებული იყოს საზოგადოების მიერ, მაგრამ მომსახურების მიმწოდებლები იყვნენ სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციები ან კერძო სექტორი. ისინი დაკომპლექტებულნი არიან პროფესიონალი ექიმებით, ექთნებითა და სოციალური მუშაკებით, ასევე, არაპროფესიონალი მომვლელებით. ეს ოფიციალური ქსელია. არაფორმალური მომვლელები არიან უმეტესად ოჯახის წევრები, ნათესავები, ახლობლები, მეზობლები, მეგობრები და ცალკეული მოხალისეები. მოხალისეები შეიძლება იყვნენ მობილიზებული სხვადასხვა დაწესებულებებში, მათ შორის

რელიგიურ ორგანიზაციებშიც. ძალზე მნიშვნელოვანია მომვლელთა როგორც ფორმალური, ასევე არაფორმალური ქსელების ურთიერთშეთანხმებული ქმედება.

შინმოვლის მიმწოდებელთა რიგებში მოსწავლე ახალგაზრდობის, სტუდენტების, ალტერნატიულ სამსახურში მყოფი ახალგაზრდა მამაკაცების და სხვა მოხალისეთა ჩართვა ამაღლებს:

- შინმოვლის ხარჯთეფექტიანობას;
- კვალიფიციური კადრის ეფექტიან გამოყენებას (არმოცდენას ნაკლებად კვალიფიციური საქმიანობისთვის);
- საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებას ურთიერთდახმარების თვალსაზრისით;
- მოზარდ ახალგაზრდობაში მაღალი სოციალური ცნობიერების ჩამოყალიბებას;
- ზოგადად, მოქალაქეთა ჩართულობას სოციალური სფეროს მოწესრიგებაში, რაც, თავისთავად, წინგადადგმული ნაბიჯია სამოქალაქო საზოგადოებისკენ.

შინმოვლის განვითარების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს საზოგადოებასთან ურთიერთობის ოპტიმალური ორგანიზება. ე. ი. უნდა არსებობდეს:

- ინფორმაცია ხელმისაწვდომი მომსახურებების შესახებ (რა იგულისხმება ამ მომსახურებებში, ვინ არიან მათი მიმწოდებლები, შეფასების რა კრიტერიუმებს ეფუძნება ეს სამსახურები, როგორ ხდება მოვლა-მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანების შერჩევა და სხვა);
- პიროვნებისა და მისი უახლოესი გარემოცვის ხარისხიანი სამედიცინო და სოციალური დახმარების შესაძლებლობა;
- ტექნიკური ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს ადამიანების ხელახალ ადაპტაციას მათსავე სახლის პირობებთან (ლიფტის, სახელურების და სხვა დამხმარე საშუალებათა არსებობა);

- ემოციური დახმარებისა და თანადგომის აღმოჩენის შესაძლებლობა, რათა ადამიანებმა იპოვნონ პასუხები მათ პიროვნულ პრობლემებზე.

ამრიგად, შინმოვლის სამსახურებზე ვრცელდება ყველა ის მოთხოვნა, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის ქსელს შეეხება, კერძოდ:

- ⇒ მაღალი ხარისხის და ფიზიკურად ადვილად ხელმისაწვდომი, მიუხედავად რასისა, რელიგიური თუ სქესობრივი მიკუთვნებულობისა;
- ⇒ ფინანსურად ხელმისაწვდომი როგორც საზოგადოებისთვის, ისე სახელმწიფოსთვის;
- ⇒ მოსარგებლის აქტიური მონაწილეობა მასზე ზრუნვის პროცესში და გადაწყვეტილებების მიღებისას;
- ⇒ მოქნილი და მჭიდრო თანამშრომლობა სხვა ორგანიზაციებთან;
- ⇒ მაქსიმალურად მიზანმიმართული ადამიანის საჭიროებათა დაკმაყოფილებისკენ;
- ⇒ როგორც მოსარგებლის, ასევე ფორმალურ და არაფორმალურ ქსელში ჩართულ ადამიანთა უფლებების გათვალისწინება.

შინმოვლის სამიზნე ჯგუფი

1. უძლური ხანდაზმულები;
2. ფიზიკური თუ ფსიქიკური დაავადების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები;
3. დროებით უნარშეზღუდულები (მაგალითად, მწვავე მდგომარეობების, მძიმე დაავადებების, ოპერაციების, მოტეხილობების, ინსულტების შემდეგ);
4. ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები;
5. ფიზიოლოგიური მდგომარეობებით უნარშეზღუდულები (მელოგინე ქალები, ჩვილი და მცირეწლოვანი ბავშვები).

