

Respons

Georgia: Situasjonen for psykiatriske pasienter

Problemstilling/spørsmål:

- Hva kjennetegner det psykiatriske helsesystemet?
- Hvordan er den generelle situasjonen for mentalt syke personer?
- Hvordan er kvaliteten på det psykiatriske helsevesenet?
- Må pasientene selv betale for helsetjenestene?

Innledning

Georgia er et relativt åpent samfunn der det stort sett er lett tilgang til informasjon. For eksempel har den georgiske ombudsmannen kartlagt og offentliggjort rapporter om tilstanden i de psykiatriske hospitalene (Ombudsmannen 2007). Det finnes en del skriftlig kildemateriale om situasjonen i helsevesenet, på nettet og ellers. Informasjonen om det mentale helsevesenet er naturlig nok mindre i omfang. Når det kommer til den enkelte type sykdom innen psykiatrien er det begrenset med informasjon som er lett tilgjengelig.

Denne responsen dreier seg om situasjonen innen det psykiatriske helsevesenet. Noen kilder i denne responsen uttaler seg om helsevesenet generelt, mens andre omhandler spesifikt det mentale helsevesenet. Dette vil tydelig fremgå i responsen.

I tillegg til bruk av åpne kilder har Landinfo forsøkt å skaffe spesifikk informasjon fra organisasjoner via forespørsler på e-post.

Begreper som mentale lidelser/forstyrrelser, psykiatriske tilfeller og psykiatriske sykdommer brukes i rapporter og blant respondenter noe om hverandre. Imidlertid synes det klart at kildene ikke omtaler lettere psykiske lidelser

Det psykiatriske helsesystemet

En nasjonal plan

Georgia har (fra 1995) en egen nasjonal plan eller program for mental helse. Den konkrete politikken med prioriteringer ble første gang formulert i 1999. Komponentene i planen er

Respons Aserbajdsjan: Situasjonen for psykiatriske pasienter

forebygging, behandling og rehabilitering. Loven på området er kjent som ”Loven om mental helseassistanse”. Det er egne budsjettposter på statsbudsjettet for mental helse. På grunn av økonomiske vanskeligheter har Georgia hatt problemer med å følge opp intensjonene i loven (WHO 2005, s.2). Særlig de første årene etter selvstendigheten (1991) var preget av mye sosial uro og voldelige konflikter som gikk hardt utover økonomien. Senere førte den internasjonale finanskrisen (2008) og krigen med Russland (2008) til nye økonomiske problemer.

Forsøk på desentralisering

Psykiatrien i Georgia er fremdeles påvirket av det sovjetiske systemet med sterk grad av sentralisering med relativt få og store enheter. I mange år ble helsevesenet styrt fra det såkalte sentrum, det vil si fra makteliten i Moskva (Beria, Naneishvili & Silagadze 2007, s. 74). Desentralisering har fra 1995 vært en viktig komponent i helsereformarbeidet. Man har ønsket å gå bort fra de store sentraliserte institusjonene. Styrking av primærhelsetjenesten har hatt topp prioritet. Men i praksis er primærhelsetjenesten fremdeles lite utviklet. Mange leger har bare få pasienter daglig, og fasilitetene er ofte umoderne. Mange pasienter foretrekker å gå direkte til spesialiserte poliklinikker. Primærhelsetjenesten behandler for øvrig ikke tyngre psykiatriske tilfeller (Jakubowski & Arnaudova 2009, s.55-61). Primærhelsetjenesten kan imidlertid tilby et knippe av medisiner. Myndighetene setter opp en liste over medisiner som er gratis tilgjengelig. Behandling utover medisiner av lettere tilfeller foregår i egne hospitaler og i egne poliklinikker (WHO 2005, s. 3-4). Georgia har mange spesialiserte sykehus som konsentrerer seg om en bestemt kategori sykdom (Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 56).

