

ვებგვერდი, 31/12/2014  
სარეგისტრაციო კოდი  
470010000.10.003.018382

**საქართველოს მთავრობის  
დადგენილება №762  
2014 წლის 31 დეკემბერი ქ.თბილისი**

**„ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული  
დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების  
შესახებ**

**მუხლი 1**

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს პარლამენტის 2013 წლის 11 დეკემბრის №1741-IX დადგენილების მე-2 პუნქტის შესაბამისად, დამტკიცდეს თანდართული „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა“.

**მუხლი 2**

დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი

*ირაკლი ლარიბაშვილი*

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა  
2015 - 2020**

შინაარსი

შესავალი.	2
არსებული მდგომარეობა.	3
საერთაშორისო გამოცდილება.	3
ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში.	5
ჰოსპიტალური სექტორი.	6
ჰოსპიტალ-გარე სერვისები.	6
ადამიანური რესურსები.	7
ძირეული გამოწვევები.	7
მომავლის ხედვა.	8
სტრატეგიის სახელმძღვანელო პრინციპები.	10
ადამიანის უფლებების დაცვა და ადამიანის ღირსების პატივისცემა.	10
თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა.	10
შემწყნარებლობა (ტოლერანტობა) და სოციალური ინკლუზია.	10
თემზე დაფუძნებული მომსახურება/ზრუნვა თემში.	10

ზრუნვის კოორდინაცია და ინტეგრაცია. -----	10
ყოვლისმომცველობა. -----	10
საზოგადოების ჩართულობა. -----	10
განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფების საჭიროებების უზრუნველყოფა. -----	10
გამოჯანმრთელება/აღდგენა. -----	10
პოტენციური საფრთხეები. -----	11
სტრატეგიული პრიორიტეტები და მათი განხორციელება. -----	12
სტრატეგიული მიმართულებების განმარტებები.-----	23

## შესავალი

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ გეგმას 2015-2020 წწ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა შემუშავდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის საფუძველზე[1], რომელიც დამტკიცდა საქართველოს პარლამენტის მიერ 2013 წლის დეკემბერში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა ასახავს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას მომავალი 5 წლის პერიოდისთვის, განსაზღვრავს ფასეულობებსა და პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობა და ძირითად საჭიროებებს, რომლებიც აუცილებელია მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის. დოკუმენტი ასევე გამოყენებული იქნება შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების შესამუშავებელ სახელმძღვანელოდ.

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

ყველა მხარის მონაწილეობით შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, რომლის ტექნიკური დავალება მოიცავდა შეფასების შედეგებიდან გამომდინარე ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების შესაძლებლობების გააზრებას, ფუნქციური და ორგანიზაციული მოწყობის მონახაზების შემუშავებას, საკვანძო საკითხების განხილვას და შეჯერებას პასუხისმგებელ მხარეებთან და მათი არჩევანის საფუძველზე საბოლოო დოკუმენტის ჩამოყალიბებას.

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს ქვეყნის წამყვანი სპეციალისტების და სხვა დაინტერესებულ პირთა ხანგრძლივი მსჯელობის პროცესში საერთაშორისო თუ ადგილობრივი გამოცდილებისა და მომავლის ახლებური გააზრების შეჯერების და საუკეთესო გადაწყვეტის სურვილს, რომელიც დააკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს: მოქნილობას, მდგრადობას, სტიგმატიზაციის შემცირებას, საჭიროებებსა და შედეგზე ორიენტირებულობას, მოვლისა და მკურნალობის მაღალ სტანდარტებს და ფინანსური ტვირთის სამართლიან გადანაწილებას.

არსებული მდგომარეობა

საერთაშორისო გამოცდილება

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კონსტიტუციის მიხედვით: “ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და

არა მხოლოდ ავადმყოფობის არ-არსებობა”. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის სხვა ასპექტების მსგავსად, შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს მთელმა რიგმა სოციო-ეკონომიკურმა ფაქტორებმა, რაც გათვალისწინებულ უნდა იქნას ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის და გამოჯანმრთელების სახელმწიფოებრივი მიდგომის სრულყოფილ სტრატეგიებში[2].

ფსიქიკური ჯანმრთელობა (ფჯ), როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტი, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს - იქმნება სტრატეგიები, სამოქმედო გეგმები და პროგრამები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთის და გამოსავლების შესამცირებლად.

სამწუხაროდ, ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადექვატურად კვლავ ვერ პასუხობენ; სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76%-დან 85% ვერ იღებს მკურნალობას; მაღალი შემოსავლების ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი მაღალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის[3].

სიხშირის მიხედვით, ფსიქიკური აშლილობები საკმაოდ გავრცელებულია. 2003-2004 წელს მსოფლიოს 40 ქვეყანაში ჩატარებული 60000-ზე მეტი ზრდასრულის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ქვეყნების უმეტესობაში ყველა ფსიქიკური აშლილობის გავრცელების კოეფიციენტი 9.1%-სა და 16.1% შორის მერყეობდა[4].

ასევე, მაღალია ფსიქიკური აშლილობების გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. ამ მდგომარეობების წვლილი დაკარგული ცხოვრების წლებში 8.1%-ია, მაშინ, როცა რესპირატორული დაავადებების - 9%, ყველა სახის სიმსივნეების - 5.8%, ხოლო გულის დაავადებების შემთხვევაში - 4.4%-ია[5]. მსოფლიო მასშტაბით, შეზღუდული შესაძლებლობების გამო შემცირებული ცხოვრების წლების (DALYs) 12% ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებითაა განპირობებული, რაც აჭარბებს კარდიოვასკულური მდგომარეობებით (9.7%) და ავთვისებიანი სიმსივნეებით (5.1%) გამოწვეულ გლობალურ ტვირთს[6].

მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური აშლილობები მნიშვნელოვან უარყოფით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე - განსაკუთრებით დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის მთლიანი ეროვნული ბიუჯეტიდან საშუალოდ მხოლოდ 2% იხარჯება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.

განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8-12%-ია. ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, 2011 წელს საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე იხარჯებოდა 2.7 \$(PPP), მაშინ როცა მეზობელ სომხეთში ეს მაჩვენებელი იყო 4 \$(PPP), მოლდოვაში - 6.4 \$(PPP), ესტონეთში 60.2 \$(PPP), (განვითარებულ ქვეყნებში > 100\$(PPP))[7].

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა უცხოეთში ძირითადად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (გადასახადები) ან სოციალური დაზღვევით. დაფინანსებაში კერძო დაზღვევის როლი უმეტეს ქვეყნებში ძალზე შეზღუდულია, განსაკუთრებით დაბალია საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. მსოფლიოში, საშუალოდ, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე კერძო (ჯიბიდან) დანახარჯების წილია 17.8%, დაბალი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში (რომელთა რიცხვს საქართველო მიეკუთვნება) - 11% ფარგლებში,

თუმცა კონკრეტულად საქართველოში ეს მაჩვენებელი (უხეში გათვლებით) 40% შეადგენს[8].