შინმოვლის მოსარგებლენი

1. საკუთრივ სამიზნე ჯგუფი – ადამიანები დამოკიდებულების სხვადასხვა ტიპით და ხარისხით, რომელთა ცხოვრების ხარისხი უმჯობესდება;
2. არაფორმალური მომვლელები, რომელთა ჯაფა შემსუბუქებულია, ხოლო საქმიანობის ეფექტურობა გაზრდილი, ერთი მხრივ, ჩანაცვლებით, მეორე მხრივ, საჭირო უნარ-ჩვევების შეძენით;
3. სახელმწიფო, რომელიც დაინტერესებულია ხარისხიანი და ხარჯოეფექტიანი პროგრამის განხორციელებით;
4. საზოგადოება, რომელშიც ვითარდება თანადგომის კულტურა.

შინმოვლის მოსარგებლეთა რიცხვი მით უფრო დიდია, რაც უფრო კარგად არის ორგანიზებული სისტემა. ასეთ შემთხვევაში, გარკვეულწილად, მთელი საზოგადოება ხდება ამ ქსელში ჩართული და მისგან სარგებელსაც იღებს.

გარემოებები, რომლებიც განსაზღვრავენ სამიზნე ჯგუფების მოცულობას მათთვის მომსახურებათა ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, შემდეგია:

- შემოსავლის დონე;
- ოჯახის წევრთა თუ სხვა არაფორმალურ დამხმარეთა რაოდენობა;
- არაფორმალურ მომვლელთა დასაქმებულობა და მანძილი სახლსა და სამუშაოს შორის;
- მუდმივი საცხოვრებელი ადგილის არსებობა (თუ არიან მუდმივ გადაადგილებას, როგორც უსახლკარო/ქუჩის ბავშვები და მოზრდილები);
- კლიმატი და გეოგრაფიული პირობები;
- საზოგადოებრივი ინფრასტრუქტურის არსებობა.

სოციალური დისფუნქცია და უკიდურესი გაჭირვება შეგნებულად არ არის შეტანილი ამ ჩამონათვალში.

რეფორმების პროცესში მეოფი საზოგადოებისთვის გაცილებით უფრო ადვილია ჯანდაცვისა და სოცუბრუნველყოფის სისტემებში შინმოვლის მართებული ადგილის განსაზღვრა. სახელმწიფო და ადგილობრივი მმართველობის შესაბამისი სამსახურები დაინტერესებულები უნდა იყვნენ საქართველოსთვის ოპტიმალური შინმოვლის მოდელის ჩართვით შესაბამის პროგრამებში, მათი ხარჯთაღმწიკტიანობის ასამაღლებლად. ასეთ შემთხვევებში ისინიც ხდებათ შინმოვლის პირდაპირი მოსარგებლენი.

კარგად ორგანიზებულმა და სახელმწიფოს მიერ აღეკატურად ხელშეწყობილმა შინმოვლამ მნიშვნელოვანად უნდა გააუმჯობესოს როგორც პირდაპირი მოსარგებლეების, ასევე მათზე მზრუნველთა ცხოვრების ხარისხი.

შინმოვლის მოსარგებლეთა შორის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ჯგუფს წარმოადგენენ არაფორმალური ქსელის მომვლელები – პაციენტების ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეგობრები, მეზობლები. ეს ის ადამიანები არიან, რომელთაც სხვადასხვა მიზეზის გამო – სამსახური, ოჯახის მარჩენალის მოვალეობები, სტრესი, გადაღლა – ახლობლის მოვლა აღარ შეუძლიათ; მით უფრო, რომ არაფორმალური მომვლელები უმეტესწილად ქალები არიან, რომელთაც ისედაც მხრებზე აწევთ ოჯახზე ზრუნვის ძირითადი სიმძიმე. მათი კვალიფიციურად ინფორმირება, განათლება, პაციენტების მოვლისთვის ელემენტარული უნარ-ჩვევების სწავლება და, აუცილებლობის შემთხვევაში, ჩანაცვლება, მნიშვნელოვანად აჯანსაღებს პაციენტის სოციალურ გარემოს. მათზე ზრუნვა სოლიდარული საზოგადოების მნიშვნელოვანი ამოცანაა.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ზრუნვა ეროვნული ტრადიციების შენარჩუნებისთვის. საქართველოში ტრადიციულად არსებობდა თანადგომის მაღალი კულტურა და მნიშვნელოვანია ამის ხელშეწყობა. ამავე დროს აუცილებლად უნდა იქნეს დამყარებული ბალანსი ოჯახურ და საზოგადოებრივ პასუხისმგებლობებს შორის. ეს კი სრულებითაც არ გულისხმობს ადამიანების სრულ

გათავისუფლებას
პასუხისმგებლობისგან.