Sengekapasiteten har blitt redusert de siste to tiårene. Men nedgangen i antall sengeplasser er ikke et resultat av en planlagt strategi for desentralisering. Den skyldes heller mangel på ressurser, noe som gjør at det i dag er for få plasser. Mange oppsøker ikke hospitalene på grunn av den høye egenbetalingen. I praksis blir mange overflyttet fra de store psykiatriske sykehusene til de ordinære sykehusene, til en egen bolig nær hjemstedet, eller sendt hjem med tilsyn av poliklinikken (Georgian Mental Health Coalition 2009, del 2).

Statlige og private institusjoner

Det er 12 administrative helseenheter i Georgia, hver med et antall regionale sentre der helsetilbud er tilgjengelig. Hovedprinsippet er at hver innbygger skal kunne nå nærmeste medisinske senter innen 30 minutter. Hver by har da også minst ett sykehus og en ambulerende helsestasjon. En oversikt fra regjeringen fra 2005 viste at alle medisinske sentre var statlig eide. I 2007 ble det iverksatt en plan for privatisering av helseinstitusjoner. I dag er blant annet nesten alle tannlegeklinikker og apoteker privatiserte (The Country of Return Information Project 2009, s.97). I 2009 var nærmere 80 % av hospitalene privatisert. Mange poliklinikker er også privatisert (Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 56-62). De psykiatriske sykehusene er fremdeles stort sett statlige, selv om eieformen har endret seg noe. Bare ett av

elleve sykehus er privat. Dette private sykehuset, som ligger i Tblisi, tilbyr fullt ut kvalifiserte tjenester (Sharashidze, e-post august 2010).¹

Forbud mot diskriminering

”Lov om helsetjenester” regulerer innbyggernes rett til helsetjenester. Ifølge loven skal en person ikke under noen omstendigheter bli diskriminert på grunnlag av rase, hudfarge, språk, kjønn, politiske meninger, religion, etnisk tilhørighet, opprinnelse, sosial status, bosted, sykdom, seksuell legning og personlige, negative holdninger. Det samme tilbudet er tilgjengelig for alle som søker om hjelp. Vilkårene for å få behandling skal være like for alle.

Det er i praksis ikke rapportert om noen tilfeller av diskriminering. Problemet i det georgiske helsevesenet synes å være den dårlige kvaliteten, ikke diskriminering (The Country of Return Information Project 2009, s. 98).

Situasjonen for de mentalt syke

Antall

Det psykiatriske sykdomsbildet angående utbredelse og fordeling er stort sett som i andre land i verden (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 1). Det er registrert vel 72 000 personer med mentale forstyrrelser. Men det reelle tallet på folk med slike lidelser er ifølge eksperter minst det dobbelte (Georgian Mental Health Coalition 2009, del 1). Antall personer med slike lidelser har blitt fordoblet siden begynnelsen av 1990-tallet, ifølge offisiell statistikk (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 2). Sosioøkonomiske kriser og voldelige konflikter og kriger har hatt en sterk negativ innvirkning på befolkningen i Georgia (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 1).

En sårbar og stigmatisert gruppe

De fleste mentalt syke pasienter tilhører den mest sårbare og utsatte delen av befolkningen. Mange av dem er uten ressurser og med lite håp om å bli frisk. Noen har mistet sitt egentlige bosted (Beria et al. 2007, s. 44,67). 90 % er arbeidsløse (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 3). Personer med mentale lidelser er generelt fattige med små ressurser (Georgian Mental Health Coalition 2009, del 1). Hovedinntektskilden er uførepensjon (Georgian Mental Health Coalition 2009, del 3).

Det er relativt få mennesker som søker hjelp for mentale lidelser. Dels skyldes det den generelle fattigdommen i landet og dels skyldes det manglende tillit til det statlige behandlingsapparatet. På grunn av stigmatisering er dette et stort og større problem enn ved andre lidelser.² Mange unnlater derfor helt å oppsøke hjelpeapparatet, og noen forsøker selv-

¹ Manana Sharashidze er leder av Georgian Mental Health Coalition. Flere kilder som Landinfo var i kontakt med per e-post henviste til Sharashidze som den personen som hadde mest inngående kjennskap til psykiatrien i Georgia.