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სამსახურები ბევრად უკეთეს შედეგს იძლევა მკურნალობის მხრივ (მაგ. ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება), ხელს უწყობს ადამიანთა უფლებების დაცვას და ეკონომიკურად უფრო ეფექტიანია,[9] ვიდრე ინსტიტუციებში მკურნალობა (მით უფრო, დიდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში). მრავალი ევროპული ქვეყანა სერიოზულ ნაბიჯებს დგამს სტაციონარზე ორიენტირებული მიდგომის შესაცვლელად და ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა დახმარების საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით უზრუნველსაყოფად. კვლევები ადასტურებს, რომ ფსიქიატრიული დახმარების რეორგანიზაცია, სტაციონარსა და თემში დახმარებას შორის გონივრული ბალანსის შენარჩუნებით, მიზანშეწონილია ყველა ქვეყანაში – მიუხედავად მისი ეკონომიკური განვითარებისა და მდგომარეობისა.

უკანასკნელი 30 წელიწადია ევროპაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა რაოდენობა ფსიქიატრიულ სტაციონარებში მცირდება, ისინი გადაჰყავთ საერთო პროფილის საავადმყოფოებში, თავშესაფრებში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან გაწერენ სახლში, სტაციონარგარეთა სამსახურების ზრუნვის ქვეშ.[10]

ევროპული ქვეყნები, ძირითადად, ყოფილი სოციალისტური ქვეყნები, დღეს დგანან აუცილებლობის წინაშე, გადაჭრან პრინციპული საკითხი - უარი თქვან გაუმართლებელ ინსტიტუციონალურ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე. ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებების არსებობა, რომელთა პირობები არასახარბიელოა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები უფრო მეტად იზოლაციაში იმყოფებიან, ვიდრე მკურნალობის ქვეშ, და სადაც ადამიანთა უფლებების დაცვის გარანტიაც ნაკლებია.[11]

მიუხედავად იმისა, რომ უკვე წლებია მსოფლიოში დეინსტიტუციონალიზაციის და თემზე-დაფუძნებული ზრუნვის სამსახურების ხელშეწყობა მიმდინარეობს, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები (სპეციალიზირებული დაწესებულებები, რომლებიც მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებს ჰოსპიტალურ და გრძელვადიან რეზიდენციულ სამსახურს სთავაზობენ) კვლავ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბიუჯეტების უმეტეს ნაწილს ხარჯავს ამ ინსტიტუციების მფლობელი ქვეყნების 80%-ში. ფსიქიატრიული ჰოსპიტალების საშუალო დანახარჯები, პროცენტული გაანგარიშებით სრული ფჯ დანახარჯებიდან, ყველაზე მაღალია მაღალი (საშუალოდ 74%), დაბალი (საშ. 73%) და ყველაზე დაბალი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში (საშ 73%). ეს დანახარჯები საგრძნობლად მაღალია მაღალი შემოსავლების ქვეყნებშიც (საშ. 54%)[12]

განვითარებული ქვეყნები დღეს იხრებიან საჭიროებებზე დაფუძნებული სამსახურების ისეთი გამთლიანებული ჯაჭვის შექმნისკენ, რომელიც დიფერენცირებულ მომსახურებას სთავაზობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს და მის ოჯახის წევრებს. ამ რეფორმის კონცეპტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“, რომელიც მოსახლეობის საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამისხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. იგი არ უარყოფს ერთ მიდგომას

(მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული მომსახურების) სასარგებლოდ. პირიქით, ის ითვალისწინებს მომსახურების ყველა შესაძლო და საჭირო ფორმის კომბინაციას მაქსიმალური შედეგით.

დეინსტიტუციონალიზაციის და სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდების მუშაობის ხარჯთეფექტურობის კვლევებმა აჩვენა, რომ დახმარების ხარისხი მჭიდრო კავშირშია დანახარჯთან. თემზე დაფუძნებულ სამსახურებს ჩვეულებრივ იგივე ხარჯი აქვს, რაც მათ მიერ ჩანაცვლებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, თუმცა მათი ზეგავლენა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ბევრად ძლიერია.[13]

ქვეყნის რესურსების და განვითარების მიხედვით, ჯანდაცვის ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია ჰოსპიტალ-გარეშე სამსახურების განვითარების საფეხურებრივი, თანდათანობითი მოდელი[14] – თითოეული ქვეყნის უნიკალურობის და სპეციფიკის გათვალისწინებით.

ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020[15] ქვეყნებს სთავაზობს სისტემურად გადავიდნენ ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მოდელიდან სათემო სერვისებზე და თემზე დაფუძნებული ურთიერთ-დაკავშირებული სამსახურების ქსელის გამოყენებაზე, რაც მოიცავს: მოკლევადიან სტაციონირებას, ამბულატორიულ ზრუნვას ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში, პირველად და სხვა არა-სპეციალიზირებულ ჯანდაცვას, სრულყოფილ ფჯ ცენტრებს, დღის ცენტრებს, იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა ხელშეწყობას, ვინც ოჯახებში ცხოვრობს, და "დაცულ" საცხოვრებლებს.

#### ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში

საქართველოში ნეიროფსიქიკური დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 22,8 %-ს შეადგენს.[16] ტვირთი საკმაოდ მაღალია, რაც ადეკვატურ მართვასა და ყურადღებას საჭიროებს გადაწყვეტილებების მიმღებთა მხრიდან.

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2013წელს:

- 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენს 1536-ს. და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 3020 ახალი შემთხვევა (67.3 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე)

დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით ეს ინფორმაცია არასრულია. მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება ეპიდემიოლოგიის ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე სულ მცირე ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს; მაგ: შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100 000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს.

ქვეყანაში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც სრულად ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები.

ქვეყანაში 2006-2014წწ მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ

ჯანმრთელობაზე დანახარჯის მოცულობა დიდ ცვლილებას არ განიცდის. ამ დანახარჯით მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებთან.

სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე). დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა სამსახურების ხარჯები.

საქართველოში ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დახმარებას ახორციელებს: 12 ფსიქიატრიული დაწესებულება, სადაც რეგისტრირებულია 1392 საწოლი, მათ შორის 10 საწოლი ბავშვთა ფსიქიატრიული მომსახურებისათვის. სტაციონარგარეთა დახმარებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით ძირითადად 18 დაწესებულება ახორციელებს. პროგრამის ქვეკომპონენტებია ასევე ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის ცენტრი (თბილისი), ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია (თბილისი, რუსთავი, ქუთაისი, ბათუმი) და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (თბილისი, თელავი, ქუთაისი).

### ჰოსპიტალური სექტორი

80-იანი წლების ბოლოდან საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა. მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 3.09/10000, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული საწოლების რიცხვი საქართველოში შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე (მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში - 1.36/10000 მოსახლეზე). რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 1,015/10000, ხოლო საქართველოში ამგვარი სერვისი ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა ყველაზე მეტია ევროგაერთიანების ქვეყნებში  $\approx 4.3/10000$ , საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი 0.1/10000-ს არ აღემატება.

საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშის[17] და ევროპის საბჭოს 2013 წლის კვლევის[18] მიხედვით, საქართველოში სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში კვლავ გვხვდება ადამიანის უფლებების დარღვევის ფაქტები; ეს დაწესებულებები, სამწუხაროდ, მკურნალობის და მოვლის ხარისხობრივ სტანდარტებს ხშირად ვერ პასუხობს.