მათი

ინდივიდუალური

როგორც სამიზნე ჯგუფის ჩამონათვალიდან ჩანს, შინმოვლის პაციენტებისთვის ასაკობრივი შეზღუდვა არ არსებობს. გასაგები მიზეზების გამო, ამ თვალსაზრისით ყველაზე დიდ ჯგუფს უძლური ხანდაზმულები წარმოადგენენ. როგორც ჩვენი, ასევე უცხოური გამოცდილებით, ისინი შინმოვლის მოსარგებლეთა 80%-ზე მეტს შეადგენენ.

შინმოვლაზე უადრესად გაზრდილი მოთხოვნა მსოფლიოში აიხსნება სწორედ მოსახლეობის სწრაფი დაბერებით. განვითარებულ ქვეყნებში, სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდის და შობადობის შემცირების გამო, ხანდაზმულების წილი მოსახლეობაში 22-25%-ია, რაც 2025 წლისთვის 33-34%-ს მიაღწევს (ყოველი მესამე!). საქართველოს დემოგრაფიული სურათი აღნიშნულის მსგავსია (მცირედ ნაკლები მაჩვენებლებით), რაც უპირატესად შობადობის შემცირებით და მიგრაციის მაღალი დონით აიხსნება. საქართველოში შინმოვლის აქტუალურობის სპეციფიკური ფაქტორები შემდეგია:

1. სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები;
2. მრავალთაობიანი ოჯახების შემცირება;
3. უპირატესად ახალგაზრდების (პოტენციური მომვლელების) მიგრაცია;
4. ქალების (ძირითადი მომვლელების) მზარდი დასაქმებულობა.

შინმოვლის მოსარგებლეთა შორის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ჯგუფს წარმოადგენენ ფსიქიკური პრობლემების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, რომელთაც მკვეთრად აქვთ დაქვეითებული ქმედობაუნარიანობა. ეს ვლინდება საკუთარი თავის მოვლის, კომუნიკაციისა და თავისუფალი გადაადგილების უნარების მკვეთრ დაქვეითებაში. საზოგადოებაში არსებობს ერთგვარი დაღი (სტიგმა) და უსაფუძვლო შიში ასეთი ადამიანების მიმართ. ჯანდაცვის არსებული პროგრამები უზრუნველყოფენ მხოლოდ ფსიქიატრიულ სამედიცინო დახმარებას საექიმო

კონსულტაციებისა და ექთნების მიერ მედიკამენტების ბინაზე მიწოდების სახით. შინმოვლის ელემენტები ამ პროგრამებში არსად არის ჩართული. ასეთი პაციენტებისთვის აუცილებელი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სრულად მიღება შესაძლებელია მხოლოდ სპეციალურ ცენტრებში და ისიც მხოლოდ შეზღუდული კონტინგენტისთვის. რაც შეეხება მრავალდარგოვან მობილურ ჯგუფებს (რომელთა საქმიანობა წარსულში გრანტებით იყო მხარდაჭერილი), ისინი ემსახურებოდნენ მხოლოდ ხანდაზმულებს და ამჟამად აღარ არსებობენ.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტები კიდევ უფრო მეტად არიან იზოლირებულნი საზოგადოებისგან და თუკი მათ არ ჰყავთ არაოფიციალური მომვლელები – ოჯახის წევრები ან ახლობლები – მათი მდგომარეობა განსაკუთრებულად მძიმეა.

შინმოვლის მომსახურება

1. სამედიცინო მომსახურება

- საექიმო დახმარება – პროფილაქტიკა (მეორადი გართულებებისა და ახალი პათოლოგიის პრევენცია), დიაგნოსტიკა (ბინაზე მცირე ლაბორატორიული გამოკვლევები, კარდიოგრაფია, ექოსკოპია), მკურნალობის დანიშვნა და საჭიროებისას სხვადასხვა სამკურნალო ღონისძიებების განხორციელება, მონიტორინგი;
- საექთნო დახმარება – მოვლის დაგეგმვა, ავადმყოფზე დაკვირვება (მათ შორის სასიცოცხლო მაჩვენებლების კონტროლი), პროფილაქტიკური ღონისძიებები, სამედიცინო მანიპულაციები, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, გარეგანი თერაპიული ზემოქმედება, პროცესის კოორდინირება, პაციენტთა თვითმოვლისა და თვითდახმარების ხელშეწყობა, მოვლის შეფასება;

- სხვა სპეციალისტების დახმარება – ფსიქოლოგის, ოკუპაციური თერაპევტის, ფიზიოთერაპევტისა და მისთ.;
- ძირეული მოვლა - დახმარება ყოველდღიურ აქტიურობაში (მაგ.: დაბანა, დახმარება ჩაცმასა და საკვების მიღებაში და მისთ.).