² Det finnes en egen organisasjon som arbeider for å redusere stigmatiseringen av de med mentale lidelser. Adressen er: <http://www.gmhc.ge/en/antistigma.shtml>

behandling. Personer med bedre ressurser vil oftere søke hjelp hos det private hjelpeapparatet (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 2).

Folk med mentale lidelser har ofte behov for støttekontakt. Men bare en liten del av dem som har behov for det, har slik støtte. Dette gjør dem ekstra sårbare. Resultatet kan bli tap av eiendom, forverring av sykdommen og kanskje et livslangt institusjonsopphold (Kalina 2010, s. 2).

Psykiatriske pasienter på institusjon mangler ofte ID-kort. Mange av dem har vært på institusjon i flere år og har ikke kontakt med familie. Kanskje husker de ikke sin hjemmeadresse og har kanskje aldri hatt ID-kort. Slike pasienter mister fort mange av sine rettigheter, for eksempel retten til uførepensjon (Kalina 2010, s. 1).

4,3 % av de psykiatriske pasientene får rehabiliteringshjelp av ikke-statlige organisasjoner (NGOer), mens 8 % allerede har fått det. Organisasjonene driver sin virksomhet innenfor rammen av det statlige programmet for helse (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 3).

Pasienter med alvorlig funksjonshemming får en pensjon på 45 georgiske lari (GEL) per måned.³ De med signifikant funksjonshemming får 28 GEL (The Country of Return Information Project 2009, s. 104;WHO 2005, s. 3).

Oppholdssted

Det er vel 1 100 psykiatriske sengeplasser i Georgia (Ombudsmannen 2007, s. 13). Noen pasienter blir plassert i lukkede psykiatriske avdelinger, selv i tilfeller der de ikke har behov for opphold på institusjon. En av grunnene er mangel på omsorgsboliger. Mange av pasientene blir værende i institusjon fordi de ikke har andre steder å gjøre av seg. Samtidig er det pasienter som trenger plass, men som ikke får det på grunn av mangel på plasser (Kalina 2010, s. 1).

Mer enn halvparten av personer med psykiske lidelser bor i sin egen storfamilie. Tradisjonelt er det stor grad av omsorg for hverandre innad i den georgiske familien. Det vil imidlertid kunne bli en påkjenning for familien dersom den ikke får assistanse utenfra til å takle situasjonen (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 3).

74 % av de med mentale lidelser har ikke gått ut på åresvis. De har sjelden kontakt med slektninger. Mer enn 80 % av dem er isolert hjemme (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 3).

Kvaliteten på helsetjenestene

Nivået generelt

Den georgiske psykiatrien og hjelpeapparatet generelt har ikke utviklet seg til et ønsket nivå (Beria et al. 2007 s. 7). De statlige tilskuddene til psykiatrien økte med 20 % fra 2006 til 2007. Men tilskuddene er fremdeles for lave til en moderne, effektiv behandling (Ombudsmannen 2007, s. 149). De psykiatriske institusjonene er overbelastet og det er ingen

³ 1 GEL (georgisk lari) = 3,5 norske kroner

alternative plasser for kroniske pasienter. Det er store utfordringer med å utvikle alternative tilbud til hospitalene, bedre menneskerettighetssituasjonen for pasientene og med å øke de økonomiske tilskuddene (Beria et al. 2007, s. 7).

Helsevesenet og sosialvesenet er inne i en reformprosess. Georgia er et lav-middels inntektsland, ifølge Verdensbankens definisjon, og må fremdeles sies å være et fattig land. Helsevesenet innen psykiatrien er lite utviklet (Sharashidze, e-post august 2010).