### ჰოსპიტალ-გარე სერვისები

ქვეყანაში არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და ფსიქიატრიული კაბინეტები მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის სერვისის გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

ამბულატორიულ მომსახურებას ძირითადად 18 სამედიცინო დაწესებულება (მათ შორის ფსიქიატრიული დისპანსერები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებისა და პირველადი ჯანმრთელობის ცენტრების კაბინეტები/განყოფილებები) ახორციელებს, რომლებიც გაბნეულია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა, მათი უმრავლესობა განთავსებულია ქალაქებში. დღეს არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული

მომსახურება ძირითადად არაეფექტურია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა და მათი ოჯახების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. მომსახურება ორიენტირებულია ძირითადად ექიმის კონსულტაციასა და მედიკამენტების მიწოდებაზე. მიწოდებული მედიკამენტების რაოდენობა ვერ აკმაყოფილებს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, მკურნალობის გაგრძელებას იმ ჯგუფის და რაოდენობის მედიკამენტებით, რომლის ფონზეც სტაციონარში მოხდა ფსიქიკური მდგომარეობის ნორმალიზაცია, რაც ართულებს საავადმყოფოში მიღწეული შედეგის შენარჩუნებას. ამბულატორიულ დაწესებულებებში ძალიან იშვიათია მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) არსებობა. სერვისის მიწოდებას ძირითადად ფსიქიატრი ახორციელებს, რომელსაც ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების გასაწევად არ ჰყოფნის შესაბამისი ცოდნა და დრო. ზოგადად, ექიმი მუშაობს ტრადიციული სამედიცინო მოდელით (კონსულტაცია, წამალი). სახეზეა სათემო სამსახურების მაღალი დეფიციტი. ქვეყანაში არსებული 3 ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი იღებს მცირე დაფინანსებას (ფჯ პროგრამული ბიუჯეტის 1%-ზე ნაკლებს). კრიზისული ინტერვენციის ცენტრები ვერ ფარავს ქვეყნის ტერიტორიას. სახელმწიფო პროგრამის გარეშე, დონორების დაფინანსებით, ხორციელდება აქტიური სათემო მკურნალობის მხოლოდ ერთი გუნდის მუშაობა ქ. თბილისში. არ გვაქვს სათემო საცხოვრებლები, შესაქმნელია დასაქმების ხელშემწყობი სისტემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის. შესაბამისად, იზრდება ამბულატორიის პირობებში ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების რისკი და რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, რაც გამოწვეულია ფინანსური რესურსების დეფიციტით. ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება სტაციონარულ დაფინანსებასთან შედარებით მცირეა. 2014 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისად, ამბულატორიული დაფინანსების წილი შეადგენს 19%-ს (2 865 288 ლარი), ხოლო სტაციონარული მომსახურების - 69%-ს (10 421 880 ლარი).

#### ადამიანური რესურსები

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით, გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მხრივ.[19]

სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22 ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრიის ექთანი და 13 სოც. მუშაკი. ფჯ სისტემის ფუნდამენტალურ პრობლემას მისი კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ეს პრობლემა პირობითად შეიძლება დავეყოს 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 ბენეფიციარებს კვალიფიციური დახმარება შევთავაზოთ.

#### ძირეული გამოწვევები

არსებული მდგომარეობის შეფასების შედეგად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გამოკვეთილი ძირეული პრობლემები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს:

- საჭიროა ამბულატორიული მომსახურების გაძლიერება და შესაბამისი სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფა (მედიკამენტების და ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების მიწოდება, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება)
- საჭიროა მომსახურების ხარისხის ამაღლება (მომსახურების მოცულობების და ხარისხის მართვის რეგულაციების გაძლიერება)
- აუცილებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის ეფექტურობის გაძლიერება

- საჭიროა მომსახურების დაფინანსების გაზრდა
- გასაზრდელია მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (არსებული საწოლფონდის ფარგლებში გეოგრაფიულად არათანაბარია ხელმისაწვდომობა, გრძელვადიანი საწოლების დეფიციტის გამო მწვავე საწოლების არამიზნობრივი უტილიზაციაა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე შშმპ-თა სათემო საცხოვრებელი საწოლების მკვეთრი დეფიციტია)
- გასაუმჯობესებელია ამორტიზებული და მასიური სპეციალიზირებული დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა
- ასამაღლებელია პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის გამოყენების დონე
- დასაძლევია პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია ადამიანური რესურსების/საჭირო ახალი პროფესიების ნაკლებობასთან
- პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების მწირი რაოდენობა
- საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონე
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკანონმდებლო გარემოს აღიარებულ საერთაშორისო დოკუმენტებთან შესაბამისობაში მოყვანა

#### მომავლის ხედვა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიული გეგმის მთავარი მიზანია ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ფსიქიკურ კეთილდღეობას, მოახდინოს ფსიქიკური დარღვევების პრევენცია, დაიცვას ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებები და შეამციროს საქართველოში ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა, უზრუნველყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა თვითგამორკვევა და საზოგადოებაში ინტეგრირება.

ამ მიდგომის თანახმად, რეგულარულად უნდა ხდებოდეს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების შეფასება, არსებული სამსახურების ანალიზი და, რეალობის გათვალისწინებით (ფინანსური შესაძლებლობები, კადრების მომზადების ხარისხი და სხვა) უნდა დაიგეგმოს პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ჰოსპიტალური მკურნალობის



დაბალანსებას (სასურველია ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში) და თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეგმაზომიერ განვითარებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მომავლის ხედვა ეფუძნება შემდეგ ფასეულობებს:

- ადამიანის უფლებების დაცვა და ადამიანთა ღირსების პატივისცემა
- თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა
- შემწყნარებლობა და სოციალური ინკლუზია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომავლის ხედვას განსაზღვრავს შემდეგი მიდგომები და პრინციპები:

- ბალანსირებული მოვლა - რაც გულისხმობს: ბალანსირებულ სტაციონარულ და თემზე დაფუძნებულ ზრუნვას; მედიკამენტურ და არამედიკამენტურ მკურნალობას; პიროვნების, ოჯახისა და საზოგადოების ინტერესების დაცვას; აგრეთვე, პრევენციის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მეთოდებს.

- ინტეგრაცია - რომელიც მოიცავს: მომსახურების ინტეგრაციასა და უწყვეტობას; ჯანდაცვასა და სოციალურ მომსახურებაში ინტეგრაციას; საზოგადოებაში ინტეგრაციასა და თანამონაწილეობას იზოლაციის ნაცვლად.

- თანმიმდევრულობა – ევოლუციურ და ჰარმონიულ განვითარებას

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მომავალი მოწყობა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს: მოქნილობა, მდგრადობა, სტიგმატიზაციის შემცირება, საჭიროებებსა და შედეგზე ორიენტირებულობა, მოვლისა და მკურნალობის მაღალი სტანდარტები და ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება. აღნიშნული მახასიათებლების გასაზომად შემუშავებულია შემდეგი ინდიკატორები:

ინდიკატორ(ებ)ის დასახელება	ინდიკატორის მონაცემი - წელი და წყარო	საწყისი მუდღეობა	შუალედური მიზანი 2017 წლისათვის (ინფორმაციის წყარო)	საბოლოო მიზანი 2020 წლისათვის (ინფორმაციის წყარო)
თანამედროვე (თემზე დაფუძნებული) ფსიქიატრიული სერვისების მოცვის გაზრდა	5% (სახელმწიფო პროგრამა-2014 წ)		30%	50%
ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების საერთო ბიუჯეტში	თემზე დაფუძნებული სერვისები დღეისათვის პილოტური პროგრამებით ხორციელდება დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, სახელმწიფო დაფინანსების შეადგენს 4,5%, სტაციონარული მომსახურების წილი კი 70% - 2014 წ		ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების საერთო დაფინანსებიდან ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა შეადგენს 25%/75%	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების საერთო დაფინანსებიდან ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობა შეადგენს 50%/50%
ფსიქიკური აშლილობის მქონე	3.3% (დკსჯეც-2011)		7% (სერვისების და მოცვის)	15% (სერვისების და მოცვის)