2. ფსიქო-სოციალური დახმარება

- მორალურ-ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, რელიგიური და სულიერი დახმარება;
- გარემოში დახმარება (მაგ.: გადასახადების გადახდა, პენსიის აღება, შეღავათების მოძიება, დახმარება სამართლებრივი ტიპის საკითხების მოგვარებაში, რეფერალი და კავშირი თემის სხვა რესურსებთან, სპეციალური დამხმარე საშუალებების მიწოდების ორგანიზება და მისთ.);
- საყოფაცხოვრებო დახმარება – საყიდლების მოტანა, საკვების მომზადება, დალაგება, გარეცხვა და სხვა;
- მეთვალყურეობა – დაკვირვება და ყურადღების მიქცევა დღე-ღამის ნებისმიერ პერიოდში უმცროსი სამედიცინო პერსონალის ან მოხალისეთა მონაწილეობით.

3. განათლება

- არაფორმალური მომვლელთა სწავლება (ინფორმირება, განათლება, უნარ-ჩვევების შესწავლა-დახვეწა);
- არაფორმალური ქსელის განვითარებასა და სოციალურ ურთიერთკავშირებზე ზრუნვა, მოხალისეთა მობილიზება;
- საზოგადოებაში შინმოვლის თემატიკის პოპულარიზაცია.

შინმოვლის მომსახურების დონეები

სამიზნე ჯგუფის საჭიროებების დაკმაყოფილების მიხედვით, პირობითად შეიძლება გამოიყოს შინმოვლის მომსახურების ორი დონე:

- I. პირველადი – სასიცოცხლოდ აუცილებელი - ფიზიკური და სოციალური საჭიროებების მინიმალურ დონეზე უზრუნველყოფა, გულისხმობს როგორც სამედიცინო ისე ფსიქო-სოციალურ დახმარებას იმ მინიმალური მოცულობით, რათა შენარჩუნებული იქნეს პაციენტის სიცოცხლე, ადამიანური ღირსება და დაცული იყოს მისი უფლება მეურნეობასა და სოციალურ უზრუნველყოფაზე.
- II. სრული – მოიცავს ყველა იმ შესაძლებელ სამედიცინო თუ ფსიქო-სოციალურ მომსახურებებს, რისი მიწოდებაც შესაძლებელია ბინაზე (იხ. შინმოვლის პაკეტი შუამავალ მომსახურებათა ჩამონათვალი), პაციენტის სურვილების გათვალისწინების ჩათვლით.

საერთაშორისო გამოცდილებით, აშკარა უპირატესობა ენიჭება შინმოვლის მომსახურებების სპექტრში სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური დახმარებების ერთდროულ და კოორდინირებულ ჩართვას.

შინმოვლის მომსახურებების მიმწოდებლები

1. არაფორმალური ქსელის წარმომადგენლები – ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეზობლები, მეგობრები, ეკლესიის მრევლი,
2. ფორმალური ქსელის წარმომადგენლები – სხვადასხვა სახელმწიფო, კერძო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებში მომუშავე პროფესიონალები, მათ შორის:
 - სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები – მომვლელი ექთნები, ოჯახის ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, ექიმი-სპეციალისტები, სხვადასხვა თერაპევტები (ფიზიო-, ოკუპაციური-, ხელოვნებითი-, ერგოთერაპევტები...), ფსიქოლოგები;

- სოციალური მომსახურების მიმწოდებლები – სოციალური მუშაკები, სახლის მოწესრიგებაში დამხმარენი, ხელოსნები და სხვა.

ტრადიციულად, დიდია მოხალისეთა როლი, როგორც არაფორმალურ, ასევე, ფორმალურ სექტორშიც.