Det psykiatriske hjelpeapparatet dekker bare 40 % av kravene og behovene til personer med mentale lidelser. Poliklinikkene er svært ineffektive når det gjelder å tilfredsstille basisbehovene til personer med mentale lidelser (Georgian Mental Health Coalition 2009, del 1).

Flere kilder hevder at helsevesenet har dårlig kvalitet. Noen kilder mener det er fasilitetene som er gamle og utdaterte, og ikke kvaliteten på legene som er problemet (The Country of Return Information Project 2009, s. 98; Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 56). Andre kilder mener det er store mangler og svakheter i utdanningen av helsepersonell innenfor psykiatrien, blant annet mangelfull faglig trening av psykiatere. Det finnes for øvrig ingen institusjoner for opplæring av sosialarbeidere (Beria et al. 2007, s.7; Sharashidze, e-post august 2010; WHO 2005, s. 3).

Institusjonene driver ikke psykososialt arbeid. Behandling er mulig, men kvaliteten er lav. Når det gjelder psykiatriske pasienters rett til rehabilitering blir dette ofte ikke fulgt opp. Det finnes rehabiliteringssentre, men kapasiteten er svært liten med til sammen bare 120 plasser. Det er to rehabiliteringssentre i Georgia (Sharashidze, e-post august 2010; Kalina 2010, s.2).

Tilgang på medisiner

Det ser ut til å være en viss uenighet med hensyn til om det er god nok tilgang til medisiner eller ikke. Ifølge regjeringen er det ingen problemer med tilførsel av medisiner til apoteker, hospitaler m.m.. Levering skjer regelmessig. Førstehjelpsmedisiner er alltid tilgjengelige på georgiske hospitaler (The Country of Return Information Project 2009, s. 102). Andre kilder hevder at poliklinikkene nok har tilstrekkelig tilgang til medisiner for psykiatriske pasienter, men mange av medisinene er av eldre årgang selv om det også finnes siste-generasjons medisiner (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 3). Andre kilder igjen mener at kvantiteten på medisiner er lav og utilstrekkelig (Sharashidze, e-post august 2010). For øvrig er 5-10 % av medisinene ulovlig importert. Det stilles derfor spørsmål ved kvaliteten på disse (Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 58).

Antall helsepersonell og lønn

Georgia har flere leger per innbygger enn de fleste land i Europa. Landet har færre sykepleiere per innbygger enn gjennomsnittet i EU. Det er mangel på velkvalifiserte pleiere, særlig på landsbygda (Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 57). I 2007 var det 221 praktiserende psykiatere og i alt 309 sertifiserte (Georgian Mental Health Coalition 2009, del 1). Ifølge WHO (2003, s.3) er det 15 barnepsykiatere i Georgia.

Den offisielle lønna til medisinsk personale er generelt lav (Ombudsmannen 2007, s. 14). En undersøkelse viser at over 90 % av legene er misfornøyd med lønna si (Beria et al. 2007, s. 44). Dette fører til manglende motivasjon. Innen psykiatrien er dette et akutt problem. Det er

Respons Aserbajdsjan: Situasjonen for psykiatriske pasienter

nærmest umulig å rekruttere høyt kvalifisert personell. Det går igjen utover kvaliteten på behandlingen og omsorgen (Ombudsmannen 2007, s. 14). Produktiviteten blir lav, og den uformelle betalingen direkte til legene øker (Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 57).

Ifølge tall fra 2005 tjener en psykiater mellom 30 og 50 USD i måneden, mens en sykepleier har 17-20 USD i offisiell inntekt. WHO karakteriserer dette som ekstremt lite (WHO 2005, s. 3).

