

საქართველოს 2022-2030 წლების
ფსიქიკური ჯანმრთელობის
სტრატეგია

შემოკლებები

ასოცირების შეთანხმება	ერთი მხრივ, საქართველოსა და, მეორე მხრივ, ევროკავშირსა და ევროპის ატომური ენერჯის გაერთიანებას და მათ წევრ სახელმწიფოებს შორის ასოცირების შესახებ შეთანხმება
გაერო	გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია
საქსტატი	საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
ლარი	ქართული ლარი
მშპ	მთლიანი შიდა პროდუქტი
ოჯახის ექიმი	ზოგადი პროფილის ექიმი, რომელიც მუშაობს პირველადი ჯანდაცვის სფეროში ან სოფლის ექიმი
ჯანდაცვის სამინისტრო	საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
სსიპ	საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
ჯანმო/WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
AFD	საფრანგეთის განვითარების სააგენტო
COVID-19	კორონავირუსული დაავადება - 19
EU	ევროკავშირი
EXPERTISE FRANCE	ექსპერტიზა საფრანგეთი - საფრანგეთის განვითარების სააგენტო
HIV/AIDS	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის ინფექცია და შემენილი იმუნური დეფიციტის სინდრომი
IDP	იძულებით გადაადგილებული პირი
NCDC	სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
RAMA	სსიპ სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო
NHA	სსიპ „ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო“
SDGs	მდგრადი განვითარების მიზნები, გაერო
UHCP	საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა
USA	ამერიკის შეერთებული შტატები

შესავალი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჯანმრთელობა განმარტებულია, როგორც „ადამიანის ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების არარსებობა“. ფსიქიკური ჯანმრთელობა ზოგადი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის განუყოფელი ნაწილია. ფსიქიკურ აშლილობათა ტვირთი იზრდება და ყველა ქვეყნის სოციალურ, ეკონომიკურ და უფლებრივ საკითხებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს.¹ ჯანმოს მონაცემებით, მოსახლეობის დაახლოებით 25%-ს, ცხოვრების მანძილზე, სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობა უვითარდება. ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური დიაგნოზები დეპრესიული (10.4%) და შფოთვისითი აშლილობებია (7.9%). ევროკავშირში შეზღუდული შესაძლებლობებით განპირობებული ტვირთის 22% ფსიქიკურ აშლილობებზე მოდის (YLD). ფსიქიკური პრობლემები პროდუქტიული ადამიანური რესურსის დაკარგვის ძირითადი მიზეზია. საერთო ხარჯები რომელიც მოიცავს როგორც პირდაპირ სამედიცინო, ასევე არაპირდაპირ, ზრუნვისა და პროდუქტიულობის დაკარგვით გამოწვეულ, ხარჯებს წელიწადში 450 მილიარდ ევროს აღემატება. ეს ევროკავშირის მთლიანი შიდა პროდუქტის 3%-ზე მეტია.

გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნების ერთ-ერთ სტრატეგიულ ამოცანას (მე-3 მიზნის 3.4 ამოცანა) „2030 წლისთვის, პრევენციისა და მკურნალობის მეშვეობით, არაინფექციური დაავადებების შედეგად ნაადრევი სიკვდილიანობის ერთი მესამედით შემცირება და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ხელშეწყობა“ წარმოადგენს, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრიორიტეტულობას უსვამს ხაზს.

ერთი მხრივ, გლობალურ დონეზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრევენციისა და მართვის თვალსაზრისით აღებულმა ახალმა ვალდებულებებმა და, მეორე მხრივ, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ ვადის ამოწურვამ, ეროვნული სტრატეგიის განახლების საჭიროება გააჩინა.

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტს 2022-2030 წლებისათვის (შემდგომში - „სტრატეგია“), რომელიც ასახავს მომდევნო 10 წლის განმავლობაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას ქვეყანაში; განსაზღვრავს ძირითად ღირებულებებსა და პრინციპებს; წარმოადგენს გზამკვლევს შესაბამისი სამოქმედო გეგმებისა და სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებისათვის.

ეროვნულ გეგმაზე მუშაობას წინ უსწრებდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მდგომარეობის საფუძვლიანი შეფასება. შეფასების შედეგები, დასკვნები და რეკომენდაციები, განხილული და მხარდაჭერილი იქნა დაინტერესებული მხარეების მიერ.

¹ Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223

დოკუმენტი მომზადებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში - „ჯანდაცვის სამინისტრო“) მიერ, Expertise France-ის ფრანგი და ქართველი ექსპერტების დახმარებითა და საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით (შემდგომში, როგორც - „AFD“).

სტრატეგიის პროექტი განსახილველად წარედგინა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სათათბირო ორგანოს - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელ საბჭოს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედ პარტნიორ საერთაშორისო და ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებს, ასევე, სახალხო დამცველის აპარატს, შესაბამისი სფეროს წამყვან სპეციალისტებსა და დაწესებულებებს. ჯანდაცვის სამინისტროს ორგანიზებით, ქვეყანაში COVID-19-ის პანდემიის და მისგან გამოწვეული საზოგადოებრივი შეკრებების შეზღუდვის, ასევე, მონაწილე პირთა უსაფრთხოების გამო, საჯარო დისკუსიები გაიმართა ელექტრონულ ფორმატში.

ამდენად, წინამდებარე სტრატეგია და გეგმა წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარისა და იმ საერთაშორისო ექსპერტების თანამშრომლობის შედეგს, რომლებმაც საერთაშორისო სტანდარტებსა და საუკეთესო პრაქტიკასთან შესაბამისობის კუთხით, ქვეყანას ტექნიკური დახმარება გაუწიეს.

განახლებული ეროვნული სტრატეგიის სახელმძღვანელო დოკუმენტი, ერთი მხრივ, გამომდინარეობს საქართველოსა და ევროასოციაციის ვალდებულებების, რომელიც მოიცავს არაგადამდებ დაავადებებთან პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესებას (მუხლი 356 (c), მეორე მხრივ, ეფუძნება ევროკავშირის დოკუმენტს - „ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის ქმედებების ევროპის ჩარჩოს“ (2016 წლის იანვარი), რომელშიც ხაზგასმულია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მთავარ პრიორიტეტად გამოყოფის საჭიროება. ვინაიდან ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია და მძიმე ტვირთად აწევს პიროვნებას, საზოგადოებას და ეკონომიკას.

სტრატეგია შემუშავებულია „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების თაობაზე საქართველოს პარლამენტის 2013 წლის 11 დეკემბრის დადგენილებისა (შემდგომში - „კონცეფცია“) და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (შემდგომში - „ჯანმო“) რეკომენდაციების საფუძველზე. იგი, ასევე, ითვალისწინებს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტისა და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“² (შემდგომში - „წინა სტრატეგია“) შედეგებსა და მისი განხორციელების შედეგად დაგროვილ გამოცდილებას. სტრატეგია ასევე შესაბამისობაშია 2021-2024 წლების სამთავრობო პროგრამასთან „ევროპული სახელმწიფოს მშენებლობისთვის“.

² „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება.

განახლებული სტრატეგია ეხმიანება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ ბოლო წლებში წამოწყებულ ძირითად ინიციატივებსა და მიდგომებს: ჯანმოს სპეციალური ინიციატივა „უნივერსალური მოცვა ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის (2019-2023)“; შშმ პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენცია (CRPD), საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია და სხვ.

ჯანმრთელობის ორგანიზაციის ევროპის რეგიონის ქვეყნები, საქართველოს ჩათვლით, შეთანხმდნენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, პრევენცია და ფსიქიკურ აშლილობათა მკურნალობა ძირეული პირობაა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის, პიროვნების, ოჯახების, და საზოგადოების კეთილდღეობისა და პროდუქტიულობის უზრუნველყოფისთვის და, მთლიანობაში, მოსახლეობის მდგრადობისთვის და მისი გაძლიერებისთვის.

წინამდებარე ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში აღწერილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრევენციისა და მართვის კუთხით ქვეყანაში არსებული სიტუაცია, განსაზღვრულია მომდევნო ეტაპის (2022-2030) პრიორიტეტები, დასაბუთებულია ქვეყნის ადეკვატური რესურსების გამოყენების აუცილებლობა, ხაზგასმულია ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების და მულტისექტორული მიდგომების საჭიროება, რაც გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის 3.4 ამოცანის მიღწევას შეუწყობს ხელს.

სიტუაციის ანალიზი

სიტუაციის ანალიზის შემუშავების მეთოდოლოგია

წინამდებარე ანალიზი ემყარება „საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს - Expertise France“-ის მიერ, ქართული ორგანიზაციის - „ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის“ მხარდაჭერით, 2019 წლის ოქტომბრიდან 2020 წლის თებერვლის პერიოდში ჩატარებულ კვლევას, რომლის საშუალებით მოხდა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების შესწავლა.

ეს კვლევა სრულად შეესაბამება „მსოფლიო ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვლევის ინიციატივის“³ ფარგლებში ჩატარებულ ანალოგიურ კვლევებს, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე, სპეციალისტებზე და ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობას სწავლობენ. კვლევაში საერთაშორისოდ აღიარებული ინსტრუმენტები და კითხვარებია გამოყენებული. აღნიშნული კვლევის შედეგები დეტალურად არის მოცემული სპეციალურ ანგარიშში, რომელსაც დაეფუძნა ლოგიკური ჩარჩოს აგების, ხედვის ჩამოყალიბების, სექტორული პრიორიტეტების განსაზღვრის, მიზნების, ამოცანებისა და მათი შედეგების ინდიკატორის დადგენის პროცესი.

³<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>(ნაწახია: 15.04.2021)

მარეგულირებელი გარემოს ანალიზი

ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოიცავს ემოციურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას და მისი რისკის ფაქტორების და დეტერმინანტების ბუნებიდან გამომდინარე, მასზე რეაგირება ჯანდაცვის სისტემის მიერ ყოვლისმომცველ პასუხს მოითხოვს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ფსიქიკური პრობლემების ეფექტური პრევენცია და მართვა გულისხმობს შეთანხმებული პოლიტიკის შემუშავებას სხვადასხვა სფეროებში, როგორც ჯანდაცვის სისტემის შიგნით, ასევე სისტემის გარეთ. აღნიშნულის მტკიცებულებაა მდგრადი განვითარების მიზნების 3.4 ამოცანა, რომელიც მიმართულია მდგრადი განვითარებისა და ეფექტიანი მულტილატერალიზმის პრინციპებისადმი, ასევე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ფსიქიკური აშლილობების პრევენციისა და მართვის საკანონმდებლო ჩარჩო მოიცავს შემდეგს:

1. საქართველოს კონსტიტუცია
2. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
3. საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“;
4. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“
5. საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.

თუმცა, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან შემხებლობაშია სხვადასხვა კანონები და რეგულაციები (საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსი, ბავშვის უფლებათა კოდექსი; „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი; გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია და ა.შ.).

საქართველოს კონსტიტუცია აღიარებს ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას (მუხლი 28), რაც გულისხმობს მოქალაქის უფლებას ხელმისაწვდომ და ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე და სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლს. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მთავარი პოლიტიკური პრინციპებია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება, ისევე როგორც მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა (მუხლი 4). კანონი ხაზს უსვამს, რომ სახელმწიფო ხელს უწყობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას (მუხლი 68). კანონი განმარტავს, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა წარმოადგენს სახელმწიფო ვალდებულებათა სისტემას, რომლის მიზანია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა დაავადებათა პრევენციის, მათი გავრცელების შესწავლისა და, შესაბამისად, კონტროლის, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობის გზით (მუხლი 3). კანონი აღიარებს, რომ დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა სახელმწიფო პრიორიტეტია (მუხლი 88).

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვა, მათი საზოგადოებრივად საშიში ქმედებებისგან საზოგადოების დაცვა, აგრეთვე ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირებთან უშუალო კავშირის მქონე პირთა უფლებები და მოვალეობები წესრიგდება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონით. კანონის მიხედვით, პაციენტს უფლება აქვს ისარგებლოს ჰუმანური მოპყრობით, რომელიც გამორიცხავს მისი ღირსების შემლახავ ყოველგვარ მოქმედებას, ასევე - ისარგებლოს შესაბამისი მკურნალობით აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, პირობების მინიმალური შეზღუდვით და იმ მეთოდებით, რომლებიც დაამტკიცა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, შემლებისდაგვარად თავის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს (მუხლი 5). კანონი განმარტავს ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციულ ფორმებს (თავი V), განსაზღვრავს პაციენტის მიმართ შეზღუდვის ფორმებსა და გამოყენების მექანიზმებს (მუხლი 16), არანებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარების გამოყენების პირობებსა და წესებს (მუხლი 18). კანონი ასევე აწესრიგებს ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა ფსიქიატრიული დახმარების გაწევას და იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობის გამოყენების მექანიზმებს (მუხლი 22 და 22¹).

საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მიზანია მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა (მუხლი 1). ის ასევე ხაზს უსვამს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებსა და კეთილდღეობას, მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით, უპირატესი მნიშვნელობა აქვს (მუხლი 2).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონცეფციის შესაბამისად, საქართველოს მოსახლეობის კეთილდღეობის ხელშეწყობა და ფსიქიკურ აშლილობებთან გამკლავება უაღრესად მნიშვნელოვანია ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგრადობისთვის. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია დაეფუძნება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციას“, რაც საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროსადმი თანმიმდევრულ დამოკიდებულებას უზრუნველყოფს. საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია ითვალისწინებს იმ ძირითად პრინციპებს, რომლებიც განსაზღვრულია „კონცეფციით“.

ამასთან, წინამდებარე სტრატეგია შეესაბამება გაერთიანებული ერებისა და ევროკავშირის⁴ რეგულაციებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებთან დაკავშირებით.

საქართველოს იუსტიციის სამინისტრომ მოამზადა მიზნობრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია პენიტენციური სისტემისთვის, შესაბამისად, წინამდებარე სტრატეგია პენიტენციური დაწესებულებების ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს არ მოიცავს.

საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის 2021-2025 (დამტკიცების პროცესშია) ერთ-ერთი პრიორიტეტია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, რომელიც მოიცავს შემდეგ ინტერვენციებს: მოსახლეობის

⁴<https://fra.europa.eu/en/cooperation/eu-partners/eu-crpd-framework> (ნანახია: 15.04.2021)

ცნობიერების ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით; მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და სუიციდური ქცევის პრევენციის მიზნით, სუიციდური ქცევის შეფასებისა და ინტერვენციების დაგეგმვის ეფექტურობის გაზრდა კვლევისა და მონაცემთან შეგროვების გაუმჯობესების გზით; მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ფსიქიკური პრობლემების დროული გამოვლენის, სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის და სტიგმასთან დაკავშირებული ბარიერების დაძლევის გზით. სწორედ ამიტომ, აღნიშნული საკითხები არ იფარება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების“ სტრატეგიით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფლებრივ საკითხებთან დაკავშირებით, საქართველოში არსებული საკანონმდებლო ჩარჩო და მარეგულირებელი გარემო, ძირითადად, თავსებადია საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნებთან, თუმცა დამატებით დახვეწასა და სრულყოფას საჭიროებს.

წინა სტრატეგიის შეფასება

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილებით განსაზღვრული პრიორიტეტებისა და ამოცანების განხორციელება იგეგმებოდა ჯანმოს პრინციპების შესაბამისად.

2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმის შეფასების და განხორციელების მონიტორინგის პროცესში იკვეთება შემდეგი გამოწვევები, რომელთა საფუძლიანი ანალიზი და აღმოფხვრა მნიშვნელოვანია:

1. ადმინისტრაციული კუთხით აღინიშნება რესურსების ნაკლებობა - მიუხედავად იმისა, რომ ფუნქციონირებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სათათბირო ორგანო - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრელი საბჭო, სტრატეგიით განსაზღვრული გეგმის იმპლემენტაციისთვის იკვეთება დამატებით ადმინისტრაციული რესურსის აუცილებლობა ოპერაციული გეგმების და მონიტორინგის და შეფასების პროცესების გაუმჯობესებისთვის.
2. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მოქმედი რედაქცია საჭიროებს შემდგომ სრულყოფას, რათა მიიღწეს საერთაშორისო ნორმებთან სრული შესაბამისობა - კანონში არ არის ნახსენები რამდენიმე მნიშვნელოვანი საკითხი: ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა - რომელსაც მსოფლიოს მრავალი ქვეყანა მიიჩნევს ერთ-ერთ ყველაზე პრიორიტეტულად. კანონი, უმთავრესად, ორიენტირებულია საავადმყოფოებზე, მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიო და საქართველო დენსტიტუციონალიზაციას ანიჭებს პრიორიტეტს.
3. ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის საზედამხედველო სისტემა საჭიროებს განვითარებას საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, ასევე შესამუშავებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთიანი რეესტრი.