პირების ავადობა		გაუმჯობესების ხარჯზე)	გაუმჯობესების ხარჯზე)
შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტთა სათანადო მკურნალობით მოცვის მაჩვენებელი	საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება (საერთაშორისო მონაცემებით საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობით მოცვა შეადგენს დაახლოებით 15%-იდან 25%-მდე.)	>15%	>25%
6 თვეზე მეტხანს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა	ოფიციალური საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება (სერვისის მიმწოდებლების ინფორმაციით დაახლოებით 60%)	40%	20%
ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი დროული ამბულატორიული ჩარევა/სერვისების უწყვეტობის უზრუნველყოფა	საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება	60%	80%
სიკვდილიანობის ინდექსი	1% (დკსჯეც-2012)	0,7%	0,5%

### სტრატეგიის სახელმძღვანელო პრინციპები ადამიანის უფლებების დაცვა და ადამიანის ღირსების პატივისცემა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერ რგოლში მთავარია პიროვნების ინტერესების დაცვა, მისი ღირსების პატივისცემა და მაქსიმალურად შესაძლებელ ჰუმანურ გარემოში მზრუნველობა. ამასთან, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია მათი უფლებების შესახებ, მათ შორის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების, საცხოვრებლის, დასაქმების და ასევე დისკრიმინაციის ნებისმიერი ფორმის დაცულობის შესახებ.

#### თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური პრობლემების მქონე ნებისმიერი ადამიანი ასაკის, სქესის, ეთნიკური წარმომავლობისა თუ რეგილიური შეხედულებების მიუხედავად თანაბრად იმსახურებს ღირსეულ მოპყრობას და თანაბარი შესაძლებლობა აქვს ისარგებლოს აუცილებელი მომსახურებით.

#### შემწყნარებლობა (ტოლერანტობა) და სოციალური ინკლუზია

ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული განსხვავებულობა ჩვეულებრივი მოვლენაა, და არ მიიჩნევა ურთიერთობაში დისკომფორტისა და, მითუმეტეს, დისკრიმინაციის წყაროდ.

თემზე დაფუძნებული მომსახურება/ზრუნვა თემში

ზრუნვა/მომსახურება უნდა მიეწოდოს შეძლებისდაგვარად ყველაზე შეუზღუდავ გარემოში. ჰოსპიტალიზაციის გადაწყვეტილება უნდა იქნეს მიღებული მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც მომსახურების/მკურნალობის ყველანაირი ალტერნატივა თემში ამოიწურება.

ზრუნვის კოორდინაცია და ინტეგრაცია

მომსახურება თითოეულ უბანზე (catchment area) უნდა იყოს კოორდინირებული და ინტეგრირებული, რათა ხელი შეეწყოს ზრუნვის უწყვეტობას.

ყოვლისმომცველობა

სერვისები თითოეულ თემში (catchment area) უნდა შეიცავდეს პროგრამების მრავალფეროვან სპექტრს, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებები.

საზოგადოების ჩართულობა

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები ჩართულნი უნდა იყვნენ და მონაწილეობა მიიღონ მათთვის განკუთვნილი სერვისების დაგეგმვასა და განვითარებაში. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების ოჯახის წევრები მნიშვნელოვანი პარტნიორები არიან ზრუნვის უზრუნველყოფისათვის და მათ უნდა მიეწოდოს შესაბამისი ინფორმაცია.

განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფების საჭიროებების უზრუნველყოფა

განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფების საჭიროებები (მაგ. ბავშვები, მოზარდები, ქალები, მოხუცები, იძულებით გადაადგილებული პირები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და პენიტენციურ დაწესებულებებში მყოფი პირები) უნდა იყოს გათვალისწინებული.

გამოჯანმრთელება/აღდგენა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებმა უნდა შექმნას ისეთი პირობები, რომელიც ხელს შეუწყობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის თვითგამორკვევის შესაძლებლობას.

პოტენციური საფრთხეები

სტრატეგიის განხორციელებაზე შეიძლება გავლენა მოახდინოს მთელმა რიგმა გარეშე ფაქტორებმა. ქვემოთ მოცემულია ასეთი ძირითადი ფაქტორების ჩამონათვალი:

- ფსიქიკური ჯანდაცვის სამსახურების არასაკმარისი დაფინანსება;
- o არათანმიმდევრული ადვოკატირება;

- o ფართო საზოგადოების მხრიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ ინტერესის ნაკლებობა;
- o სოციალური სტიგმა;
- o მცდარი მოსაზრება, რომ ზრუნვა არარენტაბელურია;
- ფსიქიკური ჯანდაცვის რესურსების, ძირითადად, დიდ ქალაქებსა და მსხვილ დაწესებულებებში თავმოყრა;
- o ისტორიული დამოკიდებულება ფსიქიატრიული კლინიკების მიმართ;
- o ფსიქიკურ ჯანდაცვაზე პასუხისმგებლობების სხვადასხვა სახელმწიფო ორგანიზაციებს შორის გადანაწილება;
- o თანამშრომელთა ინტერესი, გააგრძელონ დიდ სტაციონარებში მუშაობა;
- o თემზე დაფუძნებულ ზრუნვაზე გადასვლისთვის გარდამავალი დაფინანსების აუცილებლობა;
- ფსიქიკური ჯანდაცვის ეფექტური ინტეგრაციის სირთულე პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში;
- o პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის დატვირთვის გაზრდა;
- o სპეციალისტების ტრენინგების, სუპერვიზიისა და მხარდაჭერის უკმარისობა;
- o პირველად ჯანდაცვაში საჭირო მედიკამენტებით არასაკმარისი უზრუნველყოფა;
- ჯანდაცვის მუშაკების მცირე რაოდენობა, რომელთაც გაიარეს სათანადო ტრენინგი და სუპერვიზირება ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში;
- o ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში რთული სამუშაო პირობები;
- o პერსონალის წახალისების მექანიზმების ნაკლებობა;
- o პროფესიული გაერთიანებების წინააღმდეგობა არასპეციალისტების როლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით გაფართოებაზე;
- o სამედიცინო დარგის სტუდენტების/რეზიდენტების და ფსიქიატრების მხოლოდ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში მომზადება/ტრენინგება;
- o თემზე დაფუძნებული ზრუნვის სუპერვიზირებისათვის ინფრასტრუქტურის არარსებობა;
- o ფსიქიატრიის სპეციალობის რეზიდენტების, ფსიქიატრიის მიმართულების სხვა საგანმანათლებლო პროგრამებში (ბაკალავრიატი, მაგისტრატურა, პროფესიული პროგრამები) ჩართული სტუდენტების შეზღუდული რაოდენობა;
- ფსიქიკური ჯანდაცვის ლიდერებს შორის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არასაკმარისი ცოდნა და გამოცდილება;
- ფრაგმენტაცია ფსიქიკური ჯანდაცვის ადვოკატორების გუნდებს შორის;