De psykiatriske sykehusene

Sengekapasiteten i psykiatriske sykehus er ifølge Ombudsmannen (2007, s. 13) på til sammen 1 145 plasser. Det er som nevnt registrert vel 72 000 personer med mentale lidelser. I 2000 var det sju psykiatriske sykehus i Georgia. I 2007 var det like mange sykehus, i tillegg til 14 poliklinikker og 3 underavdelinger. Disse totalt 7 sykehusene og 17 poliklinikkene behandler årlig 23-25 000 pasienter på statens bekostning. I tillegg er det ca. 70 000 mentalt syke som faller utenom de statlige programmene for hva som blir dekket av det offentlige. Det dreier seg om personer med tilbakevendende psykose, nevrose, atferdsforstyrrelser og mentalt tilbakestående personer (Beria et al. 2007, s. 19,56).

Ombudsmannen gjorde i 2007 (s. 13-17) en omfattende studie av fem psykiatriske institusjoner. På den positive siden ble det framhevet at levekårene har bedret seg vesentlig på tre av institusjonene de senere årene. Pasientene har generelt blitt mer fornøyde med de ansattes tjenester. Det har blitt introdusert flere alternative behandlingsformer og pasientene deltar i kulturelle aktiviteter. Og det har blitt større bevissthet rundt pasientenes rettigheter. På den negative siden ble det trukket fram at mange pasienter utfører jobber som de ansatte skulle gjøre, uten formell godtgjørelse. Derimot får de ofte privilegier som igjen fører til en form for forskjellsbehandling av de innlagte. Mange av pasientenes sosiale problemer forblir uløste, de har problemer med å få pensjon og mange har mistet eiendom som resultat av langvarig opphold i institusjon. Retten til fri bevegelse blir ofte brutt og retten til privatliv er begrenset. Pasienter som egentlig ikke trenger å være i institusjon, blir ”hospitalisert”, det vil si at pasientene lærer seg institusjonslivet samtidig som de mister evnen til å fungere utenfor institusjon. Fysisk avstraffelse forekommer, og bruk av isolasjon er heller ikke ukjent på flere institusjonene. Ombudsmannen konkluderer med at tradisjonelle, sentraliserte psykiatriske institusjoner ikke ivaretar pasientenes rettigheter. Systemet var i sin tid laget for å isolere såkalte defekte personer.

Ombudsmannen (2007, s. 32) mener at “M. Asatiani Scientific Research Institute of Psychiatry” er den ledende institusjonen i Georgia på dette feltet. Der arbeider det høyt kvalifiserte fagpersoner. I mai 2007 var det 30 leger, 60 sykepleiere og 280 pasienter der. I tillegg til farmakologisk behandling tilbyr institusjonen psykoterapi og andre former for terapi som kunstterapi, ergoterapi og opplæring/trening i å leve selvstendig. Men også her klager legene over lav lønn og vanskelige arbeidsvilkår. Den gjennomsnittlige lønnen for leger er her 140 GEL per måned og for sykepleiere 110 GEL. Såkalt frivillig arbeid blant pasientene er utbredt også her. I stedet for penger får pasientene belønning i form av sigaretter og annet for å assistere de ansatte. De ansatte ser på arbeidstjenestene som nyttig for pasientene.

De fleste psykiatriske institusjoner ser ut til å mangle planer for den enkelte pasients psykososiale rehabilitering (Ombudsmannen 2007, s. 16).

NGOer bidrar

Flere NGOer, nasjonale og internasjonale, bidrar i det mentale helsearbeidet. De er særlig involvert i forsvar og fremme av pasientenes rettigheter, forebygging og rehabilitering. Det finnes enkelte lokale sentra etablert og drevet av NGOer (WHO 2005, s. 3). Den danske organisasjonen Caritas finansierer blant annet et eget senter for rehabilitering. En annen organisasjon er Ndoba.⁴ På midten av 1990-tallet ble det opprettet en egen hotline telefon (Beria et al. 2007, s. 20,57).