5. მიუხედავად იმისა, რომ დიდი ყურადღება ეთმობა უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე და საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული გაიდლაინების და პროტოკოლების და შემუშავებას, თუმცა მათი დამტკიცების შემთხვევაშიც, სისტემაში მათი დანერგვის უზრუნველყოფა და შედეგების შეფასება შეფერხებულია;
6. სტრატეგიის პრიორიტეტებში მნიშვნელოვანი აქცენტია გაკეთებული ადამიანური რესურსების საჭიროებაზე, თუმცა ამ მიმართულებით შესამუშავებელია გეგმაზომიერი განვითარების სტრატეგია.
7. რეგულარული და დინამიური *თანამშრომლობა პირველადი ჯანდაცვის და ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებს* შორის, როგორც დაგეგმილი იყო 2015-2020 სტრატეგიაში, ჯერ მიღწეული არაა. ეს პრიორიტეტი ნაწილობრივ დაკმაყოფილდა სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის მობილური გუნდების განვითარებით, რომელთა დიდი ნაწილი სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიების ბაზაზე ოპერირებს, თუმცა პირველადი ჯანდაცვა საკმარისად არ არის ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემაში, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების არასაკმარისი კვალიფიკაციითა და დაფინანსების სისტემითაა განპირობებული.
8. უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში *დეინსტიტუციონალიზაციისკენ* მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა. 2014 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის 28% დაეთმო სათემო სერვისებსა და ცენტრებს, რამაც 2020 წლისათვის 42%-ს მიაღწია. 2020 წელს ჩატარებულმა ანალიზმა (იხილეთ ქვემოთ) აჩვენა, რომ კვლავ მაღალია იმ პირთა რაოდენობა, რომლებიც დაწესებულებებში დიდი ხნით (ერთი წელზე მეტი ხნით) რჩებიან, რაც მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს.
9. შემუშავდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა *დასაქმების ხელშეწყობის სერვისების კონცეფცია*, რაც ძირითადად დამსაქმებლების ფინანსურ სტიმულირებას ითვალისწინებდა და მიმდინარეობს მისი დანერგვა.
10. 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა ითვალისწინებდა „*ადამიანის უფლებების დაცვის გაუმჯობესებას და გაძლიერებას ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში*“ და მიზნად ისახავდა *ადამიანის უფლებათა დარღვევის შემცირებას* - დაწყებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული კითხვარის (QualityRights tool kit) გამოყენებით, შიდა ინსპექტირებისა და მონიტორინგის მექანიზმების დანერგვა.
11. *სხვადასხვა ტიპის სტრუქტურათა სტანდარტები არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული*. ასევე უდიდესი გამოწვევაა პაციენტთა საჩივრებში მითითებული საკითხების შესწავლისთვის დამოუკიდებელი ექსპერტების ნაკლებობა. ამჟამად, აღნიშნულის განხილვა ძირითადად ხდება დარღვევაში ბრალდებულ პირთა კოლეგების მიერ.
12. წინა სტრატეგიის ერთ-ერთი პრიორიტეტი *საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, დამოკიდებულების შეცვლა და სტიგმის შემცირება იყო*. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა ითვალისწინებს სტიგმის შემცირების ღონისძიებებს, შეზღუდული რესურსების გამო, მათი განხორციელება ნაკლებ შედეგიანია.

ძირითადი პრობლემები და მიგნებები

საქართველოს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა

საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს - Expertise France მიერ ჩატარებულმა კვლევამ, რომელიც საქართველოს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასებას ითვალისწინებდა, გამოავლინა, რომ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებები სხვა ქვეყნებში არსებული მოთხოვნების მსგავსია.

საქართველოს მოსახლეობის სულ მცირე 5%-ს აღნიშნება ისეთი ფსიქიკური აშლილობა, რომელიც შესამჩნევია ოჯახის წევრების, ახლო მეგობრებისა და კოლეგებისათვის და მათ საქმიანობაზე ახდენს გავლენას. დეპრესიული აშლილობის ეპიზოდების მაჩვენებელი უკანასკნელი თორმეტი თვის განმავლობაში შეადგენს 3.03%-ს (6% - უფრო ნაკლებად მკაცრი კრიტერიუმებით შეფასებისას). საქართველოს მოსახლეობის 2.01%-ს ბოლო თორმეტი თვის განმავლობაში აღნიშნება შფოთვითი აშლილობის ზოგადი სიმპტომები, რაც უტოლდება მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების შესაბამის მაჩვენებელს (მსოფლიო ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვლევის ინიციატივა).

ფსიქოზური გამოცდილების სიხშირე, გრძელვადიან პერიოდში, შეადგენს 4.83%-ს. უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე, პოპულაციის, სულ ცოტა, 4.5%-ს ჰალუცინაციები, 1.61% - ბოდვითი აზრები, ხოლო 1.61%-ს ფსიქოზური განცდები გამოუვლინდა.

კვლევის იმ ნაწილში, სადაც საუბარია სუიციდზე, ვლინდება, რომ არსებული სუიციდური ფიქრების სიხშირე საკმაოდ მაღალია და თითქმის თანაბარია ქალებსა და კაცებში (14.0%). ამასთან, გამოკითხულთა 2.7%-მა განაცხადა, რომ მათ არ ჰქონდათ პასუხი ამ კითხვაზე. ეს მაჩვენებელი ახლოსაა სუიციდის ყველაზე მაღალ მაჩვენებელთან ევროპაში (საფრანგეთი - 14.9% ქალები, 9.6% კაცები; გერმანია - 11.3% ქალები, 8.1% კაცები).

მოსახლეობის მხოლოდ 1%-მა აღნიშნა, რომ ჰქონდა სუიციდის მცდელობა (1.3% კაცები, 0.8% ქალები), რაც დაბალია სხვა ქვეყნების მაჩვენებლებთან შედარებით. თუმცა, გამოკითხულთა 1.7%-მა ამ შეკითხვაზე პასუხის გაცემისაგან თავი შეიკავა. აღნიშნული ნიშნავს, რომ სუიციდის მცდელობის რეალური მაჩვენებელი შეიძლება შეადგენდეს 2.7%-ს ქალებისთვის, რაც სხვა ქვეყნების მაჩვენებლებზე დაბალია (საფრანგეთში - 6.1%, გერმანია - 2.8%) და 3%-ს კაცებისთვის. რაც სხვა ქვეყნებთან შედარებით მაღალია.

ამის საპირისპიროდ, WHO-ს მიერ სუიციდის გავრცელების მაჩვენებელი საქართველოში შეფასებულია (სტანდარტიზებული) 4.5 ადამიანით ყოველ 100 000 პირზე, რაც ახლოსაა საბერძნეთის მონაცემებთან, თუმცა მნიშვნელოვნად ნაკლებია ბევრი ევროპული ქვეყნის მაჩვენებელზე (საფრანგეთი - 12.1, უნგრეთი - 14.7, გერმანია - 9.7, ლიეტუვა - 25.3) და ნაკლებია - ზოგიერთ პოსტ-საბჭოთა ქვეყნის (რუსეთი - 18.3, უკრაინა - 15.8, ბელორუსია - 16.6) მონაცემებზე. შესაძლოა, რომ ეს მაჩვენებელი ზუსტი არაა და რეალურ რაოდენობას არ ასახავს.

რაც შეეხება ადიქციებს⁵ და მასთან დაკავშირებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს, სამთვიანი შეფასების შედეგად, რისკის (როგორც ზომიერი, ისე მაღალი რისკის) შემცველ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება საქართველოს მოსახლეობის თითქმის 11%-ს გამოუვლინდა. თუმცა, ეს მაჩვენებელი, შეიძლება უფრო მაღალიც იყოს, რამდენადაც, ხშირად, რთულია ამგვარი ადიქციის არსებობის აღიარება; თუ განვიხილავთ მხოლოდ მაღალი რისკის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებას, მაჩვენებელი ოდნავ აღემატება 1%-ს, რაც ზომიერია ზოგიერთ სხვა ქვეყანასთან შედარებით (აშშ - 3.8%, ლიბანი -1.7%). ამ კუთხით, საგრძნობლად დიდი სხვაობაა სქესის მიხედვით. კაცებში ქალებთან შედარებით რისკი საგრძნობლად მაღალია. WHO ASSIST-ის პროექტმა⁶ დაადასტურა, რომ მამაკაცებს ალკოჰოლზე (მამაკაცთა 11% საჭიროებს ხანმოკლე სამედიცინო ჩარევას და 1.1% ინტენსიურ მკურნალობას), კანაფზე (რომელსაც იყენებს კაცების მინიმუმ 8.4%), გამაყურებლების არასამედიცინო მიზნით გამოყენებაზე (პოპულაციის 8.3%), ამფეტამინზე (მამაკაცების 2%), ოპიოიდებსა (მამაკაცების 2%) და სხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე (მამაკაცების 2%) დამოკიდებულების სერიოზული პრობლემები აქვთ.

გამოკითხულთა 6.45%-მა აღნიშნა, რომ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მიუმართავს დახმარებისათვის ფსიქიკური აშლილობის, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების ან ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემის გამო, რაც სხვა ქვეყნებში ჩატარებული გამოკითხვის შედეგებთან შედარებით დაბალია, მაგალითად, ჰოლანდიასთან (29.9%), საფრანგეთთან (27.8%), ესპანეთთან (15.4%), გერმანიასთან (22.3%), იტალიასთან (9.7%), ბულგარეთთან (14.7% ქალებისთვის და 8% კაცებისთვის) ან თუნდაც რუმინეთთან შედარებით, რომლის მონაცემებიც ყველაზე მეტად მიახლოებულია (8.1% ქალებისთვის და 6.8% მამაკაცებისთვის) საქართველოს მონაცემებთან.

დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობებისა და სუიციდის მცდელობებისთვის დახმარების აღმოჩენის მაჩვენებლები საკმაოდ დაბალია. აღნიშნული შეიძლება აიხსნას სტიგმითა და ფსიქიატრიულ სპეციალიზებულ მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობის სირთულეებით.

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირთა 17.24% მიმართა ფსიქიატრს, 38.31% ნევროლოგს, 40% ფსიქოლოგს და 10.5% ოჯახის/სოფლის ექიმს. საქართველოსგან განსხვავებით, ბევრ სხვა ქვეყანაში ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირები, პირველ რიგში, ოჯახის ექიმს მიმართავენ. გამოკითხული ქვეყანების მაჩვენებლების (საფრანგეთის - 78%, ჰოლანდიის - 71%, აშშ-ის - 52%, იაპონიის - 50%) შესაბამისად, ოჯახის ექიმი ის რგოლი, რომლის საშუალებითაც აღნიშნული პირები მკურნალობას იწყებენ. ამ კუთხით, მსოფლიოში ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი მექსიკაში იყო დაფიქსირებული - 33%.

ოჯახის ექიმთან ასეთი დაბალი მიმართვიანობა შეიძლება აიხსნას: სტიგმით; ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ოჯახის/სოფლის ექიმთა ნაკლები გამოცდილებით; ან იმ ფაქტით, რომ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კონსულტაციები და ფარმაცოლოგიური საშუალებები უფასოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში - სახელწიფო პროგრამის

⁵<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482045> (ნანახია: 27.04.2021)

⁶ ალკოჰოლის, მოწევისა და ნივთიერებების სკრინინგ ტესტი (ASSIST)

ფარგლებში, ხოლო ფასიანია - ოჯახის/სოფლის ექიმთან მიმართვის შემთხვევაში, რამდენადაც ამ მომსახურებას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ ფარავს.

სხვა ქვეყნებში გადამზადებული ოჯახის/სოფლის ექიმები ახორციელებენ ტრიაჟს, უმკლავდებიან შფოთვისა და დეპრესიის მარტივ შემთხვევებს, რაც ფსიქიატრიული სერვისების გადატვირთვის პრევენციას უწყობს ხელს.

ასევე, გამოვლინდა, რომ საქართველოში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში, ფსიქიატრზე უფრო ხშირად ნევროლოგს მიმართავენ, ვინაიდან ფსიქიატრთან ვიზიტი შიშთან და სტიგმასთანაა ასოცირებული. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ ნევროლოგებს სათანადო კომპეტენცია ფსიქიატრიაში არ გააჩნიათ, რაც არაადეკვატური მკურნალობის რისკს ზრდის.

მკურნალობა ძირითადად გულისხმობს ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენებას (61%), ფსიქოთერაპიას ან კონსულტაციასა (32%) და ფსიქოსოციალურ დახმარებას (7%). ადიქციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან მიმართვისა და კონსულტაციის ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზია, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამების გამიჯვნის მიზანშეწონილობას ეჭვქვეშ აყენებს.

აღნიშნული კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა საქართველოში ისეთივე მაღალია, როგორც სხვა ქვეყნებში, რომლებიც შესწავლილია მსოფლიო ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვლევის ინიციატივის მეთოდოლოგიით. ამავ დროს, ვლინდება გარკვეული სპეციფიკა, რაც ზემოთ იქნა აღნიშნული.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საქართველოში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკას, კომპეტენციის ფარგლებში, განსაზღვრავს ჯანდაცვის სამინისტრო, რომელიც ამზადებს სტრატეგიებს, სამოქმედო გეგმებს და სახელმწიფო პროგრამებს. ჯანდაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს ფსიქიატრიული სისტემის სპეციფიკურ რეგულაციებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელ საბჭოსთან ერთად, რომელიც დაკომპლექტებულია როგორც სამთავრობო, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლების, დარგის ექსპერტების და ფსიქიატრიული დაწესებულებებისა და სამსახურების ხელმძღვანელებით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მართვას ახორციელებს სსიპ - ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო. სააგენტო ახორციელებს პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებთან კონტრაქტირებას, სერვისების შესრულების მონიტორინგსა და ინსპექტირებას და გაწეული მომსახურების ანაზღაურებას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებლები ყოველთვიურად ახდენენ ანგარიშგებას და აწვდიან დეტალურ ინფორმაციას როგორც გაწეული სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული და სათემო სერვისების შესახებ.

სსიპ - ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) ზედამხედველობას უწევს გადამდები და

არაგადამდები დაავადებების მეთვალყურეობას და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებების განხორციელებას. ყოველწლიურ ანგარიშში აქვეყნებს სტატისტიკურ ინფორმაციას ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინციდენტობის, პრევალენტობისა და სიკვდილიანობის შესახებ სამედიცინო დაწესებულებებიდან მიღებული მონაცემების ანალიზის შედეგად.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ოჯახის ექიმის/სოფლის ექიმის მოვალეობას წარმოადგენს ქრონიკული და მწვავე დაავადებების: დიაგნოსტიკა კლინიკური სიმპტომო-კომპლექსისა და აუცილებელი, მინიმალური ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევების საფუძველზე; მართვა და გადამისამართება საჭიროების შესაბამისად. თუმცა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვა პჯდ დონეზე თითქმის არ ხდება, ერთის მხრივ, კომპეტენციის ნაკლებობის, ხოლო მეორეს მხრივ, შესრულებაზე სათანადო ზედამხედველობის მექანიზმების არარსებობის გამო. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ 2022 წლიდან დაგეგმილი პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა ითვალისწინებს რამდენიმე ქრონიკული დაავადების, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვის გაძლიერებულ ხელშეწყობას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ამოქმედდა 1995 წელს და მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ფართო სპექტრს. ესენია:

- 1) სათემო ამბულატორიული მომსახურება;
- 2) თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის;
- 3) ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო მომსახურება;
- 4) დღის ცენტრები 18 წლამდე ასაკის პირებისთვის;
- 5) კრიზისული ინტერვენციის სერვისები 16-65 წლის პირებისთვის;
- 6) ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება ბავშვების, მოზარდებისა და მოზრდილებისთვის;
- 7) თავშესაფრის სერვისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის;

აღნიშნული სერვისები ფინანსდება გლობალური ბიუჯეტის პრინციპით, გარდა სტაციონარული მომსახურებისა, რომლის ანაზღაურებაც ხდება ფაქტობრივად გაწეული ხარჯის შესაბამისად, არა უმეტეს განსაზღვრული თვიური ბიუჯეტისა.

სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის საშუალებით სხვადასხვა სოციალური სერვისები მიეწოდება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, მათ შორის ფსიქიკური პრობლემებისა და ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების გამო შშმ პირებისა.

სათემო მომსახურების ქვეპროგრამის ფარგლებში ფუნქციონირებს ორი 6 ბენეფიციარზე გათვლილი ოჯახური ტიპის საცხოვრებელი 18 წლისა და უფროსი ასაკის ფსიქიკური აშლილობისა და ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების მქონე პირთათვის. სერვისების განმახორციელებელია სსიპ - სახელმწიფო ზრუნვისა და ტრეფიკინგის მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დახმარების სააგენტო.

სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის მიერ მართული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოპულარიზაცია და გაძლიერება (მათ შორის, მასმედიასთან ურთიერთობა, სატელეკომუნიკაციო და/ან საეთერო დროის (მ.შ. სამედიცინო პროფილის) შესყიდვა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა თემაზე).

გარდა ამისა:

- თბილისში ხელმისაწვდომია მულტისისტემური ინტერვენციები ბავშვებისა და მოზარდებისათვის და ასერტიული სათემო მკურნალობა, რომელიც ფინანსდება მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტიდან;
- ბათუმის მუნიციპალიტეტში ხელმისაწვდომია ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, რომელიც, ასევე, ფინანსდება მუნიციპალიტეტის ბიუჯეტიდან.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების უმეტესობას სპეციალიზებული დაწესებულებები ახორციელებენ. ამასთან, ზოგიერთი სერვისი ინტეგრირებულია მულტიპროფილურ საავადმყოფოებში.

I. სტაციონარული დაწესებულებები

საქართველოში ფუნქციონირებს 11 სტაციონარული დაწესებულება მოზრდილებისთვის და 1 სტაციონარული განყოფილება ბავშვებისა და მოზარდებისთვის საწოლების საერთო რაოდენობა შეადგენს 1197-ს. სტაციონარული საწოლების სიმჭიდროვე რეგიონების მიხედვით მოცემულია Error! Reference source not found.-ში.

ცხროლ 1: სტაციონარული საწოლების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	მოსახლეობა (ათასი)	საწოლების რაოდენობა	სიმჭიდროვე (საწოლი ყოველ 100 000 მოსახლეზე)
ქ. თბილისი	1 184.8	358	30.2
აჭარის ა.რ.	351.9	150	42.6
გურია	108.1	0	0
იმერეთი	487.0	587 (337 საექსპერტიზო საწოლების გარეშე)	69.2 საექსპერტიზო საწოლების გარეშე
კახეთი	310.1	0	0
მცხეთა-მთიანეთი	93.3	0	0
რაჭა ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	29.1	0	0
სამეგრელო - ზემო სვანეთი	311.1	15	4.8
სამცხე-ჯავახეთი	152.1	0	0
ქვემო ქართლი	434.2	22	5.07
შიდა ქართლი	255.1	65	25.5
სულ	3729.6	1197	32.1 (ან 35.5 თავშესაფრის 125 საწოლის ჩათვლით)

ზემოაღნიშნული მაჩვენებლები ცხადყოფს რეგიონებს შორის არსებულ განსხვავებას, რაც გულისხმობს, რომ მოსახლეობას საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში უწევს მომსახურების მიღება თემისგან მოშორებით. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ საწოლთა თანაფარდობა 100 000 მოსახლეზე მნიშვნელოვნად მცირეა ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შეფარდებით (72.6 ასი ათას მოსახლეზე).

საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს - Expertise France-ის ექსპერტების მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ ფსიქიატრიული საწოლების ნაწილი დაკავებულია იმ პირთა მიერ, ვინც არ საჭიროებენ სტაციონარულ მკურნალობას და ზრუნვის სხვა სერვისებით (თავშესაფარი, საოჯახო ტიპის სახლები, სათემო სერვისები და ა.შ.) უნდა სარგებლობდნენ.

ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდება ხდება შეზღუდული მოცულობით, რაც არ შეესაბამება ჯანმო-ს რეკომენდირებულ მოდელს⁷ და ასევე, სახეზეა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისათვის სათემო საცხოვრისების და ღირსეული ცხოვრებისათვის აუცილებელი ზრუნვის სერვისების შეზღუდული რაოდენობა.

Expertise France - ის მიერ ჩატარებული კვლევა, ასევე აჩვენებს, რომ ბავშვების ჰოსპიტალიზაცია, შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე რამდენიმე ბავშვის სტაციონირების გარდა, საკმაოდ იშვიათი და მოკლევადიანია. ჰოსპიტალიზებული პირების ნახევარს 17-18 წლის მოზარდები შეადგენენ. სტაციონირებულთა მესამედს ინტელექტუალური დარღვევები აღენიშნება და ისინი ფსიქიატრიულ სტაციონარში არ უნდა იმყოფებოდნენ, რადგან მათ ამგვარი ტიპის სერვისები არ ესაჭიროებათ.

II. სათემო სერვისები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2020 წლის პროგრამა განსაზღვრავს სხვადასხვა სათემო სერვისს:

- სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება. თითოეული ცენტრი მომსახურებას უწევს 70 000 – 100 000 მოსახლეს და ჰყავს საშტატო ერთეული შემდეგი თანაფარდობით – 1 ფსიქიატრი, 1.5 ექთანი, 0.5 სოც. მუშაკი/ფსიქოლოგი.
- თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის, რომლებიც ხშირად ან ხანგრძლივი დროით თავსდებიან სტაციონარში, ხოლო სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ სულ მცირე ბოლო სამი თვის განმავლობაში არ, ან ვერ აკითხავენ ამბულატორიულ დაწესებულებას, მიუხედავად საჭიროებისა, ან ანამნეზში აღენიშნებათ ცუდი დამყოლობა მკურნალობაზე; მათი გუნდი შედგება 3 საშტატო ერთეულისგან, მათ შორის სავალდებულოდ 1 ფსიქიატრი, დანარჩენი წევრები შესაძლებელია იყვნენ: სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი).
- ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის (16-65წწ), არის სპეციალიზებული სერვისი, რომელიც მომსახურებას უწევს გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრებ (საშუალოდ, 150 000-იან პოპულაციას) პირებს,

⁷ WHO ჯანმო - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემასთან დაკავშირებული სამოქმედო პროგრამის ინტერვენციის სახელმძღვანელო

ფსიქიატრიული სტაციონირების ტვირთის შემცირების მიზნით. გუნდის შემადგენლობა განისაზღვრება შემდეგნაირად: გუნდის ხელმძღვანელი (ფსიქიატრი), ყოველ 20 შემთხვევაზე ერთი ფსიქიატრი, ერთი ფსიქოლოგი და ერთი ექთანი; სოციალურ საკითხებზე მომუშავე სპეციალისტი).

- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია გულისხმობს სტანდარტების შესაბამისად („ტექნიკური რეგლამენტის – ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ “საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 15 იანვრის N68 დადგენილება“) ღონისძიებათა გატარებას, რომელთა შედეგად პაციენტმა უნდა შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის საჭირო ბაზისურ უნარ-ჩვევათა აღდგენა/შესწავლა.

ცხროლ 2: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებისა და რეგიონალური / მუნიციპალური დაფარვა, რაც ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (2020 წ.)

რეგიონი	მოსახლეობა (ათასი)	ამბულატორიული სათემო ცენტრები	მობილური გუნდები	კრიზისის ინტერვენციის გუნდები	ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის გუნდები
ქ. თბილისი	1 184.8	5	9	1	1
აჭარის ა/რ	351.9	1	1	1	0
გურია	108.1	2	2	0	0
იმერეთი	487.0	4	5	1	1
კახეთი	310.1	2**	3**	0	1
მცხეთა-მთიანეთი	93.3	1	1	0	0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	29.1	0*	0*	0	0
სამეგრელო ზემო სვანეთი	311.1	2**	3	0	0
სამცხე ჯავახეთი	152.1	1**	1**	0	0
ქვემო ქართლი	434.2	1	5***	1	0
შიდა ქართლი	255.1	2	2	0	0
ჯამი	3729.6	21	32	4	3

* მოსახლეობა იღებს მომსახურებას მხოლოდ დაწესებულებებში, რომლებიც მდებარეობს მეზობელ რეგიონში
 ** მოსახლეობის ნაწილი იღებს მომსახურებას დაწესებულებაში, რომელიც მდებარეობს მეზობელ რეგიონში
 *** ამ დაწესებულებათაგან ერთ-ერთი მომსახურებას უწევს მხოლოდ სხვა მეზობელ რეგიონებს

ცხრილი 2 მიუთითებს მოსახლეობის დაფარვასა და მომსახურების ტიპებზე, რომლებიც ფინანსდება 2020 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით. სერვისებით გეოგრაფიული დაფარვა არ არის ოპტიმალური და არ მოიცავს საქართველოს მთელს ტერიტორიას, მაგრამ უკანასკნელ წლებში შეინიშნება ვითარების საგრძნობი გაუმჯობესება სულ მცირე, მობილური გუნდების წყალობით, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ფსიქიატრიული მომსახურების დაგეგმვაში და შედარებით ადვილი შესაქმნელია.

ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, სათემო სამსახურები განიცდიან გუნდების რაოდენობის სიმცირეს, რადგან ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, ექთნები და სოციალური მუშაკები, პარალელურად მუშაობენ სხვადასხვა სამსახურში.

გარდა ამისა, ზოგიერთ სამსახურს აქვს გარკვეული შეზღუდვა. მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში, შესაძლებელია მხოლოდ სათემო

ამბულატორიული ცენტრის მულტიდისციპლინური გუნდის ბინაზე 4 ვიზიტის დაფინანსება. თუ პაციენტს ესაჭიროება მეტი მხარდაჭერა, ხდება მისი გადამისამართება ადგილობრივი მობილური გუნდისკენ. თუ სათემო ამბულატორიული ცენტრის ან მობილური გუნდის პაციენტი არის კრიზისულ მდგომარეობაში, ის სამართავად რეფერირებულია კრიზისულ გუნდში.

შედეგად, ერთი და იგივე პაციენტი შეიძლება სხვადასხვა სათემო სერვისს დაუკავშირდეს, სადაც პაციენტის სრული სამედიცინო ისტორია შესაძლებელია ხელმისაწვდომი არ იყოს, რადგან სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული სისტემები ქვეყანაში ჯერ სრულად დანერგილი არაა.

არსებული ინფორმაციით, სერვისების გეოგრაფიულ საჭიროებებთან დაკავშირებით, მხოლოდ ზოგადი დასკვნების გაკეთებაა შესაძლებელი. დაფარვის არეალის გაზრდის და, განსაკუთრებით, სათემო სერვისებისა და ზოგადი ტიპის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული განყოფილებების განვითარების უზრუნველყოფის მიზნით, რაც სტიგმისა და ქრონიკული მდგომარეობების შემცირებას შეუწყობს ხელს, უფრო დეტალური ტერიტორიული ანალიზის ჩატარებაა საჭირო.

Expertise France-ის ექსპერტების მიერ, არსებული მონაცემების მიმოხილვა იძლევა გარკვეულ ინფორმაციას სათემო სერვისებისა და case-mix-ის⁸ საჭიროების შესახებ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა შედარებით მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენენ ახალგაზრდები (14%) და 65 წელს გადაცილებული პირები (12.6%). ბავშვებისთვის ძირითადი პრობლემებია ინტელექტუალური აშლილობები (30.5%), აუტისტური დარღვევები (6.4%), ქვევითი და ემოციური პრობლემები (35.7%). 65 წელს გადაცილებული ადამიანების მიერ სათემო მომსახურებების გამოყენების მიზეზებია დემენცია (ერთი მესამედი), სტრესი და შფოთვა (41%). 34-დან 65 წლამდე ასაკის პირებში მესამედმა მკურნალობას ფსიქოზური აშლილობების, ხოლო 40%-მა შფოთვისა და სტრესის გამო მიმართა.

Expertise France-ის მიერ ჩატარებული კვლევის მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში მომსახურების საჭიროებასა და სერვისის მიწოდებას შორის დეფიციტი კვლავაც თვალსაჩინოა.

ძირითადი პრობლემა და გამომწვევი ფაქტორები

ჩატარებული კვლევების, არსებული სტატისტიკური მონაცემებისა და ყველა სახის ინფორმაციის შეჯერების საფუძველზე, შემდეგი ძირითადი პრობლემა - ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვის ნაკლებ ეფექტური და არასრულყოფილი სისტემა, რომლის გამომწვევი ფაქტორებია:

1. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ნაკლებობა;

⁸ Case mix – ეს არის პაციენტთა ჯგუფი, რომელიც საჭიროებს მსგავს კვლევებს, პროცედურებს, რესურსებს და მათ მკურნალობას უწყევს კონკრეტული საავადმყოფო ან სამსახური. Case-mix ეს არის გზა საავადმყოფოს ან სამსახურის მიერ მომსახურების წარმოებისა, და იდენტიფიცირებულია, როგორ მნიშვნელოვანი ფაქტორი საავადმყოფოსა და პაციენტთა შორის ხარჯების გადანაწილების განსაზღვრისას (სამედიცინო ლექსიკონი, აშშ)

2. ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სისტემაში, ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით არსებული გამოწვევები
3. დენსტიტუციონალიზაციისა და სათემო სერვისების განვითარებასთან დაკავშირებული გამოწვევები;
4. ექსკლუზიურ ვერტიკალურ პროგრამებთან დაკავშირებული სირთულეები;
5. ადამიანური რესურსების სიმცირე;
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ადმინისტრირების, რეგულირების, მართვისა და კონტროლის ნაკლებობა;
7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის საჭირო მჭირი ფინანსური რესურსები.

1. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ნაკლებობა

პრევალენტობის საერთაშორისო კვლევები აჩვენებს, რომ ბავშვთა და მოზარდთა სულ მცირე 17,6%-ს აწუხებს ფსიქიკური აშლილობები და დადგენილია, რომ მოზარდების 20% შეიძლება განიცდიდეს ფჯ პრობლემას. თუ არ მოხდება მათი დროული და სათანადო სერვისებით უზრუნველყოფა, ამ მდგომარეობებმა, ბავშვის განვითარებაზე, მის საგანმანათლებლო მიღწევებსა და პოტენციალზე - იცხოვროს სრულყოფილი და პროდუქტიული ცხოვრებით, შეიძლება არასასურველი ზეგავლენა იქონიოს. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვები მთავარ გამოწვევებს აწყდებიან სტიგმის, იზოლაციის, დისკრიმინაციის, მათ შორის, ჯანმრთელობისა და საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან წვდომის ნაკლებობის გამო, რაც წამოადგენს ადამიანის უფლებების ფუნდამენტურ დარღვევას.

საქართველოში, 2018 წლის ბოლოსთვის, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ოფიციალურად რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა იყო 76,508 (NCDC Statistics, 2019) და მათ შორის - 3,217 იყო ბავშვი და მოზარდი. შესაბამისად, პრევალენტობა იყო 429,1; ხოლო ე.წ. point პრევალენტობა - 0,086% ბავშვების და მოზარდებისთვის. თუ საერთაშორისო მონაცემებს შევადარებთ საქართველოში ფჯ დაცვის სისტემაში სხვადასხვა მდგომარეობებით რეგისტრირებული ბავშვების და მოზარდების რაოდენობას, დავინახავთ, რომ ქვეყანაში შესაძლო დარღვევების დიდი ნაწილი ალურიცხავი რჩება.

აღსანიშნავია, რომ სისტემაში არ ხდება მკაფიო დიფერენცირება და, შესაბამისად, მართვის სქემების მორგება 3 დიდი ჯგუფისთვის: ბავშვები და მოზარდები ნეიროგანვითარების დარღვევებით (მაგ; აუტისტური სპექტრი), ფსიქოზური ეპიზოდებით და გავრცელებული ქცევითი და ემოციური პრობლემებით, როგორცაა შფოთვა, დეპრესია, ქცევითი აშლილობა და მათ შორის, ადიქტური ქცევები, რაც ძალიან მაღალ კომორბიდულობაშია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა აშლილობებთან.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება ბავშვთა და მოზარდთა ამბულატორიული სერვისები; ხოლო სტაციონარული დახმარება მხოლოდ თბილისშია ხელმისაწვდომი.

საქართველოს ზოგიერთ მუნიციპალიტეტში არსებობს სპეციალური პროგრამა აუტისტური სპექტრის აშლილობის ბავშვებისათვის. მაგალითისათვის - „აუტისტური სპექტრის

აშლილობის ბავშვების რეაბილიტაციის“ ქვე-პროგრამა თბილისში, რომლის დახმარებითაც 7 წლამდე ასაკის ბავშვებს ხელი მიუწვდებათ 20 კომპლექსურ თერაპიულ სესიაზე, ხოლო 7 ან მეტი წლის ასაკის ბავშვებს - 15 სესიაზე. ვაუჭერის ღირებულებაა 7 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის შეადგენს 420 ლარს, ხოლო შვიდი ან მეტი წლის ბავშვებისათვის - 315 ლარს. მსგავსი პროგრამა ხორციელდება აჭარის რეგიონშიც. თუმცა, აღნიშნული პროგრამების შედეგების შეფასება საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამასობაში, სამიზნე ჯგუფის მოთხოვნებთან მიმართებით ჯერ არ განხორციელებულა.

ნებისმიერ შემთხვევაში, ეს ინიციატივები არ არის საკმარისი ბავშვთა და მოზარდთა საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის, ადრეული იდენტიფიკაციისა და მართვისთვის. მით უფრო, რომ, მიუხედავად თანამედროვე მიდგომებისა, ფჯ მდგომარეობათა პრევენციის (განსაკუთრებით, მეორეული და მესამეული პრევენციის) სერვისები ჯერ კიდევ ნაკლებადაა დანერგილი.

ძირითადი გამოწვევებია:

- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესახებ ინფორმაციისა და სპეციფიკური ცოდნის დეფიციტი;
- ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიაში სათანადო სამედიცინო კომპეტენციის სპეციალისტების ნაკლებობა;
- ბავშვებისათვის სპეციალური ფსიქიკური მომსახურების (როგორცაა, დღის ცენტრები, მშობელთა დახმარების მიზნით ინტენსიური ვიზიტები ბინაზე, ადაპტირებული სწავლება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის, სათემო დაწესებულებები ნაკლებად მძიმე აშლილობათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის) ნაკლებ განვითარება (გარდა თბილისში არსებული სპეციალიზირებული ბავშვთა 10 საწოლიანი განყოფილებისა, რომელიც ამ პრობლემებისთვის ადაპტირებული სხვა სტრუქტურების არარსებობის გამო, ნაწილობრივ, ათვისებული აქვთ შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ბავშვებს);
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვებისა და მოზარდების მშობლების მხარდამჭერი და საკონსულტაციო დაწესებულებათა არარსებობა.

2. ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სისტემაში, ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით არსებული გამოწვევები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში თავს იჩენს რიგი გამოწვევები, რაც მნიშვნელოვანია, როგორც უფლებრივი, ასევე სამედიცინო დახმარების ხარისხის კუთხით. ქვემოთ ჩამოთვლილია ის პრობლემები, რომლებიც არაერთხელ გაჟღერებულა საქართველოს სახალხო დამცველის 2018, 2018 და 2020 წლების საპარლამენტო ანგარიშებში საქართველოს მოსახლეობის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ⁹ და ასევე რომელთა აღმოფხვრა აუცილებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირთა უფლებების დაცვისთვის:

⁹ საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიშები საქართველოს მოსახლეობის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ. <https://www.ombudsman.ge/geo/saparlamento-angarishebi>

- პაციენტის ნაკლები ჩართულობა მკურნალობის პროცესში;
- კონფიდენციალურობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დარღვევები;
- ფსიქოსოციალური მკურნალობის ნაკლებობა;
- პაციენტთა შორის კონფლიქტების სწრაფი და ეფექტური მართვის სირთულეები;
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობისადმი არასაკმარისი ყურადღება;
- ფიზიკურ და ქიმიურ შეზღუდვასთან დაკავშირებით არსებული პრაქტიკა;
- სომატური დაავადებების არსებობისას, დროული და უწყვეტი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის პრობლემა;
- ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პერსონალის ან ხელმძღვანელობის მიერ პაციენტთა შრომითი ექსპლუატაციის ფაქტები^{10,11}

აღნიშნული პრობლემების გადაჭრის რეკომენდაციები საქართველოს სახალხო დამცველის სამივე წლის ანგარიშშია მითითებული.