სტრატეგიული პრიორიტეტები და მათი განხორციელება							
მიმართულება		სერვისების მიწოდება	საბაზისო მონაცემები	სამიზნე	ინდიკატორი	პასუხისმგებელი და პარტნიორის ორგანიზაციები	დაფინანსების წყაროები
სტრატეგიული მიმართულება	1	სახელმწიფო მმართველობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში		2015-2020 წელი			

ამოცანა	1.1	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის გაუმჯობესება <sup>1</sup>		2015 წელი			
ღონისძიება	1.1.1	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის (მიმდინარეობისა და შედეგების) კოორდინაციისა და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეულის ფუნქციონირება <sup>2</sup>	სპეციალური ერთეული არ ფუნქციონირებს	2015 წელი	სპეციალური ერთეული გამოყოფილია და მის მიერ დაწყებულია პოლიტიკის კოორდინაციისა და ზედამხედველობის უზრუნველყოფის სათვის, ღონისძიებების განხორციელება	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი არასამთავრობო ორგანიზაციები	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	1.1.2	ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესება <sup>3</sup>	არსებული ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის საჭიროებს დახვეწას	2016 წელი	ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ერთიანი საინფორმაციო სისტემით მიღებული მონაცემები შესაბამისობაშია ჯანმოს სტანდარტებთან	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დეკჯეც, დონორი არასამთავრობო ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	1.1.3	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო მართვის გაუმჯობესება <sup>3</sup>	დამტკიცებულია „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა თვის პასპორტიზაციის წესის“ მინისტრის 2013 წლის 4 აგვისტოს №01-33/ნ ბრძანება. მისი მოთხოვნების შესაბამისად, ინფორმაცია ფჯ დაწესებულებების პასპორტიზაციის შესახებ არსებობს, მაგრამ არასრულია	2015 წელი	პასპორტიზაციის ერთიანი ელექტრონული ჯანდაცვის სისტემაში რეგისტრირებულია ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებები	სახელმწიფო ბიუჯეტი
ღონისძიება	1.1.4	ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის ჰარმონიზაცია საერთაშორისო კანონმდებლობასთან	არსებული კანონმდებლობა მოითხოვს გადახედვას და დახვეწას საერთაშორისოდ მიღებული ნორმების გათვალისწინებ	2017 წელი	ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობა ჰარმონიზებულია საერთაშორისო კანონმდებლობა	საქართველოს პარლამენტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს	დონორი ორგანიზაციები

			ით		სთან	სახალხო დამცველის აპარატი, დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციები, საერთაშორისო ექსპერტები, პროფესიული ასოციაციები,	
ღონისძიება	1.1.5	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმების შემუშავება	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის არსებული დიზაინი	2016-2020 წელი	სახელმწიფო პროგრამა მოდერნიზებულ ია პროგრამული რესურსის ხარჯთეფექტურ ობის ეფექტიანობის გაზრდის მიმართულებით	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო, დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	1.1.6	ფჯ სერვისების ხარისხის კონტროლისა და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემური მექანიზმის შექმნა და დანერგვა <sup>4</sup>	მხოლოდ სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებებ ის სანებართვო პირობები ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფ ის შეფასების შიდა სისტემის არსებობას (რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის ა და სოციალური დაცვის მინისტრის N63/ნ ბრძანებით), ამასთან, სისტემა ფორმალიზებულია და საჭიროებს დახვეწას.	2016-2020 წელი	ყველა ტიპის (სტაციონარული , ამბულატორიული და სხვა) ფჯ სერვისების მიმწოდებელი იმ დაწესებულებებ ის რაოდენობა, სადაც დაინერგა ხარისხის კონტროლისა და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემური მექანიზმი	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები, პროფესიული ორგანიზაციები, სპეციალიზებული დაწესებულებები	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	1.1.7	უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებსა და საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული პროტოკოლებისა	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის	2015-2020 წელი	ყოველწლიურად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი	დონორი ორგანიზაციები, სახელმწიფო ბიუჯეტი

		და გაიდლაინების შემუშავება (მათ შორის პჯდ-სა და პენიტენციური სისტემისთვის)	ბრძანებით დამტკიცებული შემდეგი გაიდლაინები/პროტოკოლები: ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა); მძიმე სტრესზე პიროვნების რეაქციის და ადაპტაციის დარღვევების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა; პანიკური აშლილობა; დემენცია; დელირიუმი; გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობა; დეპრესიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში; დემენციის გამოვლენა და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში; შიზოფრენია; დეპრესია;		ბრძანებით დამტკიცებული შემუშავებული/განახლებული ფჯ გაიდლაინების და პროტოკოლების რაოდენობა	ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	
სტრატეგიული მიმართულება	2	ადამიანური რესურსების განვითარება		2015-2016 წელი			
ამოცანა	2.1	კვალიფიციური კადრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგის უზრუნველყოფა <sup>5</sup>		2017 წელი			
ღონისძიება	2.1.1	ადამიანური რესურსების/კადრების საჭიროების იდენტიფიცირება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ 2015 წელი	ადამიანური რესურსების რაოდენობა (საერთო რაოდენობები და ცალკეული სპეციალობების მიხედვით) იდენტიფიცირებულია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	2.1.2	ადამიანური რესურსების განვითარების გრძელვადიანი სტრატეგიის შემუშავება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ 2016 წელი	ადამიანური რესურსები/კადრების განვითარების გრძელვადიანი სტრატეგია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო,	დონორი ორგანიზაციები

					შემუშავებულია	განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	
ღონისძიება	2.1.3	სტუდენტთა მოტივირება და ფჯ რეზიდენტთა და შესაბამისი დარგის მაგისტრთა რაოდენობის გაზრდა	ქ. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი - 20 რეზიდენტი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი - 14 მაგისტრანტი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი - 20 მაგისტრანტი.	2016 წელი	შემუშავებული განვითარების გეგმის შესაბამისად, ფსიქიატრიის რეზიდენტებისა და შესაბამისი დარგის მაგისტრთა რაოდენობა გაზრდილია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო	სახელმწიფო ბიუჯეტი
ამოცანა	2.2	პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა ფჯ პრობლემების იდენტიფიკაციისა და მართვის საკითხებში		2018 წელი			
ღონისძიება	2.2.1	პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისთვის ფჯ საკითხებში შესაბამისი სწავლების პროგრამის შემუშავება, ქვეყნის მასშტაბით დანერგვა და დამხმარე ზედამხედველობის (supportive supervision) განხორციელება	ამ ეტაპზე შემუშავებული და დამტკიცებულია მხოლოდ "საოჯახო მედიცინის" განახლებული სარეზიდენტო პროგრამა. არ არის შემუშავებული უწყვეტი პროფესიული განვითარების შესაბამისი პროგრამები;	2017 წელი	1. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისთვის ფჯ საკითხებში სწავლების პროგრამა შემუშავებულია, ქვეყნის მასშტაბით დანერგულია, პუდ-სთან ფჯ ამბულატორიული და სათემო სამსახურების თანამშრომლობის მოდელი შემუშავებულია და ხორციელდება დამხმარე ზედამხედველობა; 2. ქვეყნის მასშტაბით გადამზადებულია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის არანაკლებ 30%-ისა	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	დონორი ორგანიზაციები