Betaling for helsetjenestene

Noen helsetjenester er helt eller delvis gratis for pasientene. For andre tjenester må pasienten betale. Denne betalingen kan være en del av det offisielle systemet for egenbetaling eller det kan være en uformell og ikke-offisiell betaling direkte til helsepersonell. Flere kilder opererer med tall for slik formell og uformell egenbetaling. Samtidig framhever flere av kildene at det er knyttet mye usikkerhet til tallene. De bør derfor leses mer som en indikasjon på noe snarere enn som uttrykk for en nøyaktig verdi eller størrelse. The Country of Return Information Project (2009, s. 100) viser til en rapport fra FN (UNOMIG) som sier at leger og sykepleiere blir sett på som de mest korrupte yrkesgruppene i Georgia. Det kan gi en indikasjon på at den uformelle egenbetalingen er relativt høy.

Georgian Mental Health Coalition (2009, del 2) hevder at pasientenes egenbetaling utgjør ca. 40 % av kostnadene ved behandling. Verdensgjennomsnittet er 17,8 % mens den er 11 % i gruppa av lav- og middelinnteksland som Georgia tilhører. 40 % av utgiftene til en person på psykiatrisk institusjon dekkes av pasientens familie. 43 % av folk med mentale lidelser bruker 80 % av sine månedlige utgifter på medisiner o.l. (Georgian Mental Health Coalition 2009, tillegg 3).

Jakubowski & Arnaudova (2009, s. 59-61)) oppgir at pasientenes bidrag er rundt 70 % av de samlede helseutgiftene. Pasientene betaler i form av formelle egenandeler, for utstyr, hjelpemidler og lignende og dessuten uformell betaling direkte til helsepersonell. Ifølge samme kilde er dermed Georgia et av landene i Europa med høyest andel egenbetaling.

Hva staten skal dekke av utgifter og hva pasienten må betale er avhengig av en rekke forhold; type sykdom, alvorlighetsgrad (akutt, halvakkutt, kronisk), om de har helseforsikring eller ikke, inntekt (under fattigdomsgrensen eller ikke), om behandlingen skjer i privat eller offentlig institusjon og behandling i eller utenfor sykehus. Staten finansierer programmer for blant annet tuberkulose, HIV/AIDS, vaksiner og mor-barn helse. Staten dekker også helseforsikring for de som lever under fattigdomsgrensen, anslagsvis 600 000 mennesker. Helseforsikring dekker utgiftene til såkalte basispakker av blant annet behandling (The Country of Return Information Project 2009, s. 98). En basispakke definerer hva som er gratis for hvem. I praksis kan imidlertid pasientene bli avkrevd betaling, også for tjenester som skulle inngå i basispakka. Helsetilbydere bestemmer selv prisen for tjenester som ikke inngår i de statlig finansierte programmene. Markedet er uregulert og prisene varierer mye (Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 59).

Staten skal etter loven dekke alle utgifter i forbindelse med psykiatrisk behandling i psykiatriske institusjoner. Det gjelder utgifter til undersøkelser, konsultasjon, medisiner og

⁴ Organisasjonen har sitt eget nettsted <http://ndoba.org.ge/?lan=eng>

kosthold. Men ikke-psykiatriske sykdommer som nevroses, alkoholisme, narkomani og psykopati er ikke omhandlet av denne komponenten av det statlige programmet for finansiering (The Country of Return Information Project 2009, s. 98). Medisiner som blir tilbudt i de psykiatriske sykehusene og psykiatriske poliklinikker skal etter loven være gratis. I mange tilfeller gis det ikke tilstrekkelig med gratis medisiner slik at pasienten/familien selv må skaffe til veie medisiner (Sharashidze, e-post august 2010).

WHO (2005, s. 2) trekker fram ulike grupper som har krav på gratis behandling innenfor psykiatrien. I institusjon er det mentalt syke gjerningsmenn, akutt psykotiske, personer med posttraumatiske forstyrrelser og personer uten familie. Utenfor institusjon har psykotiske personer og de med kroniske plager som stadig forverrer seg, krav på gratis behandling. Sharashidze (e-post, august 2010) opplyser at personer som blir diagnostisert som shizofrene formelt sett ikke skal behøve å betale for behandling.