3. დეინსტიტუციონალიზაციასა და სათემო სერვისების განვითარებასთან დაკავშირებული გამოწვევები

საქართველოში დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი ნელა მიმდინარეობს, ვინაიდან სათემო სერვისები ნაკლებადაა განვითარებული, რომლებსაც პრევენციისა და ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიდან გაწერილი პირების მხარდაჭერის სათანადო რესურსი გააჩნიათ. დღეისთვის, ქვეყანაში ნაკლებადაა განვითარებული დღის სტაციონარები ან/და ისეთი ადგილები, სადაც მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა მართვა ნაწილობრივი სტაციონარული დაყოვნებით სრული ჰოსპიტალიზაციის გარეშე მოხდება.

1960 წლებიდან, სათემო ცენტრების როლი მსოფლიოში თანდათან იზრდება სხვადასხვა შემთხვევების მართვაში, სათემო ცენტრებს აქვთ შემდეგი უპირატესობები: პირს შეუძლია ისარგებლოს ყოვლისმომცველი თერაპიით მისთვის ნაცნობ სოციალურ გარემოში; სათემო სერვისებში გამოიყენება აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომები, რაც ხელს უწყობს სოციალურ გარემოში რესურსების გამოყენებასა და განვითარებას. საქართველოში არსებული სათემო ამბულატორიული სერვისები მხოლოდ ნაწილობრივ ასრულებენ აღნიშნულ როლს.

უკანასკნელ წლებში შეიქმნა რამდენიმე მცირე ზომის საცხოვრისი იმ პირთათვის, რომლებიც არ საჭიროებენ ინტენსიურ ფსიქიატრიულ მკურნალობას. ეს პოზიტიური ცვლილება მხოლოდ შუალედური ეტაპია დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესში. არსებული თავშესაფრები, თავისი არსით, ინსტიტუციებს წარმოადგენენ და განიხილება როგორც შუალედური, დროებითი გამოსავალი, ვიდრე სათემო სერვისების რაოდენობა და ხარისხი სრულად არ უპასუხებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებებს.

¹⁰ საქართველოს სახალხო დამცველი, სპეციალური ანგარიში, აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონიტორინგის თაობაზე (22-25 აპრილი, 2019 წ.).

¹¹ საქართველოს სახალხო დამცველი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის საგანგებო მონიტორინგის ანგარიში (2020 წლის 15-16 სექტემბერი)

უნდა აღინიშნოს უკანასკნელ წლებში გატარებული წარმატებული ძალისხმევა სათემო სერვისების, განსაკუთრებით კი, მობილური გუნდების განვითარების კუთხით, იმ პირთა ხელშესაწყობად, რომლებიც ხანგრძლივად საავადმყოფოს ტიპის დაწესებულებებში იმყოფებოდნენ.

ბოლო ორი წლის მანძილზე, პაციენტების თემში დაბრუნების ხელშეწყობის მიზნით, მცირე საოჯახო (არაუმეტეს 6 პირისთვის განკუთვნილი) სერვისები შეიქმნა. არასამთავრობო ორგანიზაციამ - „ხელი ხელს“ „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის“ სახელმწიფო პროგრამიდან მხარდაჭერა მიიღო და 30 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირს ინდივიდუალურ მდგომარეობაზე დაფუძნებულ მომსახურებას 6 საოჯახო ტიპის სახლში აწვდის. ჯანდაცვის სამინისტრო გეგმავს ისეთი სათემო მომსახურების განვითარების ხელშეწყობას.

ამ პროცესში გასათვალისწინებელია ის გარემოებები, რომლებმაც თემში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მართვას, შესაძლოა, საფრთხე შეუქმნან. კერძოდ: პირველი გამოწვევა უკავშირდება ადამიანურ რესურსებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისად, თითოეული მობილური გუნდი უნდა შედგებოდეს, სულ ცოტა, 3 სპეციალისტისგან (ფსიქიატრი, ექთანი, ფსიქოლოგი ან სოციალური მუშაკი). ანაზღაურების არსებული დონე არ ქმნის საკმარის მოტივაციას პერსონალის სრულ განაკვეთზე დასაქმებისთვის. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ადეკვატური გადამზადების შესაძლებლობა, იმ პირთათვის, რომლებიც ახორციელებენ პაციენტების დახმარებას ბინაზე ვიზიტის გზით. ექთნები, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ისედაც მცირე რაოდენობით არიან, იშვიათად გადიან სწავლებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, რამდენადაც არ არსებობს უწყვეტი განათლების აკრედიტებული პროგრამები და მათი საქმიანობა შემოიფარგლება მხოლოდ წამლების მიღებაზე მეთვალყურეობით ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის მდგომარეობაზე დაკვირვებით. სათანადო მომზადება აკლიათ სოციალურ მუშაკებსაც, რაც ნიშნავს, რომ ხშირად მათ არ აქვთ უნარები, გაუმკლავდნენ პირის საჭიროებებს, რომელთაც აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები.

სათემო ამბულატორიულ ცენტრებს აქვთ შენობის პრობლემა. უმთავრესად, ეს შენობები არ არის ადაპტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით საქმიანობისათვის და ხშირად, არ იძლევა კონფიდენციალურობის, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დაცვის, ან სხვადასხვა სერვისის, მაგალითად, ჯგუფური თერაპიის ან სემინარების განხორციელების საშუალებას.

მობილური გუნდების პარალერულად, მნიშვნელოვანია კრიზისის ჯგუფების რაოდენობის გაზრდა (ამჟამად მოქმედებს მხოლოდ 4 ასეთი გუნდი ქვეყნის მასშტაბით). დასაზუსტებელია კრიზისული გუნდების როლი და საქმიანობის მოდელი. ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, ანაზღაურების დონე და ტრენინგის აუცილებლობა კრიზისულ გუნდებთან მიმართებაში ისეთივეა როგორც მობილური ჯგუფების შემთხვევაში.

კიდევ ერთი საკითხი, რაც არ არის შესაბამისობაში საერთაშორისო პრაქტიკასა და ჯანმოს რეკომენდაციებთან,¹² არის პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ნაკლები ჩართულობა ფსიქიკური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების მართვაში. ჯანმოს ინფორმაციით: „უმეტეს ქვეყნებში ოჯახის ექიმები არიან ის პირები, რომლებიც უმკლავდებიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტების მართვას. კერძოდ, ახორციელებენ იდენტიფიცირებასა და რეფერალს (ქვეყნების 95%), დიაგნოსტიკას (86%), ფართოდ გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა რეგულარულ მართვას (86%).“ პჯდ დონეზე ფჯ სერვისების განვითარების დეფიციტის გამო, მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა სამკურნალოდ საჭირო რესურსები, შედარებით მსუბუქი შფოთვითი და დეპრესიული მდგომარეობების მართვაზე იხარჯება, რაც მძიმე პაციენტთათვის მომსახურების დროულად მიწოდების შეფერხებას იწვევს. ევროკავშირის დაფინანსებით, ჯანმოს საქართველოს ოფისი უკვე 1 წელია წარმატებით ახორციელებს ოჯახის ექიმების გადამზადებას, შექმნილია სატრენინგო პროგრამა და ოჯახის ექიმები ახერხებენ შფოთვითი მდგომარეობების და დეპრესიის იდენტიფიცირებას და მართვას, მათ შორის ფსიქოსოციალური ჩარევებით.

საბოლოო ჯამში, სათემო ამბულატორიულ ცენტრებსა და სათემო სერვისებში არსებული გამოწვევები აფერხებს პროგრამით განსაზღვრული მიზნის „ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის ტვირთის შემცირების“ მიღწევის შესაძლებლობას.

ხარისხიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საცხოვრებელთან მაქსიმალურად ახლოს მიწოდების აუცილებლობა ქვეყანამ აღიარა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ევროპულ სამოქმედო გეგმის“ მხარდაჭერით, რომელიც მოუწოდებს წევრ სახელმწიფოებს, პირველადი ჯანდაცვა აქციონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის ხელმისაწვდომობის პირველად პუნქტად, განსაკუთრებით ფართოდ გავრცელებულ ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის კუთხით. გარდა ამისა, ფსიქიკური ჯანდაცვის ინტეგრაცია პირველად სამედიცინო დახმარებაში, ახდენს სტიგმისა და დისკრიმინაციის მინიმუმაციას და ამცირებს ადამიანის უფლებების დარღვევის რისკს.

2020 წელს, კორონავირუსის პანდემიასთან დაკავშირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სამართავად, ჯანმოსა და აჭარის ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ერთობლივი ექვსთვიანი პროექტის ფარგლებში, უკვე განხორციელდა მსგავსი პროექტის პილოტირება თბილისსა და ბათუმში. მიზანშეწონილია აღნიშნულის შეფასება, რათა შეიქმნას გაუმჯობესებული მოდელი (სათანადო სასწავლო სესიების უზრუნველყოფით) პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში ჩართვის მიზნით. ასევე, მნიშვნელოვანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების ინფორმირება და წახალისება, რათა მიაკითხონ პჯდ დაწესებულებებს.

¹² ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტეგრაცია პირველად მზრუნველობაში: გლობალური პერსპექტივა, გამოქვეყნებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/ (ნანახია 19.04.2021)

4. ექსკლუზიურ ვერტიკალურ პროგრამებთან დაკავშირებული სირთულეები

მრავალი კვლევით ნაჩვენებია, რომ პირებს, რომლებიც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს მოიხმარენ, ხშირად, სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობა უვითარდებათ და, პირიქით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების უმრავლესობას ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემები აღენიშნება. სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული ეროვნული კვლევებით გამოვლენილია, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების 50%-ს წამალ და ალკოჰოლმოხმარებით გამოწვეული აშლილობები აქვთ¹³.

სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით, საქართველოში ფსიქიატრია და ნარკოლოგია ერთმანეთისგან გამიჯნული სპეციალობებია და, შესაბამისად, განსვავებული კანონმდებლობა და მკურნალობის პროგრამები აქვთ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის პროგრამები წარმოადგენენ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ვერტიკალურ, ერთმანეთისგან დამოუკიდებელ მიზნობრივ პროგრამებს. ამიტომ, პირს, რომელსაც როგორც ნარკოლოგიური, ასევე ფსიქიკური პრობლემები აღენიშნება მკურნალობის პროცესში მთელი რიგი დაბრკოლებები ექმნება. ფსიქიატრიულ სერვისებში ნარკოლოგიური დიაგნოზების მკურნალობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსდება და პირიქით, ნარკოლოგიურ სერვისებში ფსიქიკური და ქვევითი აშლილობების მკურნალობა ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული არაა, რაზეც არაერთხელ იქნა მითითებული სახალხო დამცველის სპეციალურ ანგარიშებში სხვადასხვა წლებში¹⁵.

აღსანიშნავია, რომ ევროკავშირის მიერ დაფინანსებით ფუნქციონირებს ფსიქოსოციალური სერვისის მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის (კლუბი სინერგის თბილისსა და ბათუმში), სადაც ხდება პრევენციული და სამკურნალო ჩარევები ემოციური და ქვევითი პრობლემების და მათ შორის, ადიქტური ქვევების დროს.

5. ადამიანური რესურსების სიმცირე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის განვითარება შეუძლებელია სათანადო ადამიანური რესურსების გარეშე. არსებულ ვითარებაში მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიატრიული პროფილის სპეციალიზებული ექთნების, სერტიფიცირებული სოციალური მუშაკების და კლინიკური ფსიქოლოგების ნაკლებობა. სოციალური მუშაკებისა და კლინიკური ფსიქოლოგების რეგულირება ჯანდაცვის სექტორის მიერ არ ხდება.

¹³ Santucci K. Psychiatric disease and drug abuse. *Curr Opin Pediatr.* 2012;24(2):233-237. doi:10.1097/MOP.0b013e3283504fbf.

¹⁴ Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol.* 2012;35(5):235-243. doi:10.1097/WNF.0b013e318261e193

¹⁵ საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიშები საქართველოს მოსახლეობის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ. <https://www.ombudsman.ge/geo/saparlamento-angarishebi>

სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი (საქართველო: 6.4 ასიათას მოსახლეზე; 11.9 მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების საშუალო), 12 ბავშვთა ფსიქიატრი, (საქართველო: 0.3 ასიათას მოსახლეზე; 1.19 მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების საშუალო), 22 ფსიქოთერაპევტი და 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, (საქართველო: 0.8 ასიათას მოსახლეზე; 9.04 მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების საშუალო), 242 ფსიქიატრიის ექთანი (საქართველო: 1.1 ასიათას მოსახლეზე; 23.5 მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების საშუალო), და 13 სოც. მუშაკი (საქართველო: 0.3 ასიათას მოსახლეზე; 2.6 მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების საშუალო),¹⁶. ფჯ სისტემის ფუნდამენტალურ პრობლემას მისი კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ეს პრობლემა პირობითად შეიძლება დაიყოს ორ გამოწვევად: 1) ადამიანური რესურსების რაოდენობის ჯანმოს ნორმატივებთან შესაბამისობაში მოყვანა და ქვეყნის მასშტაბით მათი სწორი განაწილება; 2) საგანმანათლებლო/სასწავლო პროგრამების მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა, რათა ბენეფიციარებმა მიიღონ კვალიფიციური დახმარება.

გასულ წლებში, ევროკავშირის და სხვა საერთაშორისო პარტნიორების დახმარებით, ფსიქიატრიული პროფილის ექთნების გადამზადების კუთხით რამდენიმე კარგი ინიციატივა განხორციელდა (მაგ. ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს მიერ მომზადებული 12 დღიანი სატრენინგო პროგრამის პირველი 12 მოდული საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს ციხეებში მომუშავე 15 ექთნისთვის). თუმცა ამ ინიციატივებს მხოლოდ მოკლევადიანი ეფექტი ჰქონდა, რაც აიხსნება ერთი მხრივ, ექთნების მხრიდან დაინტერესების ნაკლებობით, მეორეს მხრივ, ტრენინგების უწყვეტობის მექანიზმების და შემდგომი სტიმულების სისტემის არარსებობით.

დღეისთვის ქვეყანაში არ მოქმედებს მინიმალური სტანდარტი, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა სერვისში მედპერსონალის და სხვა სპეციალისტების რაოდენობას განსაზღვრავს. ამასთან, განსაკუთრებით რეგიონებში, არის კვალიფიციური კადრის დეფიციტი, რამეთუ, ძირითადი ბირთვი სპეციალისტებისა ქალაქებშია თავმოყრილი. აღნიშნული გარემოება ზოგან ქმნის კადრის სიმცირეს, ხოლო ზოგან სიჭარბეს, რაც ორივე შემთხვევაში უარყოფითად აისახება მომსახურების მიწოდების ხარისხზე.

კვალიფიციური კადრების დეფიციტის პრობლემა პირობითად შეიძლება დავყოთ ორ ნაწილად: 1) ადამიანური რესურსების რაოდენობის შესაბამისობაში მოყვანა ჯანმოს ნორმატივებთან და მათი სწორი განაწილება ქვეყნის მასშტაბით; 2) საგანმანათლებლო/სასწავლო პროგრამების შესაბამისობაში მოყვანა მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან, WHO Human Resources and training in Mental Health – გამოყენებით.

ბენეფიციარზე ზრუნვის კოორდინაცია და უწყვეტი ზრუნვის უზრუნველყოფა, შინაგანი და გარეგანი რესურსების მოძიება და გაძლიერება შესაძლებელია მხოლოდ მულტიდისციპლინარული მიდგომით. სტაციონარში მკურნალობის შემდეგ, აღდგენის

¹⁶ WHO. The Mental Health Atlas, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2017>

ეტაპის სათანადოდ განხორციელებისთვის საჭიროა პაციენტის მდგომარეობას მართავდეს მულტიდისციპლინური გუნდი, რომელშიც შედიან ექიმები, ექთნები, სოციალური მუშაკები, ფსიქოთერაპევტები და ოკუპაციური თერაპევტები. თუმცა, ამ უკანასკნელის მწვავე დეფიციტია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში. ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ასევე უნდა იყოს უზრუნველყოფილი სპეციალისტთა მულტიდისციპლინური მიდგომა.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უფლებების დაცვა და მათი უფლებრივი მდგომარეობის გაუმჯობესება ამ სტრატეგიის მთავარი ღერძია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ჩართული ბენეფიციარების უფლებების დაცვა ევალება ყველა პროფესიონალს. ხოლო უფლებების დაცვაზე მეთვალყურეობა და საჭიროებისას, თემში ადვოკატირება სოციალური მუშაკის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი მოვალეობაა. დეინსტიტუციონალიზაციის პერიოდში სოციალური მუშაკი არის ერთ-ერთი ყველაზე აქტიური ფიგურა, რომელმაც პაციენტის თემში დასაბრუნებლად უნდა მოიძიოს და შეისწავლოს საცხოვრებელი გარემო, მხარდამჭერი სისტემები და საჭიროებისას გააძლიეროს ისინი. ამიტომ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში კვალიფიციური სოციალური მუშაკი არის ერთ-ერთი ყველაზე მოთხოვნადი კადრი და ამავდროულად დიდი გამოწვევა. უნდა აღინიშნოს, სოციალური მუშაკების კვალიფიკაციასთან დაკავშირებული შემდეგი პრობლემები: დასაქმებულთა ნაწილი არ არის განათლებით სოციალური მუშაკი, მოქმედ სოციალურ მუშაკებს (რომელთაც აქვთ შესაბამისი განათლება) არ აქვთ გავლილი ტრენინგები ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში, და ბოლოს, არარსებობს უწყვეტი განათლება სოციალური მუშაობის სფეროში.

კიდევ ერთი პრობლემა, რომელიც საჭიროებს გადაჭრას, მდგომარეობს შემდეგში: საქართველოს მოსახლეობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დროს სტიგმის გამო ძირითადად მიმართავს ნევროლოგს, თუმცა, რადგან ნევროლოგიის და ფსიქიატრიის კომპეტენციების გამიჯნულია, აღნიშნულმა, შესაძლოა პოტენციური საფრთხე შეუქმნას მკურნალობის გამოსავლებს.

6. ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების, მართვისა და კონტროლის ნაკლოვანებები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის პოლიტიკისა და მარეგულირებელი გარემოს განმსაზღვრელ სტრუქტურას წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტრო, მინისტრის სათათბირო ორგანოს - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭოს მეშვეობით. დებულების მიხედვით, სამინისტროს კომპეტენციაა:

- სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლი და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისათვის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება, განხორციელება და კონტროლი;
- საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის გამიჯნული სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება, დამტკიცება, განხორციელების კონტროლისა და შედეგების მონიტორინგი;

- ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების მიწოდების წესების, პირობებისა და ნორმატივების შემუშავება და მათი შესრულების კონტროლი;
- სახელმწიფო ნებართვებისა და ლიცენზიების გაცემის უზრუნველყოფა და სანებართვო/სალიცენზიო პირობების შესრულების შერჩევითი კონტროლი;
- საექიმო საქმიანობის სფეროში სპეციალისტთა სერტიფიცირების პროცესის ორგანიზება;
- სამედიცინო პერსონალის დიპლომის შემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ფუნქციონირების მიზნით ნორმატიული ბაზის მომზადება და აღნიშნული პროცესის ორგანიზება;
- პროფესიული რეგულირების მექანიზმების (მ.შ., საექიმო სპეციალობათა ნუსხის) შემუშავება;
- საქართველოში მიმოქცევაში არსებულ სამკურნალო საშუალებათა ხარისხის კონტროლი;

სამინისტრო, საკუთარ ფუნქციებს ახორციელებს სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირების მეშვეობით. ესენია სსიპ - ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო; სსიპ - სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო; სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; სსიპ - საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი და სსიპ - სახელმწიფო ზრუნვისა და ტრეფიკინგის მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დახმარების სააგენტო.

სსიპ - ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო¹⁷, არის უფლებამოსილი ორგანო, რომელიც, სხვა ფუნქციებთან ერთად, ახდენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებას, საჭირო დანახარჯებისა და რესურსების პროგნოზირებას; რესურსების ხარჯვის მიმდინარეობის ანალიზს და სერვისების განვითარება/სრულყოფისთვის საჭირო ღონისძიებების შემუშავებაში მონაწილეობას.

სსიპ - „სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტო“¹⁸ ახორციელებს სახელმწიფო კონტროლს სამედიცინო, საექიმო საქმიანობის, სამედიცინო-სოციალური ექსპერტიზის, საადმინისტრაციო საქმიანობის, წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის სფეროში. წარმოადგენს უწყებას, რომელიც პასუხისმგებელია სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირებასა და სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირებაზე, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით.

სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მანდატია დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და პრევენცია; ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და რისკების მონიტორინგი, შეფასება და ანალიზი; ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, მოსახლეობის განათლება და ინფორმირება და ა.შ.

საქართველოს სახალხო დამცველი არის კონსტიტუციური ინსტიტუტი, რომელიც ზედამხედველობს ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვას. იგი ავლენს

¹⁷ <https://nha.gov.ge/storage/files/shares/Cvens%20Sesaxeb/NHA%20NEW%20STATUTE.pdf> (ნანახია 23.04.2021)

¹⁸ <http://www.rama.moh.gov.ge/geo> (ნანახია: 23.04.2021)

ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დარღვევის ფაქტებს და ხელს უწყობს დარღვეული უფლებებისა და თავისუფლებების აღდგენას. საქართველოს სახალხო დამცველი მანდატის ფარგლებში, რეგულარულად ამოწმებს დაკავებულ, პატიმრობაში მყოფ ან სხვაგვარად თავისუფლება შეზღუდულ პირთა და მსჯავრდებულთა, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, მოხუცთა თავშესაფრებსა და ბავშვთა სახლებში მოთავსებულ პირთა მდგომარეობას და მათდამი მოპყრობას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სახეზეა ევროპული ქვეყნების მსგავსი თანამედროვე ადმინისტრაციული სტრუქტურა, თუმცა, შესაქმნელია დეცენტრალიზებული სისტემის მართვისა და კონტროლის ჩვეული ინსტრუმენტები, რაც ხშირად არის აღნიშნული საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო ანგარიშებში საქართველოს მოსახლეობის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ეფექტური მართვისთვის აუცილებელი საინფორმაციო სისტემა სუსტადაა განვითარებული და არ უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის, სანდო ინფორმაციას ფსიქიკური ჯანმრთელობის ავადობის, პრევალენტობის და სიკვდილიანობის შესახებ მიზეზების მითითებით (საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს - Expertise France კვლევა: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა საქართველოში).

ასევე მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით არსებულ რესურსებსა და მათ გამოყენებაზე სანდო ინფორმაციის ფლობა. აღნიშნული მიმართულებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეესტრის შექმნაზე საფრანგეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით უკვე დაწყებულია მუშაობა.

მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების ოდენობა. 2017 წლიდან ფსიქიკური ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი ყოველწლიურად იზრდება და მნიშვნელოვნად სათემო სერვისების განვითარებაზეა ორიენტირებული. 2021 წელს პროგრამის ბიუჯეტი 28.9 მლნ. ლარამდე გაიზარდა და სტაციონარულ და სათემო სერვისებს შორის თანაფარდობა 39% : 61% შეადგენს. თუმცა, ფინანსური რესურსების ყოველწლიური ზრდის მიუხედავად, კვლავ, მთელი რიგი პრობლემები აღინიშნება, კერძოდ, მწვავე სტაციონარული საწოლების ნაკლებობა, საცხოვრისების და სხვა სათემო სერვისების არასაკმარისი რაოდენობა, კვალიფიციური კადრის დეფიციტი, აღდგენაზე ორიენტირებული ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის სირთულეები და ა.შ., რისი აღმოფხვრაც შესაბამისი ფინანსური რესურსის გარეშე შეუძლებელია. გასათვალისწინებელია, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯებში ფსიქიკური ჯანდაცვის წილი მხოლოდ 2%-ია. 2017 წელს ჯანმოს მიერ გამოქვეყნებული „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასი“ იძლევა საშუალებას შედარდეს საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის ბიუჯეტის წილი სხვა ქვეყნის მონაცემებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე გამოყოფილი ხარჯების წილით საფრანგეთი (15%) და გერმანია (11%) ლიდერობს. ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 2.6%-დან 5%-მდე მერყეობს. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების 1,7% იხარჯება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე.

სტრატეგიის გრძელვადიანი ხედვა და სექტორული პრიორიტეტები

სტრატეგიის გრძელვადიანი ხედვა, მიზანი და ამოცანები

სტრატეგიის გრძელვადიანი ხედვას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უფლებების პატივისცემა, ცხოვრების უმაღლესი ხარისხის მიღწევის თანაბარი შესაძლებლობის უზრუნველყოფა სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირების გზით.

მიზანი: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა ავადობისა და დაინვალიდების ტვირთის შემცირება.

სტრატეგიის სიტუაციის ანალიზში წამოჭრილ ძირითად პრობლემათა გადაჭრის მიზნით, მაკოორდინირებელი ორგანოს მიერ შემუშავდა შემდეგი ამოცანები

ამოცანა 1: ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, მხარდაჭერა და მათი ოჯახების კეთილდღეობის უზრუნველყოფა;

ამოცანა 2: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უფლებების დაცვა და სტიგმის შემცირება;

ამოცანა 3: ხარისხიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საცხოვრებელთან მაქსიმალურად ახლოს მიწოდება;

ამოცანა 4: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ადიქციის მქონე პირთა მკურნალობის ხელშეწყობა;

ამოცანა 5: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ადამიანური რესურსების განვითარება;

ამოცანა 6: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის რეგულირება, მართვა, კონტროლი და ფინანსური რესურსების უზრუნველყოფა.

წარმოდგენილი მიზანი და ამოცანები დაკავშირებულია გაეროს მდგრადი განვითარების (SDGs) მესამე მიზანთან (3.4 და 3.8 ამოცანა).

წინამდებარე სტრატეგიას თან ახლავს ლოგიკური ჩარჩო, რომელიც წარმოადგენს მის განუყოფელ ნაწილს.

ამოცანების ფორმულირება განხორციელდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭოს ფორმატში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე საერთაშორისო და ეროვნული ექსპერტების და პროფესიული ასოციაციების აქტიური ჩართულობით.

ამოცანა 1. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, მხარდაჭერისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობის უზრუნველყოფა

ქვეყანაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა. წინამდებარე სტრატეგიის იმპლემენტაციის შედეგად, ბავშვები და მოზარდები ისარგებლებენ სპეციალურად მათზე მორგებული სერვისებით.

ამ პრიორიტეტის დანერგვისთვის ერთ-ერთი პირველი ნაბიჯია ფსიქიატრების, სპეციალიზებული ექთნების, კლინიკური ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების,

ადიქტოლოგების და სპეციალური პედაგოგების¹⁹ გადამზადება, რომელთა გარეშე შეუძლებელია ბავშვებისა და მოზარდებისათვის განკუთვნილი სერვისების განვითარება.

საქართველოს იმ ქალაქებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 20,000 მოსახლეს, შეიქმნება ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები, რომლებიც გახდება ბავშვებისა და მოზარდების ფჯ პრობლემების მართვის უმნიშვნელოვანეს მექანიზმი, სადაც განხორციელდება ბავშვებისა და მოზარდების ვიზიტები კვირაში 1-დან 3-ჯერ - ფსიქოთერაპიის, ჯგუფური თერაპიის, სპეციალური სწავლებისა და განათლების მიწოდების მიზნით. ფჯ ცენტრები, ასევე, უზრუნველყოფენ ოჯახურ თერაპიასა და, საჭიროების შემთხვევაში, ოჯახებში ვიზიტებს. ხოლო, იმ ქალაქებში, დაბეგსა თუ დასახლებულ პუნქტებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება 5000-ს, შეიქმნება ბავშვთა და მოზარდთა საკონსულტაციო ცენტრები და სამსახურები, რომელიც მათ მომსახურებას გაუწევს მოთხოვნისთანავე, ნებისმიერ დროს, უშუალოდ ან/და ტელემედიცინის სერვისების დახმარებით.

მაქსიმალურად მოხდება ბავშვებისა და მოზარდების ჰოსპიტალიზაციის თავიდან არიდება. ჰოსპიტალიზაცია მოხდება მხოლოდ მოკლე ვადით, შეფასების ან ოჯახისგან მოკლევადიანი იზოლაციის მიზნით.

სულ მცირე, ბათუმსა და საქართველოს ერთ ან ორ დიდ რეგიონში, შეიქმნება 3-4 საწოლიანი მწვავე, ე.წ. კრიზისული სტაციონარული განყოფილებები ბავშვებისთვის, სასურველია, ისეთ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში (ან იმგვარი საავადმყოფოს სიახლოვეს), რომელსაც აქვს პედიატრიული მომსახურება და სხვა ამბულატორიული რესურსები.

ბავშვები და მოზარდები, რომლებსაც აღენიშნებათ შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობები და იმყოფებიან სტაციონარში ან დაწესებულებებში, შეფასდებიან ინდივიდუალურად, ფსიქიატრიულ მკურნალობის საჭიროების განსაზღვრის მიზნით. ორგანული მიზეზებით გამოწვეული შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობების მქონე პირების ოჯახში დარჩენისთვის, ამოქმედდება პერსონალური ასისტენტის სერვისი, ისევე, როგორც შეიქმნება სპეციალური მცირე ზომის საცხოვრისები, რომლებიც დაფინანსდება სოციალური/ჯანდაცვის პროგრამებით. სპეციალური საჭიროების მქონე ბავშვებისა და მოზარდების ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლებში სწავლის ხელშეწყობის მიზნით, მოხდება სპეციალური პედაგოგების გადამზადების უზრუნველყოფა. ჩამოყალიბდება რეგულარული და დინამიური კავშირი ბავშვთა და მოზარდთა ფჯ სერვისებსა და სასწავლო დაწესებულებებს შორის.

მოზარდებს, რომლებიც მკურნალობენ ფსიქიკური აშლილობის გამო და რომელთაც, ასევე, აქვთ ადიქციის პრობლემა, ექნებათ ნარკოლოგის და ადიქციის სხვა სპეციალისტების კონსულტაციის და საჭირო სერვისების მიღების შესაძლებლობა მათი მკურნალი ფსიქიატრის და, ზოგადად, მულტიდისციპლინური გუნდის შეფასების საფუძველზე. გუნდური მუშაობა და ჩამოყალიბებული ადიქციისთვის აუცილებელი მკურნალობის ხარჯი

¹⁹ სპეციალური განათლება (აგრეთვე ცნობილია როგორც სპეციალურ საჭიროებებზე ორიენტირებული განათლება, გაძლიერებული განათლება, საგამონაკლისო განათლება) არის ისეთი საგანმანათლებლო პრაქტიკა, რომელიც ითვალისწინებს ინდივიდუალურ განსხვავებებსა და სპეციალურ საჭიროებებს.

დაფინანსდება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. შესაძლებლობის ფარგლებში, ფსიქიკური აშლილობისა და ადიქტური ქცევების მქონე მოზარდების მდგომარეობის მართვა განხორციელდება სპეციალურ განყოფილებებში, რომლებიც გამოყოფილი იქნება ზრდასრულებისა და მცირეწლოვანი ბავშვების განყოფილებებისგან.

სერვისების დაგეგმვისთვის განხორციელდება იმ ბავშვთა და მოზარდთა დამხმარე საცხოვრებელი დაწესებულების საჭიროებების შეფასება, რომელთაც არ აქვთ საკუთარ ოჯახებში დარჩენის საშუალება და საჭიროებებიდან გამომდინარე, საცხოვრებელი პირობებით უზრუნველყოფა. ასევე მოხდება აუტისტური სპექტრის აშლილობების მქონე ბავშვთა სპეციფიკური საჭიროების შეფასება და საჭიროებებზე მორგებული ზრუნვის სისტემის გაფართოება.

სერვისების დაგეგმვისას, გათვალისწინებული იქნება ბავშვების და მოზარდების მოსაზრებები. შეიქმნება ახალგაზრდული საბჭო ან კომიტეტი, რომლის ფორმატშიც მოზარდებს ექნებათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან და კეთილდღეობასთან დაკავშირებული სპეციფიკური საჭიროებების ვერბალიზების და შესაბამისად, სამიზნე ასაკობრივ ჯგუფზე მიმართული სერვისების შემუშავებაში ჩართვის საშუალება.

ამოცანა 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უფლებების დაცვა და სტიგმის შემცირება

ადამიანის უფლებების დაცვა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების არა დამატებით, არამედ ძირითად ღირებულებას, რომელსაც ნებისმიერი მომსახურება უნდა ეფუძნებოდეს. ქვეყანაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სისტემაში, ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით არსებული გამოწვევების დასაძლევად, წინამდებარე სტრატეგიის ერთ-ერთი ამოცანა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანის უფლებათა სტანდარტების, მათ შორის, საერთაშორისო სტანდარტების განხორციელებაა და ის არ შემოიფარგლება პაციენტის უფლებებით, არამედ მიზნად ისახავს ადამიანის უფლებების აღიარებას ფართო კონტექსტში, მათ შორის დამოუკიდებელი ცხოვრების, განათლების, დასაქმების უფლებებს და ა.შ.

წინამდებარე სტრატეგია სრულად აღიარებს იმ მიდგომას, რომ ფსიქიკური პრობლემების გამოცდილების მქონე პირები/სერვისის მომხმარებლები მონაწილეობენ საკუთარი მკურნალობისა და მოვლის დაგეგმვასა და შეფასებაში. ასევე მნიშვნელოვანია მათი ჩართულობა პოლიტიკის განსაზღვრის დონეზე: ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების დაგეგმვაში, უზრუნველყოფასა და მონიტორინგში, მათ შორის, სტრატეგიული და სამოქმედო გეგმების, შესაბამისი კანონმდებლობისა და პოლიტიკის შემუშავებაში.

ზემოაღნიშნულ პროცესებში სერვისის მომხმარებლების ჩართულობის ხელშეწყობისთვის, საერთაშორისო სტანდარტებზე, მათ შორის, გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენციაზე და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებზე დაყრდნობით, საქართველოს

მთავრობის მიერ მოხდება საკანონმდებლო ცვლილებების ინიცირება²⁰. საკანონმდებლო ინიციატივაში ასახული იქნება ფსიქიკური პრობლემების გამოცდილების მქონე პირთა მონაწილეობა მომსახურების დაგეგმვაში, მონიტორინგში და მიწოდების პროცესში (ე.ი. თანასწორთა მხარდაჭერა). კანონპროექტი ასევე გაითვალისწინებს ქმედუნარიანობის (გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მხარდაჭერის უზრუნველყოფა) და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების საკითხებს. აქვე დაზუსტდება მომსახურების სარგებლობასთან დაკავშირებული პირის გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერის გზები. კანონპროექტში აისახება აღდგენაზე ორიენტირებულ მიდგომა და დადგინდება არანებაცხოვლობითი ზომების ალტერნატივები. საკანონმდებლო წინადადებები (მათ შორის, სისხლის სამართლის კოდექსში) ასევე შეეხება ადამიანისა და პაციენტის უფლებების დარღვევისთვის სანქციების მნიშვნელოვნად გამკაცრებას.

საკანონმდებლო ინიციატივა ასევე გაითვალისწინებს პაციენტის წარმომადგენლებისთვის (როგორც კანონიერ წარმომადგენლებს, ისე - იურიდიულ მრჩეველებსა და ადვოკატებს) ერთგვარ გარანტიას და საშუალებას, ნებისმიერ დროს შეხვდნენ და კონფიდენციალურ გარემოში გაესაუბრონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებსა და დაწესებულებებში მოთავსებულ პირებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებში და დაწესებულებებში მომუშავე ყველა თანამშრომელი გადამზადდება „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის, ასევე მათი მომსახურებისთვის რელევანტური სხვა კანონებისა და ადამიანის უფლებების სტანდარტების მიმართულებით. ტრენინგები ადამიანის უფლებებზე (WHO-ს „ხარისხი და უფლებები“ ტრენინგის ჩათვლით) ჩატარდება ზოგადი პროფილის ექიმებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების თანამშრომლებისთვის.

