



ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების
დეინსტიტუციონალიზაცია

საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველოს კონტექსტი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დეინსტიტუციონალიზაცია

საერთაშორისო გამოცდილება და საქართველოს
კონტექსტი

დოკუმენტი მომზადდა პროექტის – „ქმედუნარიანობის ინსტიტუტის განხორციელების ხელშეწყობა საქართველოში“ – ფარგლებში. პროექტი მხარდაჭერილია „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) მიერ და მას ახორციელებენ ორგანიზაციები – „ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი“ (EMC), „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“ (PHR), „საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია“ (GASW) და „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი“ (GIP – Tbilisi).

დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები გამოხატავს ავტორის პოზიციას და შესაძლოა, არ ასახავდეს „ღია საზოგადოების ფონდების“ (OSF) შეხედულებებს.

ავტორი: ნანა ზავრადაშვილი

კვლევის ხელმძღვანელი: კონსტანტინე ერისთავი

რედაქტორი: ნინო ბეჟიშვილი

დაკაბადონება: თორნიკე ლორთქიფანიძე

გარეკანი: სალომე ლაცაბიძე

გარეკანი ფოტოს წყარო: <https://www.ombudsman.ge/>

აკრძალულია აქ მოყვანილი მასალების გადაბეჭდვა, გამრავლება ან გავრცელება კომერციული მიზნით, „ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრის“ წერილობითი ნებართვის გარეშე.

© ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი (EMC)

მისამართი: ი. აბაშიძის 12ბ, თბილისი, საქართველო

ტელ: +995 032 2 23 37 06

www.emc.org.ge

info@emc.org.ge

<https://www.facebook.com/EMCRIGHTS/>

სარჩევი

შესავალი	6
1. დენსტიტუციონალიზაცია – ძირითადი არსი და ქვეყნების გამოცდილება	8
2. დენსტიტუციონალიზაცია – ადამიანის უფლებების პერსპექტივა	13
3. დენსტიტუციონალიზაცია COVID-19-ის პანდემიის ფონზე	14
4. საქართველოს სიტუაციის მიმოხილვა	16
4.1. საბიუჯეტო დაფინანსება	17
4.2. სათემო სერვისები	19
4.3. სტაციონარული მომსახურება	21
4.4. დენსტიტუციონალიზაციის გამონვევები	23
5. რა უნდა გვასწავლოს საერთაშორისო გამოცდილებამ?	26
დასკვნა	28

შესავალი

ფსიქიკური აშლილობის გავრცელება და მისი გავლენა ხშირად არასათანადოდ ფასდება როგორც მთავრობების, ასევე საზოგადოების მხრიდან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, მოსახლეობის 25%-ზე მეტს ცხოვრების გარკვეულ მონაკვეთში ფსიქიკური აშლილობები აქვს. ფართო გავრცელებისა და მძიმე ტვირთის მიუხედავად, ბევრ ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მოცულობა ვერ აკმაყოფილებს მკურნალობის საჭიროებებს და ჩნდება ე.წ. მკურნალობის ხარვეზი, როდესაც ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე ადამიანთა 75-90% ვერ იღებს საჭირო დახმარებას.¹ უდავლა, რომ ქვეყნებმა უნდა გამოიყონ ადეკვატური ფინანსური, მატერიალური და ადამიანური რესურსი ამ მასშტაბის გამონწვევის მოსაგვარებლად.

აღიარებულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა ჯანდაცვის სფეროში ერთ-ერთი ყველაზე რადიკალური რეფორმაა, ვინაიდან იცვლება არა მარტო მომსახურების ფორმები, არამედ არსიც. ამ მიმართულებით ყველა ქვეყანამ უნიკალური გზა გაიარა და დღესაც არ წყდება კამათი, თუ როგორ უნდა რეფორმირდეს სისტემა ისე, რომ არ დაიკარგოს არსებული გამოცდილება და წარმატებით დაინერგოს ახალი, ზოგჯერ სრულიად უცხო მიდგომა და სერვისები.