შინმოვლის უდიდესი ტვირთი (80-90%) მოდის არაფორმალურ ქსელზე. იდეალურ შემთხვევაში, ფორმალური ქსელი თავის თავზე იღებს ყველაზე რთულ შემთხვევებს ან ეხმარება არაფორმალურ ქსელს პრობლემების მოგვარებაში. ფორმალური ქსელის ჩამოყალიბებისას უპირატესობა ენიჭება მომსახურების მიმწოდებელთა მჭიდრო თანამშრომლობას შინმოვლის მრავალდარგოვან გუნდებში, რაც უზრუნველყოფს მომსახურების მაღალ ხარისხს. ასეთი გუნდების უმცირეს სტრუქტურულ ერთეულს შეადგენენ: ოჯახის ექიმი, ექთანი და სოციალური მუშაკი. საჭიროების შემთხვევაში, მათ ემატებათ სხვადასხვა ექიმი-სპეციალისტი თუ თერაპევტი, ფსიქოლოგი და სხვა დამხმარენი.

პრობლემისადმი კომპლექსური მიდგომა გულისხმობს შინმოვლის სამსახურებში განსხვავებული პროფესიის მქონე პროფესიონალებს და არაპროფესიონალებს შეთანხმებული მუშაობის პრინციპს.

ჩვენში რიგი სპეციალისტების დეფიციტის გამო უნდა შეიქმნას ეგრეთ წოდებული ტრანსდისციპლინური ჯგუფები, სადაც საქმიანობის ძირითადმა განმახორციელებლებმა – მომვლელმა ექთნებმა და ექთანმა-კოორდინატორებმა – სპეციალური გადამზადების საშუალებით უნდა შეიძინონ ისეთი პროფესიების, როგორიცაა სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი და სხვათა ელემენტარული უნარ-ჩვევები. მომავალში სასურველი იქნება ყველა ამ პროფესიონალის ჩართვა მსგავს სამსახურებში. სადღეისოდ საჭიროა მრავალდარგოვანი გუნდის შემადგენელი ყველა პროფესიული ჯგუფის – ექიმების, ექთნების, ფსიქოლოგების, ფიზიოთერაპევტების და სხვათა – გადამზადება შინმოვლის სპეციფიკის გათვალისწინებით.

შინმოვლის სამსახურების მრავალდარგოვან გუნდებში ადამიანთა წარმატებული მუშაობის საფუძველს ქმნის ქვეყნისათვის მისადაგებული მენეჯმენტი.

ევროპასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში შინმოვლის ყველაზე გავრცელებულ მოდელებში მომხმარებელთან პროფესიონალური გუნდის განსაზღვრულ წევრთა დაკავშირება ხდება შემთხვევის მენეჯერების მიერ, რომლებიც განათლებით ძირითადად სოციალური მუშაკები არიან. სამედიცინო ჩარევის საჭიროების შემთხვევაში, საქმეში ერთვება ოჯახის ექიმი ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, რომელმაც უნდა დანიშნოს მოვლის შესაბამისი ღონისძიებები და მკურნალობა. მომვლელი ექთანი ამ ჯგუფის ერთ-ერთი ცენტრალური ფიგურაა. გუნდს ავსებენ: ფიზიოთერაპევტი, ასევე, რეაბილიტაციის პროცესში ჩართული სხვა პროფესიონალები – ოკუპაციური, მეტყველებითი-, ხელოვნებითი თერაპევტი, ფსიქოლოგი და სხვა სპეციალისტები.

ჩვენში პროფესიონალი სოციალური მუშაკების სიმცირის გამო, ამ ეტაპზე, შემთხვევების მართვას საკუთარ თავზე აიღებენ კოორდინატორი ექთნები, რომელთაც სპეციალური გადამზადების კურსი ექნებათ გავლილი.

შინმოვლის მენეჯმენტის ძირითადი საფეხურებია:

1. საზოგადოების ინფორმირება;
2. მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა პირველადი განსაზღვრა;
3. მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა შეფასება და ანალიზი;
4. სამუშაო გეგმის შედგენა;
5. შინმოვლის აქტიურობების განხორციელება;
6. მონიტორინგი;
7. განმეორებითი შეფასება (საბოლოო შედეგები).

სამუშაო გეგმის შედგენის დროს აუცილებლად გასათვალისწინებელია:

- მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა პრიორიტეტები;
- მათ დასაკმაყოფილებლად ოპტიმალური გზის გამოძებნა;
- ამ დროს გასაწევი ხარჯების განსაზღვრა; ღდარგოვანი გუნდი ჩვენს შემთხვევაში შესაძლოა მობილიზებული იქნეს მხოლოდ თბილისში. აქ ასევე შესაძლებელია პაციენტთა უზრუნველყოფა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევებით, ანუ შესაძლოა მაღალსპეციალიზირებული დახმარებისა და სრულყოფილი რეფერალური სისტემის ჩამოყალიბება. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ შინმოვლის პაკეტში შესაძლოა ორივე დონის მომსახურება შევიდეს;
- პირველადი (სასიცოცხლოდ აუცილებელი);
- სრული (სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების სრულად მომცველი).