სერვისის მომხმარებელთა უფლებების რეალიზებისთვის, გაძლიერდება მუშაობა პერსონალის უფლებების დასაცავად. პერსონალის რაოდენობა, ხელფასი და სამუშაო პირობები დაიგეგმება მათ მიერ შესრულებული სამუშაოს შესაბამისად. პერსონალს ასევე ექნება წვდომა უწყვეტ განათლებაზე კვალიფიკაციის ასამაღლებლად.

ფსიქიატრიაში არანებაცხოვლობითი ზომები წარმოადგენს ადამიანის უფლებათა დარღვევებს და უნდა შეიცვალოს შესაბამისი ალტერნატივებით, WHO²¹-ს სახელმძღვანელო პრინციპების თანახმად. სამინისტრო შესაბამის სტრუქტურებთან ერთად უზრუნველყოფს არანებაცხოვლობითი ზომების მაჩვენებლების შეფასებას და მონიტორინგს მათი გამოყენების მიზეზების დასადგენად და პრევენციის ზომების შესადგენად.

ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სახალხო დამცველის აპარატის და სხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართულობით მომზადდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში უფლებებთან დაკავშირებული გასაჩივრების და მათზე რეაგირების მექანიზმები.

²⁰ Expertise France-ის (საფრანგეთის განვითარების სააგენტო) მიერ წარმოდგენილი სამუშაო ვარიანტის საფუძველზე.

²¹ **Freedom from coercion, violence and abuse.** WHO QualityRights Core training: mental health and social services <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329582/9789241516730-eng.pdf>
Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებმა უნდა მიიღონ ინფორმაცია თავიანთი უფლებებისა და სერვისების სტანდარტების შესახებ. ჯანდაცვის სამინისტრო არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით შექმნის საინფორმაციო ბროშურას ადამიანისა და პაციენტის უფლებებთან დაკავშირებით, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება ყველა პაციენტისათვის, ვინც სარგებლობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერი მომსახურებით. სახალხო დამცველის აპარატისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარებით, მომზადდება პრაქტიკული მექანიზმები, რომლის მეშვეობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მომხმარებლებს, განსაკუთრებით სტაციონარის პაციენტებს ექნებათ წვდომა იურიდიულ დახმარებაზე ადამიანის უფლებების დარღვევებზე რეაგირების მიზნით.

არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და საერთაშორისო პარტნიორებთან თანამშრომლობით, მომზადდება და ჩატარდება სასწავლო კურსები იურისტებისთვის ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებთან კომუნიკაციის თავისებურებების, პაციენტის უფლებების და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საერთაშორისო და ეროვნული კანონმდებლობის თაობაზე.

ჩამოყალიბდება თანასწორთა მხარდაჭერის სისტემა, როგორც ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური, რომელიც ორმაგ მიზანს მოემსახურება: ყოფილი და ამჟამინდელი სერვისის მომხმარებლებისთვის (ანაზღაურებადი) სამუშაოს შესაძლებლობის შეთავაზება; და ფსიქიკური პრობლემების გამოცდილების მქონე ექსპერტების სერვისებში ჩართვა, რაც მნიშვნელოვანი რესურსია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. მოხდება ტრენინგული თანასწორთა მხარდამჭერების ინტეგრაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში, რაც გააძლიერებს სისტემის ადამიანურ რესურსს.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა ფიზიკური ჯანმრთელობის საჭიროებებს, მათ შორის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების გადაწყვეტას განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა. ფსიქიატრული და ზოგადი პროფილის/სპეციალიზებულ საავადმყოფოებს შორის უკეთესი ინტეგრაციის მიზნით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გაძლიერდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებისთვის პრიორიტეტული მომსახურების სერვისი. გაფართოვდება სკრინინგის და სხვა პრევენციულ პროგრამებში (მ.შ. ეპიდემიურ რისკებთან დაკავშირებული ვაქცინაცია) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მონაწილეობის შესაძლებლობა მ.შ. მობილური სერვისების გაძლიერების გზით. სკრინინგის პროგრამები ხელმისაწვდომი იქნება სტაციონარის პაციენტებისთვის და "თავშესაფრების" მაცხოვრებლებისთვის.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტიგმა მნიშვნელოვნად აფერხებს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა უფლებების რეალიზებას, რადგან ხელს უშლის მათ საზოგადოების სრულყოფილ წევრებად აღიარებას. ჯანდაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან ერთად, პრიორიტეტად განსაზღვრავს სტიგმასთან ბრძოლას და შექმნის სპეციალურ საკომუნიკაციო პროგრამას, რომლის ფუნქციაც იქნება:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის დროულად აღმოჩენა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მიმართვიანობის გაზრდა;

- ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების საზოგადოებაში ჩართულობის ხელშეწყობა.

სტიგმასთან საბრძოლველად აუცილებელია პაციენტთა არასამთავრობო ორგანიზაციების ხელშეწყობა (მ.შ. ფინანსური რესურსის მობილიზება) სტიგმის საწინააღმდეგო პროგრამების შექმნისა და ტელევიზიასა და სოციალურ მედიაში გასაშუქებლად.

საერთაშორისო სტანდარტებზე დაყრდნობით, რეგულარულად მოხდება საზოგადოების სტიგმის შეფასება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მიმართ.

ამოცანა 3. საცხოვრებელთან მაქსიმალურად ახლოს ხარისხიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების (თემში) მიწოდება და ტელეფსიქიატრიის სისტემის დანერგვა

დენსტიტუციონალიზაცია ეს არის პროცესი, რომელიც მხარს უჭერს შეზღუდული ფსიქიკური შესაძლებლობის მქონე პირთა ეტაპობრივ გადასვლას ხანგრძლივი დაყოვნების იზოლირებული ინსტიტუციებიდან, მათ ოჯახებსა ან თემზე დაფუძნებულ სერვისებში. დენსტიტუციონალიზაციის პროცესში ასევე მნიშვნელოვანია სტაციონარგარეთა რესურსების არსებობა, რომლებიც მდგომარეობის ეფექტურად მართვას და მარგინალიზაციის შესუსტებას შეუწყობს ხელს. ამიტომ, მკურნალობა თემში, ოჯახთან და ჩვეულ სოციალურ გარემოსთან რაც შეიძლება ახლოს უნდა წარიმართოს.

დენსტიტუციონალიზაციისა და სათემო სერვისების განვითარებისთვის საჭიროა ქვეყანაში არსებული მარეგულირებელი აქტების და სტანდარტების ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინებთან და საერთაშორისო პრაქტიკასთან შესაბამისობაში მოყვანა და დანერგვა. ოჯახის/სოფლის ექიმებისთვის უკვე მომზადებულია დეპრესიისა და დემენციის მკურნალობისა და მართვის გაიდლაინები/პროტოკოლები. მიმდინარეობს მუშაობა შფოთვითი აშლილობების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების, პირველი ფსიქოზური ეპიზოდისა და სუიციდის პრევენციის პროტოკოლებზე. პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში დაგეგმილია ფსიქიკურ ჯანმრთელობის საკითხებზე აქცენტიების გაძლიერება, ტრენინგების ჩატარება და უწვეტი პროფესიული მზადების ვალდებულება.

დასახული მიზნის მისაღწევად, დაიწყება საქართველოს მოსახლეობისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების თემში მკურნალობის უზრუნველყოფა, რისთვისაც, მიზანშეწონილია შემდეგი პროცესების წარმართვა: პირის პირველადი შეფასება ჩატარდეს ოჯახის/სოფლის ექიმის მიერ ან პაციენტის სურვილის შემთხვევაში, ფსიქიატრის მიერ, ოჯახის/სოფლის ექიმის მიმართვის საფუძველზე. მსუბუქი დარღვევის შემთხვევაში, პირის მართვა მოხდეს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, გადამზადებული ოჯახის ექიმის/სოფლის ექიმის მიერ, სერტიფიცირებულ ფსიქიატრთან აუცილებელი კონსულტაციებისა და დანიშნულებების გათვალისწინებით.

საშუალო და მძიმე დარღვევის შემთხვევაში პირი გადამისამართდეს სათემო სერვისებში, სადაც მდგომარეობის შესაბამისი მომსახურება გაეწევა:

- აღნიშნული პაციენტების მკურნალობა მოხდეს სათემო ამბულატორიულ ცენტრში, სადაც უზრუნველყოფილია ბიო-ფსიქო-სოციალური სერვისი, რომელსაც ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი. გუნდში შედიან სპეციალისტები: ფსიქიატრი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი და სხვა. პაციენტის დახმარება ინდივიდუალური გეგმის მიხედვით ხორციელდება. სერვისი გულისხმობს ცალკეული სპეციალისტების კონსულტირებას, მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, სხვადასხვა ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებს და დასაქმებაში დახმარებას.
- სათემო სერვისების ერთ-ერთი სახე იქნება დღის ცენტრები/კლუბები მათთვის, ვისაც აქვთ ფსიქიკური პრობლემები. დღის ცენტრი/კლუბი უზრუნველყოფს დღის აქტივობის სხვადასხვა ტიპს, რაც ემსახურება საჭირო უნარების აღდგენას/შეძენას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. ეს, ასევე, შეიძლება მოიცავდეს, სემინარებს, სასწავლო კურსებს, მაგალითად - კულინარიის გაკვეთილებს, ფიზიკურ ვარჯიშს ან კულტურულ ღონისძიებებს.
- ახალი ტიპის ფსიქოსოციალური ინტერვენციების და აღდგენაზე ორიენტირებული მიდგომების (დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარების ტრენინგი, ოჯახური ფსიქოგანათლება, აღდგენის გეგმა და ა.შ.) დანერგვის ხელშეწყობა მოხდეს სპეციალური ქვეპროგრამებით, რაც გულისხმობს მათ მიზნობრივ დაფინანსებას სხვადასხვა სათემო სერვისებში. შესაბამისად მათი დანერგვა შესაძლებელი გახდება როგორც დღის ცენტრებში/კლუბებში, ისე ამბულატორიებსა და მობილურ გუნდებში.
- იმ პირებისათვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ, ან არ სურთ სათემო ამბულატორიულ ცენტრებში მისვლა დაავადების მართვაში მობილური გუნდები ჩაერთვებიან, რომლებიც პაციენტებს ბინაზე მოემსახურებიან.
- დღეს არსებული მობილური გუნდების გაძლიერებისთვის მათი შემადგენლობა თანდათანობით გამრავალფეროვნდეს და, სულ ცოტა, 5 სპეციალისტამდე გაიზარდოს (აღნიშნული ცვლილებები 2026 წლისთვის დასრულდეს)
- დაიგეგმოს ახალი მობილური გუნდების დამატება მაღალმთიანი რეგიონებისთვის, თუმცა აღნიშნული ადამიანური რესურსების არსებობაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული.
- დღეს არსებული კრიზისული ინტერვენციის სამსახურის რეფორმირება მოხდეს ბრიტანული მოდელის მიხედვით, რაც ბინაზე ინტენსიური მკურნალობის მიწოდებას გულისხმობს. ჯანმოს რეკომენდაციების გათვალისწინებით, ახალი კრიზისული სერვისი დაინერგოს მაღალი რესურსების არეალში. სათემო ამბულატორიული ცენტრების, მობილური ჯგუფების, კრიზისული ინტერვენციის სამსახურის თუ სხვა ახალი სერვისების ფუნქციონირების წესები და სტანდარტები მომზადდეს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით და ქართული რეალობის გათვალისწინებით, სადაც მინიტორინგის მექანიზმებიც იქნება გათვალისწინებული.

დენსტიტუციონალიზაციის იმპლემენტაციის მიზნით, სათემო სერვისების განვითარება (რომლებიც სათემო ამბულატორიებსა და მობილურ გუნდებს მოიცავენ), მოხდება ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და მომსახურების სახელმძღვანელო პაკეტის

(კერძოდ, „ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის მომსახურების მიწოდების დაგეგმვა და ბიუჯეტირება“) მეთოდოლოგიის შესაბამისად.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „ევროპის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმაში“ (2013), რომელიც 52 ქვეყნის მიერაა მიღებული, ნათქვამია, რომ „არსებობს კონსენსუსი, რომ ზრუნვა და მკურნალობა ადგილზე უნდა ხორციელდებოდეს, რადგან დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ხშირად დაუდევარი მოპყრობისა და ინსტიტუციონალიზაციის საწინდარია“. სისტემის განვითარების ხელშესაწყობად, წინამდებარე სტრატეგია მიზნად ისახავს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „ევროპის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმის“ შეძლებისდაგვარად სწრაფად იმპლემენტაციას, რომელიც მიუთითებს, რომ „დიდი დაწესებულებები, რომლებიც ასოცირდებიან გულგრილობასა და არასათანადო მოპყრობასთან, უნდა დაიხუროს“.²²

წინამდებარე სტრატეგიის განხორციელება უზრუნველყოფს იმას, რომ მძიმე ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მკურნალობა, რომელთა მდგომარეობის მართვა ამბულატორიულად შეუძლებელია, მცირე ზომის ფსიქიატრიულ განყოფილებებში ან მცირე დამოუკიდებელი ცხოვრების მხარდამჭერ საცხოვრისებში მოხდეს. ეს მნიშვნელოვნად შეამცირებს სტიგმას, გულგრილობისა და არასათანადო მოპყრობის საფრთხეს და თემში, ოჯახის წევრების და მეგობრების გარემოცვაში, პაციენტის სათანადო სტანდარტით მომსახურებას უზრუნველყოფს.

საქართველოში, მოკლე და რეალისტურ ვადებში, დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ჩანაცვლდება პატარა ფსიქიატრიული სტაციონარებით ან ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული განყოფილებებით (დღის სტაციონარის ჩათვლით, 20-30 საწოლით). ყველა ახალი სერვისი დღის სტაციონარული მომსახურების გაწევასაც შეძლებს. დემენციისა და ინტელექტუალური დარღვევის მქონე პირებისთვის გაფართოვდება ოჯახური ტიპის ან დამოუკიდებელი ცხოვრების მხარდამჭერი საცხოვრისები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების საჭიროებებიდან გამომდინარე, საცხოვრისებში სხვადასხვა დონის დახმარება განხორციელდება. ყველა საცხოვრისი საერთო პრინციპით იქნება ორგანიზებული. კერძოდ, უზრუნველყოფილი იქნება ოჯახური გარემო (ერთ ბინაში ან სახლში უნდა ცხოვრობდეს 4-6 პირი, რომლებსაც ექნებათ საკუთარი ოთახები და საერთო სარგებლობის სივრცეები), ხოლო საჭიროების მიხედვით ჩატარდება სხვადასხვა ინტენსივობის თერაპიული და აღდგენაზე ორიენტირებული ღონისძიებები, რომელთა საბოლოო მიზანი პაციენტის საკუთარ ოჯახში დაბრუნებაა.

სტაციონარული დაწესებულებებიდან ბინაზე ან საცხოვრისებში გაწერის ხელშეწყობისთვის შეიქმნება სპეციალური (გარდამავალი) პროგრამა შესაბამისი სპეციალისტების

²² World Health Organization Mental health action plan 2013-2020,

ჩართულობით, რომლებიც პაციენტებს თემში ცხოვრებისთვის მოამზადებენ და მათ სათემო სერვისებთან კავშირის დამყარებაში დაეხმარებიან.²³

სტრატეგიის მოქმედების ადრეულ ეტაპზე შეფასდება არსებული ფსიქიატრიული სტაციონარები და მომზადდება მათი მცირე ზომის/მულტიპროფილურ სტაციონარებში ინტეგრირებისთვის საჭირო ქმედებების ეტაპობრივად განხორციელების გეგმა.

მნიშვნელოვანია იმის უზრუნველყოფა, რომ პაციენტი (გარდა იმ პირისა, რომელსაც ესაჭიროება სასამართლო-სამედიცინო ფსიქიატრიული სერვისები) სტაციონარული ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან ბინაზე ან საცხოვრისში გაეწეოს, როგორც კი დღის წესრიგში აღარ დადგება მისი სტაციონარული მკურნალობის საჭიროება; ასეთ პირებს შესაბამისი საგანმანათლებლო, სოციალური ან ფსიქიატრიული ზრუნვა და მკურნალობა სათემო სერვისებმა უნდა გაუწიონ.

ახალი კორონავირუსის პანდემიამ დაანახა მსოფლიოს ელექტრონული ჯანდაცვის, კერძოდ კი ტელემედიცინის დანერგვის მნიშვნელობა.

ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის განმარტებით, ტელემედიცინა არის ტექნოლოგიის საშუალებით ჯანდაცვის სერვისების დისტანციური მიწოდება, ხშირად, ვიდეო კონფერენციის გამოყენებით²⁴. ტელეფსიქიატრია ტელემედიცინის ნაირსახეობაა, რომლის გამოყენებაც შესაძლებელია მთელი რიგი სერვისების მიწოდების პროცესში, რაც მოიცავს ფსიქიატრიულ შეფასებას, თერაპიას (ინდივიდუალური, ჯგუფური და საოჯახო თერაპია), პაციენტის განათლებას და მედიკამენტების მიღების უზრუნველყოფას. იგი ხორციელდება ფსიქიატრსა და პაციენტს შორის პირდაპირი ურთიერთობით. იგი ასევე მოიცავს ფსიქიატრის მიერ პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისთვის კონსულტაციების გაწევასა და საექსპერტო რჩევების მიცემას. ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება შესაძლებელია ელექტრონული, ინტერაქტიული კომუნიკაციით. იგი ასევე შეიძლება მოიცავდეს სამედიცინო ინფორმაციის ჩაწერას (გამოსახულებები, ვიდეოები და ა.შ.) და აღნიშნულის გაგზავნას შორ დისტანციაზე მოგვიანებით განხილვისთვის. განსაკუთრებით საჭიროა ტელემედიცინის განვითარება საქართველოს შედარებით იზოლირებულ რეგიონებში.