გასული საუკუნის 70-იანი წლებიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკაში დენსტიტუციონალიზაციის მოძრაობის შედეგად სერვისებმა ფსიქიატრიული დაწესებულებებიდან თემში გადაინაცვლა. ბევრმა ქვეყანამ წარმატებით დაასრულა რეფორმა, ზოგიერთ ქვეყანაში ახლა იწყება, ზოგან კი, მათ შორის, საქართველოში, რეფორმირების პროცესი გაჭიანურებული და არათანმიმდევრულია. მიუხედავად იმისა, რომ ათწლეულების განმავლობაში პროფესიონალები მხარს უჭერენ დენსტიტუციონალიზაციასა და თემში სერვისების განვითარებას, როგორც რეფორმის ქვაკუთხედს, დღემდე მრავალ ქვეყანაში ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მკურნალობა ნამყვანი მომსახურებაა და საშუალო და დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნების ფსიქიატრიული მიმართულებით არსებული ბიუჯეტის უდიდეს ნაწილს იკავებს.

საქართველოში, რეფორმირების პროცესში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გარკვეული ცვლილებები განიცადა. ერთ-ერთი ასეთი სიახლე იყო ტერმინის – „ფსიქიატრია“ ჩანაცვლება ტერმინით „ფსიქიკური ჯანმრთელობა“; შესაბამისად, ფსიქიატრიის სახელმწიფო პროგრამას ეწოდა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელ-

1 World Health Organization. mhGAP: Mental Health Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2008. https://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.

მნიფო პროგრამა“, სულ ახლახან (1.07.2020) კანონს „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ეწოდა საქართველოს კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“;² 2014 წელს ქვეყანამ მიიღო ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა.³ ფსიქიატრიულ დაწესებულება-თა უმეტესობა თანდათანობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებად გადაკეთდა, მაგრამ, ხშირად, ცვლილებები მხოლოდ სახელწოდების შეცვლით შემოიფარგლა.

დოკუმენტში მიმოვიხილავთ დენსტიტუციონალიზაციის პროცესს, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის ძირითად შემადგენელ ნაწილს, ამ მიმართულებით საქართველოს გამოცდილებასა და საქართველოში არსებულ სიტუაციას, დაგროვილ ცოდნასა და, დასკვნის სახით, აუცილებელ ნაბიჯებს, რომელიც უნდა გადაიდგას ქვეყანაში დენსტიტუციონალიზაციის პროცესის წარმატებული განხორციელებისთვის. დოკუმენტში, მათ შორის, მოხდება ისეთი კითხვების გააზრება, როგორცაა – რას გულისხმობს დენსტიტუციონალიზაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში და როგორ განხორციელდა იგი მსოფლიოში? რას მივალნიეთ და რა წინააღმდეგობებს ვაწყდებით ამ მიმართულებით?

2 საქართველოს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ. თბილისი: საქართველოს პარლამენტი; 2006 წლის 1 ივლისი, ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178?publication=17>.

3 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 “ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015- 2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ. თბილისი: 2014 წლის 31 დეკემბერი, ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>.

1. დეინსტიტუციონალიზაცია — ძირითადი არსი და ქვეყნების გამოცდილება

დეინსტიტუციონალიზაცია, აშშ-ს მედიცინის ეროვნული ბიბლიოთეკის განმარტების თანახმად, არის ფსიქიატრიული დახმარების ლოკუსის ინსტიტუციურიდან სათემო გარემოში გადატანის პროცესი.⁴ ეს პროცესი საერთაშორისო დონეზე სამ ძირითად კომპონენტს მოიცავს:⁵

- ▶ ადამიანების საავადმყოფოდან განწერა ან თემში გადაყვანა;
- ▶ მათი ჰოსპიტალიზაციის თავიდან არიდება;
- ▶ ალტერნატიული სათემო სერვისების განვითარება.

ისტორიულად, ფსიქიატრიული დაწესებულებები დომინანტი და ყველაზე ძვირადღირებული მომსახურების ობიექტებია. ფსიქიატრიული საავადმყოფო ის ადგილია, სადაც პაციენტები, ზოგჯერ მათი ნების საწინააღმდეგოდ, ხანგრძლივად იმყოფებიან არაჰიგიენურ, გადატვირთულ და სამყაროსგან მოწყვეტილ გარემოში.⁶ დღეს დეინსტიტუციონალიზაცია ძლიერი საერთაშორისო მხარდაჭერით სარგებლობს, მაგრამ ამ მიზნის მიღწევის ტემპები და საშუალებები ქვეყნების მიხედვით განსხვავდება.