I virkeligheten er de statlige tilskuddene begrensede og dekker ofte bare et fåtall billige medisiner fra den offisielle listen over aktuelle medisiner som er ment å skulle være gratis (WHO 2005, s. 2; Jakubowski & Arnaudova 2009, s. 58).⁵ Den offisielle listen inneholder medisiner for blant annet følgende grupper: antipsykotiske, antidepressiva og stemningsstabiliserende (Sharashidze, e-post august 2010). Følgende medisiner innen psykiatrien er stort sett tilgjengelige i primærhelsetjenesten og skal være gratis: carbamazepine, amitriptyline, chlorpromazine, diazepam, fluphenazine, haloperidol, lithium og biperiden (WHO 2005, s. 4). Georgian Mental Health Coalition (2009, tillegg 3) nevner dessuten triftazine og cyclodol.

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet, Utlendingsnemnda og Justis- og politidepartementet til enhver tid har behov for kunnskap om for å kunne løse sine oppgaver. Landinfos rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både offentlige og ikke offentlige kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder. Kilder som av ulike grunner ikke ønsker å bli offentliggjort, er ikke nevnt ved navn.

En respons er et svar på konkrete spørsmål og problemstillinger som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo. Responser er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema eller et spørsmål, men skal gi svar på de konkrete spørsmålene som er stilt, og ellers inneholde det som til enhver tid trengs av bakgrunnsinformasjon.

Opplysningene som blir lagt fram i responsene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos responser er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som responsene omhandler.

Referanser

Skriftlige kilder:

- Beria, Naneishvili & Silagadze (2007). *Mental Health Care in Georgia. Reality & perspectives*. Aten/Tbilisi: Psychiatric Association for Eastern Europe & Balkans & Georgian Society of Psychiatrists. Tilgjengelig fra

⁵ Listen ble for øvrig utarbeidet første gang i 1995.

http://www.paeeb.com/Mental_Health_Care_in_Georgia.pdf [lastet ned 17. september 2010]

- The Country of Return Information Project (2009). *Country Sheet Georgia*. Tilgjengelig fra <http://www.cri-project.eu/cs/cs-georgia-en.pdf> [lastet ned 17. september 2010]
- Georgian Mental Health Coalition (2009). *Georgian Mental Health Policy. Draft*. Tbilisi. Tilgjengelig fra http://www.gmhc.ge/en/pdf/Georgian_Mental_Health%20Policy_draft-eng.pdf [lastet ned 15. september 2010]
- Jakubowski, E & Arnaudova, A (2009) *10 health questions about the Caucasus and Central Asia*. København: WHO Europe. Tilgjengelig fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/43323/E92744.pdf [lastet ned 17. september 2010]
- Kalina, O. (2010, 21. juni). *Violations of the Rights of People with Mental Disabilities in Georgia*. Human Rights Georgia. Tilgjengelig fra <http://www.humanrights.ge/index.php?a=article&id=5152&lang=en> [lastet ned 17. september 2010]
- Ombudsmannen (2007). *Human Rights Monitoring at Psychiatric Establishments*. Tilgjengelig fra <http://www.ombudsman.ge/files/downloads/ge/gavneegfvghqxmchtgae.pdf> [lastet ned 17. september 2010]
- WHO, dvs. Verdens Helseorganisasjon (2005). *Mental Health Atlas 2005. Georgia*. WHO. Tilgjengelig fra http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/MentalHealth/Files/GE_Mental_Health_Profile.pdf [lastet ned 17. september 2010]

Muntlige kilder:

- Sharashidze, M. Leder av Georgian Mental Health Coalition. E-post, 9. august 2010.

© Landinfo 2010

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.