ამოცანა 4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ნარკოლოგიური პრობლემების მქონე პირთა მკურნალობის უზრუნველყოფა

სტრატეგიის განხორციელების პერიოდში მოხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიით დაავადებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სერვისების იმგვარი კოორდინაცია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის

²³ ვიგოდ სნ, კურდიაკ პა, დენის კ, ლემზ ტ, ტეილორ ვკ, ბლუმბერგერ დმ, ზაიც დ.პ. *გარდამავალი ჩარევა ზრდასრულებში ადრეული ფსიქიატრიული რეადმისიის შემცირება: სისტემატური მიმოხილვა*. ფსიქიატრიის ბრიტანული ჟურნალი. 2013.

²⁴ American Psychiatric Association (APA) Telepsychiatry Toolkit
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit>

სისტემაში ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირი უზრუნველყოფილი იყოს შესაბამისი მომსახურებით.

სამინისტრო, დარგის სპეციალისტების მონაწილეობით, მოამზადებს გრძელვადიან პერსპექტივაში ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის მკურნალობის ეტაპობრივი შერწყმის კონცეფციას და გეგმას. მოკლევადიან პერსპექტივაში, მიმდინარე სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში უზრუნველყოფილი იქნება ნარკოლოგების ჩართვა კონსულტანტებად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში.

ამოცანა 5. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ადამიანური რესურსების განვითარება

წინამდებარე სტრატეგია 2022-2030 წლებში ფსიქიატრიულ მომსახურებაში ახალი მიდგომების დანერგვას და პარადიგმის ცვლილებას ითვალისწინებს. შესაბამისად, ეს სერვისები უზრუნველყოფილი უნდა იყოს კადრებით, რომელთა საჭირო რაოდენობა და კვალიფიკაცია არის ყველაზე დიდი გამოწვევა და ამავდროულად, მნიშვნელოვანი კომპონენტი ხარისხიანი მომსახურების გაწევისთვის.

ბავშვთა და მოზარდთა მკურნალობის მიმართულებით გადამზადების საჭიროებაზე უკვე იყო საუბარი N1 პრიორიტეტის ნაწილში, ხოლო ადამიანის/პაციენტთა უფლებების მიმართულებით ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში დასაქმებული პერსონალის სწავლებასთან დაკავშირებული საკითხები განხილულია N2 პრიორიტეტის ნაწილში.

სტრატეგიის განხორციელების ადრეულ ფაზაში ჩატარდება ადამიანური რესურსების/კადრების საჭიროების შეფასება და შემდგომ შემუშავდება ადამიანური რესურსების განვითარების გრძელვადიანი გეგმა. ასევე მოხდება კადრების რაოდენობის განსაზღვრა ყოველი ტიპის სერვისსა და დაწესებულებაში, რათა მოხდეს სტრატეგიის იმპლემენტაციის უზრუნველყოფა.

მნიშვნელოვანია პერსონალის საშტატო ერთეულის დაბალანსება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა სერვისში. ამისთვის მოხდება ჯანმრთელობის სფეროში დასაქმებული ადამიანების რესურსის გამოყენება, მათი გადამზადება, ახალი კადრებით შევსება და დიდ ქალაქებში აკუმულირებული საკადრო რესურსის რეგიონებში გადანაწილება, რაც იქნება მათთვის მიზიდველი შემოთავაზებებით გამყარებული (ხელფასი, ბონუსი, საცხოვრებელი და სხვ.).

ჯანდაცვის სამინისტრო განათლების სამინისტროსთან და საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან ერთად უზრუნველყოფს ფსიქიატრების დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი განათლების კურიკულუმის განახლებას. საერთაშორისო პარტნიორებთან და უცხოეთში მოღვაწე ექიმებთან თანამშრომლობით სამინისტრო კოორდინაციას გაუწევს ფსიქიატრებისთვის უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამების შემუშავებას და დანერგვას.

განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა სერვისებში დასაქმებული პერსონალის ტრენინგს არამალადობრივი მართვის მეთოდებში, მათ შორის WHO Quality Rights მიერ შემუშავებული ტრენინგ მოდულების მიხედვით. ასევე მოხდება პერსონალის ტრენინგი აღდგენის (recovery) კონცეფციაში, რაც ასევე შემუშავებულია WHO Quality Rights მიერ.

სამინისტრო კოორდინაციას გაუწევს ოჯახის ექიმების/პედიატრების ტრენინგებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში, რათა მათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის დროული იდენტიფიცირება და სწორი რეფერირება შესძლონ.

ფსიქიატრიული სათემო მომსახურების მნიშვნელოვანი კომპონენტია ბენეფიციარების, მათ შორის, ბავშვების ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. ამიტომ, ჰოლისტური ზრუნვის უზრუნველყოფისთვის პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სპეციალისტებსა (ექიმების/პედიატრები/ენდოკრინოლოგები და სხვ.) და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებს შორის თანამშრომლობის ხელშეწყობა უაღრესად მნიშვნელოვანია. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა ისეთ სპეციფიკურ საკითხებს როგორცაა რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, დედობისთვის მომზადება, ფეხმძიმობის მიმდინარეობა და მშობიარობის დაგეგმარება.

სამინისტრო და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭო ჩამოაყალიბებს სამუშაო ჯგუფს, რომელიც განსაზღვრავს თითოეული სერვისისთვის ადამიანური რესურსების მინიმალურ სტანდარტს, მოამზადებს საკადრო პოლიტიკას და დაგეგმილ მიზნობრივ ტრენინგებს გაუწევს მონიტორინგს.

ქვემოთ მოყვანილია პრიორიტეტული ტრენინგების ჩამონათვალი და მათი განხორციელების ოპტიმალური ვადები:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი სოციალური მუშაკებისთვის სოციალურ მუშაობაში სერტიფიცირების კურსის გავლა
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სოციალური მუშაკების (მათ შორის ბავშვებთან მომუშავე სოც. მუშაკების) ტრენინგება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში და ახალ მიდგომებში
- ოკუპაციური თერაპევტების კადრების დეფიციტის გამო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სპეციალისტებს მიეცათ შესაძლებლობა დატრენინგდნენ ოკუპაციურ თერაპიაში. ამისთვის შეიქმნას ოკუპაციური თერაპიის სერტიფიცირების კურსი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პერსონალისთვის (მაგ. ექთნები, ექთნის თანაშემწეები)
- ტრენინგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალისთვის არამალადობრივი მართვის მეთოდებში
- ტრენინგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალისთვის მულტიდისციპლინურ მიდგომაში და აღდგენის (recovery) კონცეფციაში
- პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ტრენინგი ბაზისურ ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში და ზრუნვის ახალ მიდგომებში
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების მომზადება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისთვის (თერაპევტი, გინეკოლოგი) დახმარების და სუპერვიზიის გაწევის საკითხებში (რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, დედობისთვის მომზადება, ფეხმძიმობის მიმდინარეობა, მშობიარობის დაგეგმარების, სომატურ ჯანმრთელობა), ფსიქიატრების და ფსიქიატრიული პროფილის ექთნის სტატუსის და მათი მოტივაციის გაძლიერების მიზნით წინამდებარე სტრატეგიის განხორციელების პერიოდში მოხდება:
- ფსიქიატრიაში მომუშავე ყველა პროფესიის სპეციალისტისთვის კვალიფიკაციის ამაღლების ღონისძიებების შემუშავება;

- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა;
- ფსიქიატრიულ სერვისებში დასაქმებული ექთნებისთვის, ექთნის თანაშემწისთვის, სოციალური მუშაკებისთვის და ფსიქოლოგებისთვის სერტიფიცირების სისტემის და უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამების შემუშავება და დანერგვა;
- ფსიქიატრის, ფსიქიატრიული ექთნის და ამ სფეროში დასაქმებული სხვა სპეციალისტების ხელფასების გაზრდა;
- საჭიროა ფსიქოლოგიის და სოციალური მუშაობის, როგორც პროფესიის რეგულირება, რაც მოითხოვს ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებსა და დაწესებულებებში უკვე დასაქმებული სპეციალისტებისთვის მინიმალური მოთხოვნების დაწესებას.
- ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებისა და დაწესებულებებისთვის ეროვნული სტანდარტის გადახედვა ჯანმრთელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისა და მომსახურების სახელმძღვანელო პაკეტების (“Human resources and training in mental health” და “Planning and budgeting to deliver services for mental health”) შესაბამისად, სრულ განაკვეთზე დასაქმებულ ფსიქიატრთა, ფსიქიატრიული ექთნების, მათი ასისტენტების, სოციალური მუშაკებისა და სხვა პერსონალის ჭრილში. ყველა დაწესებულებისა და სამსახურის მიერ აღნიშნული სტანდარტების სავალდებულოდ შემოღება - მათი დადგენიდან 5 წლის განმავლობაში
- ფსიქიატრიისა და ნევროლოგიის კომპეტენციების გადახედვა და უკეთესი კოორდინაციისთვის შემდგომი ნაბიჯების შემუშავება

წინამდებარე სტრატეგიით გათვალისწინებული სასწავლო კურსების შემუშავება მოხდება ჯანმრთელობის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაში არსებული ხარვეზების აღმოფხვრის შესახებ პროგრამის“ შესაბამისად.²⁵

ამოცანა 6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის რეგულირება, მართვა, კონტროლი და ფინანსური რესურსების უზრუნველყოფა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ეფექტური მართვისა და ახალი სტრატეგიის წარმატებულ დანერგვისთვის მოხდება:

- ჯანდაცვის სამინისტროს და ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს შესაძლებლობების გაძლიერება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის, სახელმწიფო პროგრამის მუდმივად განახლებისა და განხორციელების ზედამხედველობის მხარდაჭერის უზრუნველყოფისთვის;
- სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ერთეულის გაძლიერება მენტალურ ჯანმრთელობაზე მეტი აქცენტებით, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის“ სახელმწიფო პროგრამაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის რისკების, სტიგმის შემცირების ღონისძიებების გაფართოებისა და აქტიური განხორციელების კოორდინაციაზე;

²⁵https://www.who.int/mental_health/mhgap/training_manuals/en/ (ნანახია: 23.04.2021)

- სსიპ - ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოს მიერ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საინფორმაციო სისტემების დახვეწა.
- ფსიქიატრიული დახმარების სფეროში პაციენტთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების მიზნით მონიტორინგის ჯგუფის შექმნა, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში პაციენტთა/მომსახურების მიმღებთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების მონიტორინგსა და შეფასებას უზრუნველყოფს. მონიტორინგის ჯგუფს ექნება უფლებამოსილება:
 - ✓ ჩაატაროს კვლევები;
 - ✓ აწარმოოს გამოკითხვა მომხმარებელთა კმაყოფილების შესწავლის მიზნით;
 - ✓ ჰქონდეს წვდომა ნებისმიერ ინფორმაციაზე;
 - ✓ შეამოწმოს მომსახურების ხარისხი;
 - ✓ ჩაატაროს პერსონალის გამოკითხვა;
 - ✓ გაატაროს ადმინისტრაციული ან/და ფინანსური სანქცია;
 - ✓ მოახდინოს რეაგირება (პასუხისმგებელ უწყებებში შეტყობინების გაგზავნის გზით) შესაძლო დანაშაულებრივ ქმედებებზე და ა.შ.

ზემოაღნიშნული უწყებების და სტრუქტურების გამართულად მუშაობის უზრუნველყოფა არის წინამდებარე სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმების განხორციელების, მონიტორინგის, შეფასებისა და სტრატეგიის გრძელვადიანი ხედვის შესრულების საფუძველი და ერთგვარი გარანტია იმისა, რომ:

- ყოველწლიურად მომზადდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებისა და სტრუქტურების საქმიანობის ანგარიში;
- ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, მოხდეს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და საჭიროებების შეფასება;
- მომზადდეს წინამდებარე სტრატეგიის განხორციელების მონიტორინგისა და შეფასების ანგარიშები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის გამართული მუშაობისა და სტრატეგიით განსაზღვრული განახლებული ღონისძიებების დანერგვისთვის შესაბამისი დაფინანსების მოდელის შემუშავება და ფინანსური რესურსის მოზილეობა.

აღნიშნული ამოცანის შესასრულებლად აუცილებელია:

- ყოველწლიურად გაანალიზდეს სერვისების ფაქტიური ხარჯები და შეფასდეს მათი შესაბამისობა გაწეული მომსახურების მოცულობასა და ხარისხთან. მიღებული მონაცემების საფუძველზე გამოვლინდეს საჭიროებები და განისაზღვროს სერვისების ბიუჯეტი შემდგომი წლისთვის.
- განისაზღვროს ახალი სერვისების პილოტირებისა და დანერგვისთვის საჭირო თანხა, რომლის მოზიდვა შესაძლებელია საერთაშორისო დონორების დახმარებით.
- გამოიყოს თანხები, რომელიც საჭიროა ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის სუპერვიზიის, მონიტორინგის და კონტროლის უზრუნველყოფისთვის, რომლის

განხორციელებლები ჯანდაცვის სამინისტრო ან/და დაავადებათა კონტროლის ცენტრი ან/და სოციალური სააგენტო იქნება.

ბიუჯეტი

სტრატეგიის საპროგნოზო ბიუჯეტი შეადგენს 3,5 მლნ ლარს, აქედან სახელმწიფო ბიუჯეტით დაფინანსდება 1,8 მლნ ლარი, დონორი ორგანიზაციების მიერ 0,6 მლნ ლარი, ხოლო 1,1 მლნ ლარი წარმოადგენს დეფიციტს, რომლის დამისამართებისთვის დაგეგმილია დონორ ორგანიზაციებთან, ფინანსთა სამინისტროსთან, საქართველოს პარლამენტთან სტრატეგიის ადვოკაციის პროცესის განხორციელება (შეხვედრები, სემინარები, და ა.შ).

სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა განხორციელდება საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტით, ქვეყნის ძირითადი მონაცემების და მიმართულებების დოკუმენტით (BDD) გათვალისწინებული პასუხისმგებელი უწყებების ასიგნებების ფარგლებში, რომელიც საფუძვლად უდევს სახელმწიფო ბიუჯეტის დაფინანსებას. სამოქმედო გეგმის აქტივობები ასევე დაფინანსდება ბიუჯეტის დოკუმენტში მითითებული წყაროების - საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ. სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის ეფექტიანი განხორციელებისთვის, ასევე, უზრუნველყოფილი იქნება საერთაშორისო პარტნიორობის და დონორი ორგანიზაციების ჩართულობა.

რისკების შეფასება

ფინანსური რისკები: სტრატეგიის განხორციელების პროცესში გასათვალისწინებელია გარკვეული ფინანსური რისკები, რომლებმაც შესაძლოა შეაფერხონ დაგეგმილი შედეგების მიღწევა, მით უფრო, რომ ზოგიერთი აქტივობები დაგეგმილია დეფიციტით. სტრატეგიის განხორციელების ფინანსური რისკი შესაძლოა განპირობებული იყოს მაღალი სამედიცინო და ფარმაცევტული ინფლაციით, დამფინანსებელი ორგანიზაციების პრიორიტეტების შეცვლით და ა.შ.

ინსტიტუციური დონე: სტრატეგიის განხორციელებაში ჩართული იქნება როგორც სახელმწიფო, ასევე, არასახელმწიფო სექტორი. შესაბამისად, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მათ შორის აქტიური, კოორდინირებული თანამშრომლობა. ამავდროულად, სტრატეგიის იმპლემენტაცია მოითხოვს სტრატეგიით განსაზღვრული ამოცანების შესრულების მიმართულებით სახელმწიფო უწყებების შესაძლებლობების გაძლიერებას.

სოციალური რისკები: ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის პერსონალის რაოდენობისა და კვალიფიკაციის მიმართ მოთხოვნების გაზრდამ შეიძლება ჯანდაცვის

სერვისების მიმწოდებელთა მხრიდან უარყოფითი რეაქცია ან ადამიანური რესურსების ნაკლებობა გამოიწვიოს.

სტრატეგიის განხორციელება, მონიტორინგი და შეფასება

განხორციელება

საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიის განხორციელებას კოორდინაციას გაუწევს სამინისტროს ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელებაზე უფლებამოსილი სტრუქტურული ერთეული ხოლო ზედამხედველობას განხორციელებს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სათათბირო ორგანო - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭო, რომლის შემადგენლობა, შეკრების პერიოდულობა და მუშაობის ფორმატი განსაზღვრულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ორგანიზაციული აქტით.

სტრატეგია განხორციელდება „პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 20 დეკემბრის №629 დადგენილების და მისი დანართების ძირითადი პრინციპების შესაბამისად.

სტრატეგიის განხორციელების ძირითადი ინსტრუმენტი სამწლიანი სამოქმედო გეგმა, რომლის მომზადებას და შესრულებას მონიტორინგს კოორდინაციას უწევს ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის დეპარტამენტი (სტრატეგიის დანართი N1). სამოქმედო გეგმის შემუშავებასა და განხორციელებაში, ჩართული იქნებიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებები, პარტნიორი საერთაშორისო და არასამთავრობო ორგანიზაციები. ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობა სტრატეგიის შემუშავების, მონიტორინგისა და შეფასების ეტაპებზე განხორციელდება საბჭოს ფორმატში, მოწვეული სტუმრის სტატუსით.

სტრატეგიის განხორციელებაში აღნიშნული ორგანიზაციების ჩართულობა აისახება სამოქმედო გეგმებში, სადაც აქტივობის შესრულებაზე პასუხისმგებელ უწყებასთან ერთად, წინასწარი კონსულტაციების საფუძველზე მიეთითება პარტნიორი ორგანიზაცია.

სტრატეგიაში შესაძლებელია ცვლილებების შეტანა მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭო უფლებამოსილია, განიხილოს და მოიწონოს სტრატეგიის სამოქმედო გეგმაში ცვლილებების შეტანის საკითხი.