ლონისძიება	2.2.2	პჯდ-სთან ფჯ ამბულატორიული და სათემო სამსახურების რეგულარული, დინამიური თანამშრომლობის მოდელის შემუშავება	საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება	2018 წელი	შემუშავებულია ფჯ და პჯდ სამსახურების თანამშრომლობის ფორმების სარეკომენდაციო ინსტრუქციები. გაფორმებულია ხელშეკრულებები მხარეთა შორის	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	დონორი ორგანიზაციები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა
სტრატეგიული მიმართულება	3	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები მიწოდება		2015-2020 წელი			
ამოცანა	3.1	ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესება		2015-2020 წელი			
ლონისძიება	3.1.1	ფჯ ამბულატორიული სერვისების (ბავშვთა და მოზარდთა ჩათვლით) გარდაქმნა სათემო სერვისებად და ამ სერვისების გაფართოება, მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა და სათემო სერვისებისთვის დაფარვის ზონების/მოცვის არეალის განსაზღვრა <sup>7</sup> .	საქართველოში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფუნქციონირებს ამბულატორიული სერვისის მიწოდებელი შემდეგი დაწესებულებები: 18-ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი და მათზე მიმავრებული კაბინეტები; 4-კის ცენტრი; 3-ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი.	2017 წელი	რეგიონების რაიონების რაოდენობა, სადაც განხორციელდა ფჯ ამბულატორიული მომსახურების გარდაქმნა სათემო სერვისებად ან შეიქმნა სათემო სერვისები	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, ეკონომიკის სამინისტრო, რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო, ადგილობრივი თვითმმართველობა	სახელმწიფო ბიუჯეტი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა
ლონისძიება	3.1.2	ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სამსახურის განვითარება, ფსიქოსოციალური დახმარების დიფერენცირებული პროგრამების შემუშავება როგორც მოზარდილთათვის, ასევე, ბავშვთა და მოზარდთათვის <sup>8</sup>	საქართველოში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფუნქციონირებს 3-ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი.	2017 წელი	1. ფსიქოსოციალური დახმარების დიფერენცირებული პროგრამები შემუშავებულია; 2. სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა გაზრდილია, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო	სახელმწიფო ბიუჯეტი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა

					დაცვით.		
ლონისძიება	3.1.3	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დეინსტიტუციონა ლიზაციის სტრატეგიის შემუშავება	საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება	2016წელი	დეინსტიტუციო ნალიზაციის სტრატეგია შემუშავებულია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	დონორი ორგანიზაც იები
ლონისძიება	3.1.4	დასაქმების ხელშეწყობის სერვისების კონცეფციის შემუშავება <sup>9</sup>	შშმპ სამოქმედო გეგმაში მოცემულია მხოლოდ ზოგადი პრინციპები	2018 წელი	დასაქმების ხელშეწყობის სერვისების კონცეფცია მომზადებულია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რეგიონული განვითარების და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო, ეკონომიკის სამინისტრო, ადგილობრივი თვითმმართველო ბ	დონორი ორგანიზაც იები
ლონისძიება	3.1.5	ადამიანის უფლებების დაცვის გაუმჯობესება და გამდიდრება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში	საქართველოს სახალხო დამცველის და ევროპის წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) ანგარიშები	2018წელი	საქართველოს სახალხო დამცველისა და ევროპის წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) ანგარიშებში ადამიანის უფლებების დარღვევის ფაქტები შემცირებულია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი	ევროპის საბჭოსა და ევროკავში რის ერთობლივ ი პროექტი "ადამიანის უფლებების დაცვა ციხეებსა და დახურულ ტიპის დაწესებულ ებებში
სტრატეგიული მიმართულება	4	ფსიქიკური ჯანმრთელობა პენიტენციურ სისტემაში		2015-2016 წელი			
ამოცანა	4.1	პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების თანაბარი სტანდარტების უზურნველყოფა <sup>10</sup>					
ლონისძიება	4.1.1	პენიტენციურ	საბაზისო	2015 წელი	ჩატარებულია	საქართველოს	სახელმწიფ

		სისტემაში პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების შეფასება და საჭიროებათა კვლევა	მონაცემები არ მოიპოვება		შეფასება/კვლევის ანგარიში და წარმოდგენილი რეკომენდაციების პაკეტი	სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	ბიუჯეტი, დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	4.1.2	ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ინტეგრირებული, ერთიანი პროგრამის შექმნა,	საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება	2015 წელი	შემუშავებულია ერთიანი ინტეგრირებული პროგრამა, რომელშიც პირველადი ჯანდაცვის და სპეციალიზებული მომსახურების, ასევე სხვა რგოლების ფუნქციები და სერვისები იდენტიფიცირებულია	საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	დონორი ორგანიზაციები, სახელმწიფო ბიუჯეტი
ღონისძიება	4.1.3	პენიტენციურ სისტემაში ინტეგრირებული, ერთიანი პროგრამის დანერგვა	საბაზისო მონაცემები არ მოიპოვება	2016 წელი	პენიტენციურ სისტემაში დანერგილია ერთიანი ინტეგრირებული მოდელი	საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორი ორგანიზაციები
სტრატეგიული მიმართულება	5	საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება					
ამოცანა	5.1	საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, დამოკიდებულებების შეცვლა/სტიგმის შემცირება <sup>11</sup>		2015-2016 წელი			

ლონისძიება	5.1.1	საზოგადოების მობილიზაციის (ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ განათლების ცნობიერების ასამაღლებლად) გრძელი და მოკლევადიანი სტრატეგიების შემუშავება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ 2015 წელი	საზოგადოების მობილიზაციის გრძელი/ მოკლევადიანი სტრატეგიები შემუშავებულია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, დეკჯეც, საქართველოს სასჯელაღსრულებლისა და პრობაციის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	ევროპის საბჭოსა და ევროკავშირის ერთობლივი პროექტი "ადამიანის უფლებების დაცვა ციხეებსა და დახურული ტიპის დაწესებულებებში"
ლონისძიება	5.1.2	სტიგმის შესამცირებლად საინფორმაციო-საგანმანათლებლო ღონისძიებების განხორციელება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ 2016 წელი	სტიგმის შესამცირებლად საინფორმაციო-საგანმანათლებლო ღონისძიებები განხორციელებულია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დეკჯეც, საქართველოს სასჯელაღსრულებლისა და პრობაციის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	დონორი ორგანიზაციები
ლონისძიება	5.1.3	ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების შემუშავება, ბაღებში, საჯარო სკოლებსა და სამუშაო ადგილებზე	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ 2016 წელი	პროგრამებით მოცული ბაღების, საჯარო სკოლების და სამუშაო ადგილების რაოდენობა	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, დეკჯეც, საქართველოს სასჯელაღსრულებლისა და პრობაციის სამინისტრო, დონორი ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	დონორი ორგანიზაციები
ლონისძიება	5.1.4	ძალადობის პრევენციის პროგრამის შემუშავება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ 2016 წელი	ძალადობის პრევენციის პროგრამა შემუშავებულია და ხორციელდება	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დეკჯეც, დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციები, სასჯელაღსრულებლისა და პრობაციის სამინისტრო,	დონორი ორგანიზაციები სახელმწიფო ბიუჯეტი