ამგვარი სამსახურების ჩამოყალიბება თავისთავად გულისხმობს ასეთ ცენტრებში მაღალი დონის მატერიალური ბაზის არსებობას, სპეციალისტთა და არასპეციალისტთა კვალიფიკაციის მუდმივი ამაღლების უზრუნველყოფას და საზოგადოებასთან სრულფასოვანი ურთიერთობის დამყარების საშუალებათა არსებობას. შინმოვლის ამგვარი ცენტრი თავდაპირველად უნდა ჩამოყალიბდეს თბილისში, ხოლო მომავალში, შესაძლოა, საქართველოს სხვა დიდ ქალაქებშიც.

სხვადასხვა სპეციალობის პროფესიონალთა დეფიციტი ყველაზე მაღალ ხარისხს აღწევს საქართველოს მაღალმთიან სოფლებში. რიგ შემთხვევებში, არათუ სოციალური მუშაკის, ოკუპაციური და სხვა თერაპევტების, არამედ შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე ექიმების მოძიებაც კი შეიძლება გაჭირდეს. ამიტომ, ამ ტიპის დასახლებებში ძირითად რგოლს შეადგენენ შესაბამისი პროგრამების ფარგლებში მომზადებული ოჯახის ექთნები. მათი მუშაობის კოორდინირება სასურველია გასწიონ სპეციალურად მომზადებულმა კოორდინატორმა-ექთნებმა. თუკი სოფელს არ ჰყავს გადამზადებული ოჯახის ექიმი, მისი მობილიზება უნდა მოხდეს უახლოესი რაიონული ცენტრიდან.

ამგვარად, საქართველოს სოფლებში, განსაკუთრებით კი მაღალმთიანი რეგიონების სოფლებში, მომსახურება შემოიფარგლება მინიმალური დახმარებით – შინმოვლის პირველადი დონით, რომელსაც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებთან არსებული და სპეციალურად გადამზადებული ექთნები განახორციელებენ.

ამ ორ უკიდურეს ფორმას შორის გარდამავალი ხასიათის სამსახურების შექმნა საჭიროა პატარა ქალაქებში. აქ უფრო მეტი სპეციალისტის ჩართვა იქნება შესაძლებელი. შინმოვლის უმცირეს გუნდს დაემატებიან ექიმები, შესაძლოა, სხვა სპეციალისტებიც: ფსიქოლოგი, ფიზიოთერაპევტი. ჩატარდება მცირე ინსტრუმენტული გამოკვლევები, ე. ი. მომსახურება უფრო მეტად სპეციალიზირებული გახდება მრავალდარგოვანი გუნდების მობილიზებისა და მათი გადამზადების საშუალებით. ამას დაემატება შეზღუდული რეფერალური სისტემა. შინმოვლის ამ ტიპის ერთეულებიც დაუკავშირდება პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედ ერთეულებს.

რაც შეეხება სოციალურ ასპექტს, მისი განვითარების გაცილებით ფართო შესაძლებლობები არსებობს სამივე ტიპის დასახლებაში. კვალიფიციური პერსონალის არსებობა ამ შემთხვევაში არ არის იმდენად განმსაზღვრელი, როგორც ურთიერთდახმარების ქსელში ადამიანების ჩართვის სტიმულირება. მაგალითად, თაობათაშორის ურთიერთობათა ისეთი სამსახურების დანერგვა, როგორიცაა კლუბები, მოხალისეთა ინსტიტუტები, ასევე, ეკლესიის მრევლის წევრების მობილიზება და სხვა.

შინმოვლის მსოფლიო გამოცდილება

დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, შინმოვლა ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემების ნაწილია. 1990-იანი წლებიდან, მოსახლეობის მზარდი დაბერების გამო, ევროპის ქვეყნებსა და აშშ-ში ხდება შინმოვლის სისტემების ინტენსიური განვითარება, როგორც დაწესებულებაში მოვლის უფრო იაფი და ეფექტური ალტერნატივისა.