სტრატეგიის განხორციელებელი დაწესებულების რეორგანიზაციის, ლიკვიდაციის ან/და სხვა დაწესებულებასთან შერწყმის შემთხვევაში, სტრატეგიის შესაბამისი ამოცანების შესრულებას უზრუნველყოფს მისი უფლებამონაცვლე დაწესებულება.

დაინტერესებული მხარეების და საზოგადოების ინფორმირების მიზნით, სტრატეგიის სამოქმედო გეგმები დამტკიცების შემდეგ ქვეყნდება ვებგვერდზე: www.matsne.gov.ge.

მონიტორინგი და შეფასება

სტრატეგიაში წარმოდგენილი ამოცანების შედეგების მიღწევისა და სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული აქტივობების შესრულების პროგრესის დადგენის მიზნით, განხორციელდება სამოქმედო გეგმის რეგულარული მონიტორინგი.

სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის განხორციელებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეგროვებასა და რეგულარული სტატუს და პროგრეს ანგარიშების და მონიტორინგის ანგარიშების მომზადების კოორდინაციას უზრუნველყოფს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელებაზე უფლებამოსილი სტრუქტურული ერთეული.

აქტივობების განხორციელების დონის სტატუსები განისაზღვრება პოლიტიკის დაგეგმვის, მონიტორინგისა და შეფასების სახელმძღვანელოს მე-7 დანართის (მონიტორინგის ინსტრუქციის) შესაბამისად.

ამასთან, სტრატეგიის თითოეული განმახორციელებელი უწყება ვალდებულია გამოცხადოს საკონტაქტო პირ(ებ)ი, რომელიც სრულად იქნება ინფორმირებული შესაბამისი უწყების აქტივობების შესახებ და პასუხისმგებელი - ჯანდაცვის პოლიტიკის განხორციელებაზე უფლებამოსილი სტრუქტურული ერთეულისთვის ღონისძიებების შესრულების შესახებ ინფორმაციის დროულ მიწოდებაზე.

სამოქმედო გეგმის შესრულების სტატუს და პროგრეს ანგარიშები, ისევე როგორც მონიტორინგის წლიური ანგარიში განსახილველად წარედგინება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელი საბჭოს და გამოქვეყნდება სამინისტროს ვებგვერდზე.

წინამდებარე სტრატეგიის მიზნების მიღწევის და ამოცანების გრძელვადიანი შედეგების შესასწავლად, ასევე სტრატეგიის სექტორული მიმართულებების განვითარებაზე გავლენის დადგენის და განხორციელების პროცესში არსებული ხარვეზების გამოვლენის მიზნით, მოხდება სტრატეგიის სისტემური შეფასება.

სტრატეგია შეფასდება ორ ეტაპად. სტრატეგიის შუალედური შეფასება განხორციელდება 2026 წლის მარტში როდესაც სრულად იქნება ხელმისაწვდომი სტრატეგიის ლოგიკურ ჩარჩოში წარმოდგენილი მაჩვენებლები და მასთან დაკავშირებული მონაცემები, ხოლო საბოლოო შეფასება ჩატარდება პოლიტიკის ციკლის დასრულების ბოლო ეტაპზე, მაგრამ არაუგვიანეს 2031 წლის მარტისა.

შეფასების დაგეგმვის პროცესში განისაზღვრება შეფასების მასშტაბები ორი პარამეტრით: 1) შეფასების საკითხები, რომელიც მოიცავს დოკუმენტით გათვალისწინებულ პრიორიტეტებს და მიზნებს. შეფასება ჩატარდება ექვსივე ამოცანის მიმართულებით, მონიტორინგის წლიური ანგარიშების შედეგების გათვალისწინებით; 2) შეფასების 5 კრიტერიუმის მიხედვით (შესაბამისობა, ეფექტურობა, ეფექტიანობა, მდგრადობა, გავლენა).

ანგარიშის მოსამზადებლად ჩამოყალიბდება შეფასების კითხვები, გავლენის შეფასების მეთოდი განისაზღვრება შეფასების პროცესის დაგეგმვისას.

სტრატეგიის შუალედური და საბოლოო შეფასების შედეგად მზადდება ანგარიშები, რომლებიც სტრატეგიის განმახორციელებელ უწყებებთან შეჯერების შემდეგ მტკიცდება მაკოორდინირებელი ორგანოს მიერ და წარედგინება საქართველოს მთავრობას.

#	ანგარიშის ტიპი	პერიოდი/ვადა	პასუხისმგებელი უწყება
1	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის სამოქმედო გეგმის თითოეული აქტივობის სტატუსის შესახებ ანგარიში (სტატუსანგარიში)	2022 წლის ივლისი და შემდეგ ყოველ 6 თვეში ერთხელ	სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული განმახორციელებელი უწყებები
2	ანგარიში აქტივობების საერთო პროგრესის შესახებ (პროგრესანგარიში)	ყოველ 6 თვეში ერთხელ, სტატუსანგარიშის მომზადების შემდეგ	სოტდშჯსდს
3	ამოცანების შედეგის ინდიკატორების შედეგების წლიური ანგარიში	საანგარიშგებო წლის მომდევნო წლის თებერვალი	სოტდშჯსდს
4	შუალედური შეფასების ანგარიში	2026 წლის მარტი	სოტდშჯსდს
5	საბოლოო შეფასების ანგარიში	2031 წლის მარტი	სოტდშჯსდს

სტრატეგიის შესრულების შესახებ ყოველწლიური ანგარიშგება მოხდება შემდეგი სტატუსების მინიჭებით:

№	სტატუსი	პროგრესის შესაბამისად	ფერი
1	არ დაწყებულა	0%	
2	მიმდინარე – ნაწილობრივ შესრულდა	1%-50%	
3	მიმდინარე – მეტწილად შესრულდა	51%-99%	
4	განხორციელდა	100%	
5	განხორციელდა დაგვიანებით	100%	
6	გაუქმებულია	0%-99%	
7	შეჩერებულია	0%-99%	

სტრატეგიის ლოგოკური ჩარჩო

საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქოკური ჯანმრთელობის სტრატეგია		მდგრადი განვითარების მიზნები (SDGs) კავშირი:		მიზანი 3
მიზანი 1:	ფსიქოკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა ავადობისა და შეზღუდული შესაძლებლობებით ცვირთის შემცირება მათი უფლებების დაცვის გაუმჯობესების, მენტალური კეთილდღეობის ხელშეწყობის, უსაფრთხო და მაღალხარისხიან ფსიქოკური ჯანმრთელობის სერვისებზე თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით	სამიზნე	სამიზნე	
გავლენის ინდიკატორი 1.1:	საქართველოს მოსახლეობის წილი, რომელთაც ალენიშნებათ ფსიქოკური აშლილობა	საბაზისო	შუალედური	საბოლოო
		2020	2025	2030
		5%	15%	18%
გავლენის ინდიკატორი 1.2:	სუიციდით გამოწვეული სიკვდილიანობა 100000 მოსახლეზე	საბაზისო	შუალედური	საბოლოო
		2020	2025	2030
		5	2.5	1.7
გავლენის ინდიკატორი 1.3:	ფსიქოკური ჯანმრთელობის სერვისებით კმაყოფილი მომხმარებლების პროცენტული მაჩვენებელი	საბაზისო	შუალედური	საბოლოო
		2020	2025	2030
		15%	45%	70%
ამოცანა 1.1	ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოკური ჯანმრთელობაზე ზრუნვის, მხარდაჭერისა და მათი ოჯახების კეთილდღეობის უზრუნველყოფა	საბაზისო	შუალედური	საბოლოო
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.1.1	ბავშვთა და მოზარდთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც იღებენ ფსიქოკური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ კონსულტაციას იმ ქალაქებში ან სოფლებში, სადაც მდებარეობს მათი სკოლა, ან ისარგებლობენ დისტანციური ფსიქოკური ჯანმრთელობის მომსახურებით	2020	2024	2028
		0.9%	10%	20%
			2026	2030
			15%	25%

დადასტურების წყარო
დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური ცნობარი
დადასტურების წყარო
საქსტატის სიკვდილიანობის რეესტრი
დადასტურების წყარო
მომხმარებლების კმაყოფილების კვლევების ანგარიში
დადასტურების წყარო
ჯანდაცვის ელექტრონული ჩანაწერები

რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და სამხაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა									
ამოცანა 1.2	ფსიქოკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უფლებების დაცვა და სტიგმის შემცირება									
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.2.1	ადამიანის უფლებების დარღვევის კუთხით, წარმოებაში მიღებული საჩივრების ხვედრითი წილი	საბაზისო	სამიზნე				დადასტურების წყარო			
			შუალედური		საბოლოო					
			2024	2026	2028	2030				
წელი	2020	2024	2026	2028	2030	საჩივრების რეგისტრის მონაცემები				
მაჩვენებელი	0%	15%	20%	25%	30%					
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და სამხაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა									
ამოცანა 1.3	საცხოვრებელთან მაქსიმალურად ახლოს ხარისხიანი ფსიქოკური ჯანმრთელობის სერვისების (თემში) მიწოდება და ტელეფსიქიატრიის სისტემის დანერგვა									
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.3.1	იმ პირთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომელითაც ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მიმართეს სამედიცინო სამსახურს დახმარებისთვის ფსიქიკური აშლილობის, ფსიქიატრიული ნოტიურებზე ან/და ალკოჰოლზე დამოკიდებულების გამო	საბაზისო	სამიზნე				დადასტურების წყარო			
			შუალედური		საბოლოო					
			2024	2026	2028	2030				
წელი	2020	2024	2026	2028	2030	მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების კვლევა; ჯანდაცვის ელექტრონული ჩანაწერები				
მაჩვენებელი	6.40%	10%	12%	15%	18%					
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და სამხაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა									
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.3.2	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის გამო პირთა მიმართულების წილი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებსა ან/ და სოფლის/ოჯახის ექიმებთან	საბაზისო	სამიზნე				დადასტურების წყარო			
			შუალედური		საბოლოო					
			2024	2026	2028	2030				
წელი	2020	2024	2026	2028	2030	მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასების კვლევა; ჯანდაცვის ელექტრონული ჩანაწერები				
მაჩვენებელი	10.5%	10%	30%	45%	70%					
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და სამხაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა									
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.3.3	ტელეფსიქიატრიის და ტელეკონსულტაციების ხვედრითი წილი მიმართულების საერთო რაოდენობაში	საბაზისო	სამიზნე				დადასტურების წყარო			
			შუალედური		საბოლოო					
			2024	2026	2028	2030				
წელი	2020	2024	2026	2028	2030	ჯანდაცვის ელექტრონული ჩანაწერები				
მაჩვენებელი	0%	10%	15%	20%	25%					
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და სამხაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა									

ამოცანა 1.4		ფსიქოკური ჯანმრთელობის სისტემაში წარმოადგენს პრობლემების მქონე პირთა მგურნალობის უზრუნველყოფა						დადასტურების წყარო					
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.4.1	ფსიქოკური ჯანმრთელობის სისტემის მიმდებარე პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებზეც აღჭურვილები არიან ადიქციის პრობლემების მართვის საჭირო რესურსებით	საბაზისო	სამიზნე			საბოლოო	დადასტურების წყარო	სამიზნე	საბოლოო				
			შუალედური	2024	2026					2028			
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და შიდა პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების რეესტრები კოორდინაციის ნაკლებობა	2020	2024	2026	2028	2030	სამედიცინო და ფარმაცევტული რეგულირების სააგენტოს ნებართვებისა და მაღალი რისკის საქმიანობის შეტყობინებათა რეესტრები	25%	50%	75%	100%	სამედიცინო და ფარმაცევტული რეგულირების სააგენტოს ნებართვებისა და მაღალი რისკის საქმიანობის შეტყობინებათა რეესტრები	
ამოცანა 1.5	ფსიქოკური ჯანმრთელობის სისტემაში ადამიანური რესურსების განვითარება												
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.5.1	ფსიქოკური ჯანმრთელობის სისტემაში სერტფიცირებული ექიმების, მათი თანამშრომლების, ფსიქოლოგების და სოციალური მუშაკების პროცენტული მაჩვენებელი	საბაზისო	სამიზნე			საბოლოო	დადასტურების წყარო						
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და შიდა პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების რეესტრები კოორდინაციის ნაკლებობა	2020	2024	2026	2028	2030	სამედიცინო და ფარმაცევტული რეგულირების სააგენტოს სამედიცინო პერსონალის სერტფიცირების რეესტრი	0%	25%	50%	75%	100%	სამედიცინო და ფარმაცევტული რეგულირების სააგენტოს სამედიცინო პერსონალის სერტფიცირების რეესტრი
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.5.2	იმ ფსიქოკური ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებათა და სამსახურთა პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც ფუნქციონირებენ ფსიქოკური ჯანმრთელობის მომსახურების განახლებული ეროვნული სტანდარტების შესაბამისად	საბაზისო	სამიზნე			საბოლოო	დადასტურების წყარო						
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის საგარეო და შიდა პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, კონტროლი და ფინანსური რესურსების უზრუნველყოფა	2020	2024	2026	2028	2030	სამედიცინო და ფარმაცევტული რეგულირების სააგენტოს ნებართვებისა და მაღალი რისკის საქმიანობის შეტყობინებათა რეესტრები	0%	5%	25%	75%	100%	სამედიცინო და ფარმაცევტული რეგულირების სააგენტოს ნებართვებისა და მაღალი რისკის საქმიანობის შეტყობინებათა რეესტრები
ამოცანა 1.6	ფსიქოკური ჯანმრთელობის სისტემის რეგულირება, მართვა, კონტროლი და ფინანსური რესურსების უზრუნველყოფა												
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.6.1	ჯანმრთელობის უწყებების და მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის მაჩვენებელი	საბაზისო	სამიზნე			საბოლოო	დადასტურების წყარო						
რისკი:	ჯანმრთელობის უწყებების და მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის მაჩვენებელი	2020	2024	2026	2028	2030	ჯანმრთელობის მონიტორინგის მაჩვენებელი	15%	25%	50%	75%	100%	ჯანმრთელობის მონიტორინგის მაჩვენებელი

რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის სეგარეო და საშინაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა																																				
ამოცანის შედეგის ინდიკატორი 1.6.2	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">სამიზნე</th> <th colspan="3">საბაზისი</th> <th colspan="3">სამიზნე</th> <th rowspan="2">დადასტურების წყარო</th> </tr> <tr> <th colspan="3">შუალედური</th> <th colspan="3">სამიზნე</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="326 1303 395 1393">წელი</td> <td data-bbox="326 990 395 1124">2021</td> <td data-bbox="326 743 395 878">2024</td> <td data-bbox="326 497 395 631">2026</td> <td data-bbox="326 250 395 385">2028</td> <td data-bbox="326 49 395 183">2030</td> <td colspan="2" data-bbox="326 152 395 452" rowspan="2">ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა</td> </tr> <tr> <td data-bbox="395 1303 442 1393">მაჩვენებელი</td> <td data-bbox="395 990 442 1124">1.70%</td> <td data-bbox="395 743 442 878">2%</td> <td data-bbox="395 497 442 631">3%</td> <td data-bbox="395 250 442 385">3%</td> <td data-bbox="395 49 442 183">3.6%</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>							სამიზნე	საბაზისი			სამიზნე			დადასტურების წყარო	შუალედური			სამიზნე			წელი	2021	2024	2026	2028	2030	ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა		მაჩვენებელი	1.70%	2%	3%	3%	3.6%		
სამიზნე	საბაზისი			სამიზნე			დადასტურების წყარო																														
	შუალედური			სამიზნე																																	
წელი	2021	2024	2026	2028	2030	ჯანმრთელობის ანგარიშების სისტემა																															
მაჩვენებელი	1.70%	2%	3%	3%	3.6%																																
რისკი:	COVID-19-ის კრიზისის გაჭიანურება, ქვეყნის სეგარეო და საშინაო პოლიტიკური სიტუაციის გაუარესება, საჭირო დაფინანსების ნაკლებობა, პრიორიტეტების ცვლილება, კოორდინაციის ნაკლებობა																																				

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223
2. საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის N762 დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ
3. The World Mental Health. The World Mental Health Survey Initiative. <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>
4. European Union Agency for Fundamental Rights: EU Framework for the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <https://fra.europa.eu/en/cooperation/eu-partners/eu-crp-d-framework>
5. Bridget F. Grant, PhD, PhD; Frederick S. Stinson, PhD; Deborah A. Dawson, PhD; et al, Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482045>
6. WHO: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემასთან დაკავშირებული სამოქმედო პროგრამის ინტერვენციის სახელმძღვანელო
7. საქართველოს სახალხო დამცველი, სპეციალური ანგარიში, აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონიტორინგის თაობაზე (22-25 აპრილი, 2019 წ.).
8. საქართველოს სახალხო დამცველი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის საგანგებო მონიტორინგის ანგარიში (2020 წლის 15-16 სექტემბერი)
9. WHO: Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329582/9789241516730-eng.pdf>
10. WHO: Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>
11. WHO: ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტეგრაცია პირველად მზრუნველობაში: გლობალური პერსპექტივა, https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/
12. WHO: World Health Organization Mental health action plan 2013-2020
13. ვიგოდ სნ, კურდიაკ პა, დენის კ, ლეშჩ ტ, ტელიორ ვჰ, ბლუმბერგერ დმ, ზაიც დ.პ. *გარდამავალი ჩარევა ზრდასრულებში ადრეული ფსიქიატრიული რეადმისიის შემცირება: სისტემური მიმოხილვა*. ფსიქიატრიის ბრიტანული ჟურნალი. 2013.
14. American Psychiatric Association (APA) Telepsychiatry Toolkit <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit>

15. Santucci K. Psychiatric disease and drug abuse. *Curr Opin Pediatr.* 2012;24(2):233-237.
doi:10.1097/MOP.0b013e3283504fbf.
16. Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol.* 2012;35(5):235-243.
doi:10.1097/WNF.0b013e318261e193