						პროფესიული ასოციაციები		
ღონისძიება	5.1.5	სუიციდის პრევენციის პროგრამების შემუშავება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ	2015-2016 წელი	1. სუიციდის პრევენციის პროგრამები შემუშავებულია და ხორციელდება 2. რეგიონების/რაიონების რაოდენობა, სადაც პროგრამა ხორციელდება	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დეკანოზის დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციები, სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, პროფესიული ასოციაციები	დონორი ორგანიზაციები სახელმწიფო ბიუჯეტი
ღონისძიება	5.1.6	ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მათი ოჯახის წევრების ორგანიზაციების გაძლიერება	საქართველოში ფუნქციონირებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების და მათი ოჯახის წევრების ორგანიზაციები (1-2), მაგრამ მათი ჩართულობა დარგის განვითარების საკითხებში ძალიან მწირია	არ	2015-2020 წელი	პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა ჩართულობა/აქტივობა დარგის განვითარების საკითხებში გაზრდილია	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დეკანოზის პაციენტებისა და ოჯახის ორგანიზაციები, დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციები, პროფესიული ასოციაციები	დონორი ორგანიზაციები
ღონისძიება	5.1.7	მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლების ცოდნის ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკის საკვანძო საკითხებში, ტრენინგის მასალების მომზადება და ჩატარება	საბაზისო მონაცემები მოიპოვება	არ	2015-2020 წელი	მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლების რაოდენობა ყოველწლიურად, რომლებმაც გაიარეს მომზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითად თემებზე	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციები, მასმედიის წარმომადგენლები, პროფესიული ასოციაციები	ევროპის საბჭოსა და ევროკავშირის ერთობლივი პროექტი "ადამიანის უფლებების დაცვა ციხეებსა და დახურულ ტიპის დაწესებულებებში"

სტრატეგიული მიმართულებების განმარტებები

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაგეგმვა და ორგანიზება საკმაოდ კომპლექსურია და მასში მონაწილეობას იღებს სხვადასხვა დაინტერესებული მხარე, სხვადასხვა სახელმწიფო სტრუქტურა და ადმინისტრაციული დონე. სახელმწიფოს ექსკლუზიურ პრეროგატივას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მართვა და გადამწყვეტ როლს თამაშობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების დაფინანსებაში, პირველ რიგში უმწეო მოსახლეობისთვის აუცილებელი ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველსაყოფად. სახელმწიფო მმართველობის სტრუქტურები შეიმუშავენ კანონმდებლობას სხვა დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობით და ეწევიან სფეროს რეგულირებას კანონით განსაზღვრულ ფარგლებში.

2. სახელმწიფო დაინტერესებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის შედეგიანობასა და მიმდინარეობის შეფასებაში, რისთვისაც უნდა აწარმოოს პოლიტიკის განხორციელებასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების გაზომვა და, საჭიროების შემთხვევაში, შეიტანოს შესაბამისი კორექტივები პოლიტიკაში. ამ მიზნით აუცილებელია, შეიქმნას შეფასების ერთიანი სისტემა, განისაზღვროს ის ინდიკატორები, რომელთა საშუალებითაც მოხდება პოლიტიკის განხორციელების და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის შეფასება, მათი შეგროვების პერიოდულობა, წყაროები და პასუხისმგებელი სტრუქტურები.

3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ეფექტური სისტემის შექმნა მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ სისტემატურად შეგროვდეს სარწმუნო ინფორმაცია ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განაწილების და გავრცელების ტენდენციების შესახებ, გამოვლინდეს მაღალი რისკის მქონე ჯგუფები და რისკ-ფაქტორები, და დროულად მოხდეს ჯანდაცვის სისტემის ინფორმირება ფსიქიკური აშლილობის გავრცელების შესახებ.

მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზედამხედველობის სისტემის დიზაინის საწყის ეტაპზევე ყურადღება გამახვილდეს შემდეგზე: ა) რა უნდა გაიზომოს (რომელი ინდიკატორები უნდა იქნეს გამოყენებული), ბ) რა მეთოდები უნდა იქნეს გამოყენებული მონაცემთა შესაგროვებლად გ) რომელი სუბ-პოპულაციები უნდა შეირჩეს შესასწავლად, დ) სად უნდა გაიზომოს (რომელი გეოგრაფიული არეალი), ე) როგორი სიხშირით უნდა გაიზომოს (მონაცემთა შეგროვების სიხშირე), ვ) როგორ უნდა გაიზომოს, ზ) როგორ უნდა გაანალიზდეს მონაცემები.

4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის შიდა კონტროლის და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემური მექანიზმების შექმნა/შემუშავება და მათი დანერგვა არის აუცილებელი წინაპირობა ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის გასაუმჯობესებლად. ნებისმიერ ორგანიზაციას უნდა ჰქონდეს ხარისხის შეფასებისა და მართვის ეფექტური სისტემა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების 6 მიზანს გვათავაზობს, რომელიც განვითარების ნებისმიერ ეტაპზე მყოფი ქვეყნისთვის შესაბამისია: უსაფრთხოება: ჯანდაცვა, რომელსაც მინიმუმამდე დაჰყავს სერვისის მომხმარებელთა რისკები და ზიანი; ეფექტურობა: ჯანდაცვა, რომელიც ემყარება მტკიცებულებებს, რაც განაპირობებს ინდივიდებისა და საზოგადოების ჯანმრთელობის გამოსავლის გაუმჯობესებას; ეფექტიანობა: ჯანდაცვა, რომელიც მაქსიმალურად იყენებს რესურსებს და თავს არიდებს ფუჭ ხარჯებს; ხელმისაწვდომი/პაციენტზე ორიენტირებული: ჯანდაცვა, რომელიც ითვალისწინებს

სერვისების ინდივიდუალურ მომხმარებელთა უპირატესობებსა და მისწრაფებებს და მათი კუთვნილი საზოგადოების კულტურას; მიუკერძოებელი/თანასწორი: ჯანდაცვა, რომლის ხარისხი არ მერყეობს პერსონალური მახასიათებლების მიხედვით, როგორცაა სქესი, რასა, ეთნიკურობა, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობა ან სოციო-ეკონომიკური სტატუსი; მისაღები: ჯანდაცვა, რომელიც დროულია, გეოგრაფიულად რაციონალური და ხორციელდება იქ, სადაც უნარები და რესურსები შეესაბამება სამედიცინო მოთხოვნებს[20].

5. კვალიფიციური კადრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მომარაგება ერთ-ერთი წინაპირობაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად. ადამიანური რესურსების განვითარების მიზანია გაზარდოს ორგანიზაციის შესაძლებლობები თანამედროვე უნარების მქონე, ჩართული, მოტივირებული და საქმისადმი ერთგული თანამშრომლებით უზრუნველყოფის გზით.

6. დღეის მდგომარეობით ოჯახის ექიმთა კომპეტენცია გაწერილია და მოიცავს მთელი რიგი ფსიქიკური პრობლემების გამოვლენას, მკურნალობასა და მართვას. პჯდ პერსონალის რეალური მონაწილეობა ფსიქიკური პრობლემების გამოვლენაში, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის რეფერირება ფჯ სისტემაში და უკურეფერალის მიხედვით შემთხვევათა შემდგომი მართვა აუცილებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად. მცირე რესურსების მქონე ქვეყნებში ფსიქიკურ აშლილობათა შემთხვევების დიდი ნაწილის ამოცნობა და მკურნალობა პირველადი ჯანდაცვის მიერ უნდა განხორციელდეს[21]. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ აჩვენა, რომე ასეთ ქვეყნებში პირველადი ფსიქიატრიული დახმარების ინტეგრირება პირველად ჯანდაცვაში სრულიად შესაძლებელია[22]. ამისთვის კი მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობების გაძლერება, რათა დროულად, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიცირება და პრობლემის მართვა.

7. თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ძირითადი პრიორიტეტი მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადგილობრივ პირთა დახმარებაა. მრავალი კვლევებითა და სისტემური მიმოხილვებით, სადაც სტაციონარული და სათემო გუნდების მუშაობაა შედარებული, ნაჩვენებია, რომ მულტიდისციპლინურ სათემო გუნდების მომსახურებას აშკარა უპირატესობა აქვს: მათ შეუძლიათ გააუმჯობესონ პაციენტის ჩართულობა ფსიქიატრიულ სერვისებში, გაზარდონ მომხმარებლის კმაყოფილება, უკეთესად დააკმაყოფილონ მათი საჭიროებები და გააუმჯობესონ მკურნალობის რეჟიმის დაცვა[23]. ამასთან, ზრუნვის უწყვეტობა და მომსახურების მოქნილობა ბევრად უკეთ არის უზრუნველყოფილი იქ, სადაც თემში მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდის მოდელი არსებობს[24].

8. ფსიქიატრიის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად მიიჩნევა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, რომელიც განისაზღვრება: პაციენტის, როგორც პიროვნების, აღდგენა; მისი ყველა იმ უნარის გაუმჯობესება, რომელიც მისცემს საშუალებას, გამოიყენოს შენარჩუნებული და/ან აღდგენილი უნარ-ჩვევები წარმატებული შრომით თუ სოციალურ მოღვაწეობაში. ამავე დროს, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია გულისხმობს ფსიქიურად დაავადებულთა მოვლისა და მხარდაჭერის სამსახურების მრავალრგოლიანი ქსელის განვითარებას, რომელიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს საზოგადოებაში

დამოუკიდებელი ცხოვრების ოპტიმალური დონის მიღწევაში შეუწყობს ხელს[25]. რეაბილიტაციის დროს გამოიყენება ფსიქო-სოციალური ინტერვენციები, რაც გულისხმობს დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარ-ჩვევებს, ფსიქოგანათლებას, თავის მოვლის, ბაზისური ცოდნის გამოყენების, კომუნიკაციური და ელემენტარული შრომითი უნარების დასწავლა/აღდგენას, კოგნიტური უნარების გაუმჯობესებას, რის შედეგადაც უმჯობესდება პაციენტის გარემოში ადაპტაციის უნდარი, მაღლდება სტრესისადმი ტოლერანტობა, იზრდება შრომისუნარიანობა, პრობლემების გადაჭრის შესაძლებლობა და სხვა[26].

9. ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებს შორის უმუშევრობის დონე ძირითადად უფრო მაღალია, ვიდრე ჩვეულებრივ მოსახლეობაში[27][28]. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ოკუპაციური და პროფესიული რეაბილიტაციის თანამედროვე ფორმებმა კვლავ წამოწიეს დასაქმების საკითხი, როგორ გამოსავლის მთავარი პრიორიტეტი. მომხმარებელთა და მზრუნველთა საადვოკაციო ჯგუფების მიერ ადამიანის სოციალური სტატუსისა და ცხოვრების ხარისხის ასამაღლებლად, სამსახური და სოციალური დასაქმება უმაღლეს პრიორიტეტად განისაზღვრა. ინდივიდუალური დასაქმებისა და მზარდაჭერის პროგრამების შემსწავლელი კვლევების შედეგები, მზარდი კონკურენტუნარიანი დასაქმების სიხშირის მაჩვენებლის მიხედვით დამაიმედებლად გამოიყურება[29].

10. პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებმა უნდა უზრუნველყოს პატიმრებისათვის ეფექტური, ხელმისაწვდომი, დროული და ხარისხიანი მომსახურება, რომელიც არანაკლები იქნება სამოქალაქო სექტორში არსებული სტანდარტებისა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებმა უნდა უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმრებისთვის შესაბამისი მკურნალობა/მზრუნველობა, რომელიც მისცემს მათ დამოუკიდებლად ფუნქციონირების და თვით-კონტროლის შესაძლებლობას, ასევე გაზრდის პატიმრების უსაფრთხოებას და მოამზადებს მათ საზოგადოებაში რესოციალიზაციისათვის.

11. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მიმართ დამოკიდებულების ცვლილება/სტიგმის შემცირება უმნიშვნელოვანესია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად. საზოგადოების სხვადასხვა ფენამ კარგად უნდა გაიაზროს, რომ ფსიქიკური აშლილობა არ წარმოადგენს დისკრიმინაციის საგანს და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირის ან მისი ოჯახის გარიყვის მიზეზს. საზოგადოებამ მაქსიმალურად უნდა შეუწყოს ხელი ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს სრულფასოვნად იცხოვრონ; თავად ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები და მათი ოჯახის წევრები კი უნდა ჩაერთონ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში და არ გრძნობდენ თავს გარიყულად.

[1] საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ

[2]WHO (2013) Mental Health Action Plan 2013-2020; WHO-Geneva

[3]Ibid.

[4]იხ. თორნიკროფტი გ.& ტანზელა, მ (2012) უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა. თბილისი. გვ. 10

[5]Ibid.

[6]World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO-Geneva



[7]WHO (2005) Mental Health Atlas. WHO- Geneva

[8]გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2008) „უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოსახლეობის დაუცველი ფენებისთვის. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში“. ანალიტიკური ანგარიში.თბილისი

9World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>). Geneva, World Health Organization, 2001 (accessed 13 July 2003);

10McDaid Thornicroft, 2005. Reorganization of mental health care, Policy Brief, European Observatory on Health Systems and Policies;

11Tomov, T. et al. (2005. ) Mental health policy in former Eastern bloc countries. In: Knapp M et al., (eds.), Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham, Open University Press;

[12]WHO (2011) Mental Health Atlas. WHO-Geneva

[13]Thornicroft G, Tansella M (2003) What Are the Arguments for Community-based Mental Health Care? Health Evidence Network;

[14]<http://www.euro.who.int/document/hen/mentalhealth.pdf>

[15]WHO Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO-Geneva

[16]Mental Health Atlas 2011

[17]საქართველოს სახალხო დამცველი; პრევენციის ეროვნული მექანიზმი (2012) საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში. <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/0/100.pdf>

[18]ევროპის საბჭო (2013) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის შეფასება

[19]საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ (2014) ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები. ფინანსური ბარიერების კვლევის შედეგები. პოლიტიკის ნარკვევი

[20]WHO, Quality of Care, A Process for Making Strategic Choices in Health systems, 2006;

[21]Desjarlais R, Eisenberg L, Good B and Kleinman A. World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford: Oxford University Press; 1995;

[22]World Health Organisation. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organisation; 2001;

[23]Graham Thornicroft and Michele Tansella, Better Mental Health Care; 2009;

[24]Sytema S, Micciolo R and Tansella M. Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative south-Verona and Groningen caseregister study. Psychol. Med. 1997; 27(6): 1355-1362;

[25]WHO, WAPSR, Psychosocial Rehabilitation, Agreement document, 1996;

[26]ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, სატრენინგო მოდული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისათვის, გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი, 2011;

[27]Warner R. Recovery from Schizophrenia, 2nd edn. London: Routledge; 1994;

[28]Warr P. Work, Unemployment amd Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 1987;

[29]Graham Thornicroft and Michele Tansella, Better Mental Health Care; 2009;