ამის გამო, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში შინმოვლა ჩართულია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში, რაც მას გარკვეულწილად აკავშირებს პირველადი ჯანდაცვის ყველა რგოლთან. ხშირად ქსელური მუშაობა სცდება პირველად ჯანდაცვას და ხდება შეთანხმებული ქსელური მუშაობა დიდ საავადმყოფოებთან, დღის ცენტრებთან, თავშესაფრებთან, ჰოსპისებთან და სხვა მსხვილ ჯანდაცვისა და სოცუზრუნველყოფის ორგანიზაციებთან. ზოგჯერ მას ხიდსაც კი უწოდებენ ჯანდაცვის სისტემის ამ ორ ღონეს შორის.

შინმოვლის სწორი სტრატეგია განაპირობებს იმას, იქნება თუ არა ეს სამსახურები:

1. ხარჯთეფექტიანი და მდგრადი;
3. ადეკვატური და მაღალი ხარისხის;
2. მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი და საჭიროებათა დამაკმაყოფილებელი;
4. დახმარების გამწევი ოჯახისა და არაფორმალური ქსელისათვის.

შინმოვლის უპირატესობის მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს ის, რომ ამ სამსახურის მომხმარებელთა აბსოლუტური უმრავლესობის შემთხვევაში თითქმის შეუძლებელია მკვეთრი საზღვრის გატარება ჯანმრთელობისა და სოციალური სფეროს პრობლემებს შორის. ამ პრობლემების საუკეთესო გადაჭრა სწორედ სოციალური მუშაკებისა და სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებული ქმედებაა, რაც მრავალდროვანი გუნდების მიერ მომსახურებების მიწოდებით გამოიხატება. ასეთი მიდგომით მთლიანად ინგრევა ძველი მიდგომა ამ საკითხებთან დაკავშირებით და მოსარგებლე აღმოჩნდება სამედიცინო და სოციალური დახმარების ქსელის ცენტრში.

შინმოვლის განვითარება განაპირობებს ჰოსპიტალური შემთხვევების სპეციფიკის შეცვლას, საავადმყოფოებში განმეორებითი მოხვედრის პრევენციას და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირებას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, შინმოვლის წარმატებული განვითარების უმთავრესი პრინციპებია:

1. საწყისი ინიციატივების აღიარება და მათი განვითარების ხელის შეწყობა;
2. შინმოვლის ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში;
3. ადგილობრივი სტრუქტურებისა და საშუალებების მაქსიმალური გამოყენება შინმოვლის ინსტიტუციური მდგრადობისთვის;
4. ყველა სექტორის, მათ შორის მოხალისეობის ინსტიტუტის და კერძო სექტორის ერთობლივი მუშაობის უზრუნველყოფა;
5. შინმოვლის გათვალისწინება ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ყველა რეფორმაში.

საქართველოს შინმოვლის კოალიციის პილოტური პროექტის დასასრულს შემუშავდება შინმოვლის მინიმალური პაკეტი, როგორც პირველადი ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილი. ასევე, შეძლებისდაგვარად განისაზღვრება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების არსებობის შესაძლებლობა.

შინმოვლის განვითარება საქართველოში

ტრადიციულად, მოხუცის თუ ავადმყოფის მოვლა ოჯახისა და თემის ფუნქციას წარმოადგენდა.

ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის საბჭოთა სისტემამ თავის თავზე აიღო შინმოვლის მომსახურების ნაწილი, რაც დღემდე მეტ-ნაკლებად ხორციელდება ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური ქსელის, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების და ქალთა კონსულტაციების მიერ.

დღეს საქართველოში შინმოვლის ცალკეულ ელემენტებს არაოფიციალურად ახორციელებენ არაპროფესიონალები ან არასრული კვალიფიკაციის მქონე პირები.

ბოლო ათი წლის განმავლობაში, შინმოვლის მეტ-ნაკლებად სრულ პროფესიონალურ მომსახურებას ეწევა რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელთა ინიციატივით 2006 წელს შეიქმნა საქართველოს შინმოვლის კოალიცია.

2007 წლიდან კოალიცია ახორციელებს პროექტს, რომლის მიზანია შინმოვლის საქართველოსთვის ოპტიმალური მოდელის ჩამოყალიბება საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით. პროექტის ფარგლებში დაგეგმილია სამი გეოგრაფიული მოდელის შემუშავება და გამოცდა დიდი ქალაქის, პატარა ქალაქისა და სოფლისათვის. პროექტის შედეგად განისაზღვრება შინმოვლის მინიმალური პაკეტი, რომელიც შეთავაზებული იქნება ფართო საზოგადოებისთვის, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ნაწილი. ასევე, შეძლებისდაგვარად, განისაზღვრება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების არსებობის შესაძლებლობა.

შესაძლებელია აღნიშნული პროექტის წარმატებულად ჩართვა საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის რეფორმების პროცესში.

ტერმინები, განმარტებები

- ✓ **შინმოვლის მიზნობრივი ჯგუფი** - შინმოვლის საჭიროების მქონე პირები: უძლური ხანდაზმულები, შშმ პირები მათ შორის შშმ ბავშვები, ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები, დროებით და ხანგრძლივ უძლურებაში მყოფი და ფიზიოლოგიური მდგომარეობით გამოწვეული შეზღუდვების მქონე პირები;
- ✓ **ბენეფიციარი, მოსარგებლე** - შინმოვლის კომპონენტში ჩართული პირი, რომელიც საჭიროებს შინმოვლის ინდივიდუალურ მომსახურებას;
- ✓ **არაპირდაპირი ბენეფიციარი/მოსარგებლე** - ბენეფიციარის კანონიერი წარმომადგენელი და/ან ნებისმიერი არაფორმალური მომვლელი, რომელიც ჩართულია შინმოვლაში;
- ✓ **კანონიერი წარმომადგენელი** - ბენეფიციარის ოჯახის წევრი, ნათესავი ან ნებისმიერი პირი, რომელიც ბენეფიციარის ქმედუუნარობის შემთხვევაში წარმოადგენს მას, კანონით დადგენილი წესით;
- ✓ **არაფორმალური მომვლელი** - ნებისმიერი პირი, რომელიც მონაწილეობს შინმოვლაში;
- ✓ **შინმოვლის ორგანიზაცია** - იურიდიული პირი, რომელიც უზრუნველყოფს შინმოვლის მომსახურებას;
- ✓ **შინმოვლის მრავალდარგობრივი გუნდი** - გუნდში უნდა შედიოდეს სულ მცირე ექიმი, ექთანი და სოციალური მუშაკი. ასევე, გუნდში შეიძლება შედიოდეს შინმოვლის კოორდინატორი, ექთნის თანაშემწე, ფსიქოლოგი, ფიზიოთერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, რეაბილიტოლოგი, საყოფაცხოვრებო და ტექნიკური ასისტენტი და სხვა სპეციალისტი, ბენეფიციარის ინდივიდუალური საჭიროების გათვალისწინებით;
- ✓ **პაციენტი** – ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან

აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით;

- ✓ **სამედიცინო მომსახურება** – დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით სამედიცინო მომსახურების გაშწევის მიერ პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა;
- ✓ **ტერმინალური მდგომარეობა** – უკუვნებელი დაავადების სიკვდილისწინა სტადია.
- ✓ **შინმოვლის დოკუმენტაცია** - დოკუმენტაცია, რომელიც ივსება შინმოვლის გუნდის წევრების მიერ მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებით;
- ✓ **მომსახურების ინდივიდუალური გეგმა** - ბენეფიციართან ან მის კანონიერ წარმომადგენლთან შეთანხმებული და ხელმოწერილი დოკუმენტი, რომელშიც მოცემულია მომსახურების ჩამონათვალი ბენეფიციარის ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით;
- ✓ **დამხმარე საშუალებები და ინსტრუმენტები** - ეტლი, ჭოჭინა (ფიქსატორი), ფუნქციური საწოლი, სპეციალური მატრასი, ამწევი, კათეტერი, ინსპირატორი, პორტატიული ჟანგბადი და სხვა. შშმ ბავშვების შემთხვევაში აგრეთვე განმავითარებელი სათამაშოები და საბავშვო-საგანმანათლებლო წიგნები.

saqarTvelos Sinmovlis koaliciis wevri, Sinmovlis momsaxurebis mimwodebeli organizaciebi

#	saxelwodeba	TariRi		personali			samizne jgufi		
		daarsebis	Sinmovlis dawyebis	saerTo	maT Soris, Sinmovlis	maT Soris, medda	saerTo	Sinmovlis mimdinare	Sinmovlis wliuri
1	fondi `Taoba~	1997	1998	27	15	10	250	120	145
2	kavSiri `onkoprevenciis centri~	2000	2006	55	10	3	8 000	50	500
3	kavSiri `adamiani da buneba~	1991	1996	17	16	15	2 500	80	280
4	sazogadoebrivi mxardaWerisa da erovnuli TviTganaTlebis qarTuli kavSiri (asociacia) `genezisi~	1995	2006-2007	56	4	2	5 051	15	58
5	saqvelmoqmedo fondi `saqarTvelos karitasi~	1994	1995		30	17	1 117	312	375
6	feriscvalebis dedaTa monasteri	2001	2001	-		2	100	6	20