1995 წლიდან მოყოლებული პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში ფსიქიატრიული საწოდების შემცირების ტენდენცია განპირობებული იყო არა დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესების დაწყებით, არამედ სერვისების დაფინანსების მკვეთრი შემცირებით. როგორც გრაფიკზეა ნაჩვენები, 1995-2010 წლებში ფსიქიატრიული საწოდების რაოდენობა თითქმის ხუთჯერ შემცირდა (გრაფიკი 1), რასაც არ ახლდა ალტერნატიული სტაციონარგარეთა მომსახურების ან სათემო სერვისების შესაბამისი განვითარება.⁷

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალური სისტემის რეფორმირების ფარგლებში ფსიქიატრიული საწოდები მკვეთრად შემცირდა აშშ-შიც, სადაც 1955 და 1994 წლებში სახელმწიფო ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიდან დაახლოებით 487,000 პაციენტი განწერეს. საბოლოოდ, ქვეყანამ საავადმყოფოების უმეტესობა დახურა და 2010 წლისთვის 43,000 ფსიქიატრიული საწოლი დარჩა. ეს დაახლოებით 14 სა-

4 US National Library of Medicine. Deinstitutionalization. Washington (DC): US National Library of Medicine; 1979.

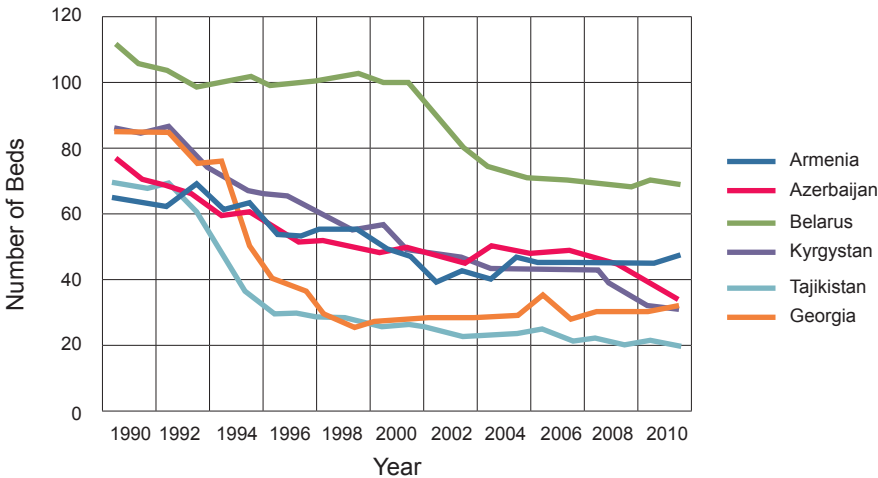
5 Case study 1: Deinstitutionalisation in UK mental health services. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services>. Published July 21, 2015.

6 Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chavez E, Katontoka S, Pathare S, Lewis O, Gostin L, Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011;378(9803):1664-1675.

7 World Health Organization Regional Office for Europe (2012) European health for all database (HFA-DB) [database]. ხელმისაწვდომია: <http://data.euro.who.int/hfad/>.

ნოლია 100,000 მოსახლეზე. ამ მასიურ დენსტიტუციონალიზაციას მოყვა კრიტიკა, ვინაიდან არსებული სათემო სერვისების მოცულობა ვერ უზრუნველყოფდა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მომსახურებას და ისინი ადევკატური დახმარების გარეშე დარჩნენ.⁸

გრაფიკი 1



Source: European health for all database (HFA-DB) [database]

ევროპის რეგიონში 100 000 მოსახლეზე ფსიქიატრიული საწოლების მაჩვენებელი განსხვავებულია და მერყეობს 174-დან ბელგიაში, 10-მდე იტალიაში.⁹ ექსპერტების აზრით, სხვადასხვა ქვეყნის ფსიქიატრიული საავადმყოფოების საწოლების ოფიციალური მაჩვენებლები არ ასახავს ქვეყნებს შორის არსებულ განსხვავებას. მაგალითად, ყოფილი საბჭოთა კავშირის უმეტეს ქვეყანაში, ასევე, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, გერმანიაში და საფრანგეთში საწოლების დიდი ნაწილი ფსიქიატრიულ დაწესებულებებშია.¹⁰ ხოლო იტალიაში, ფინეთში, შვედეთსა და დიდ ბრიტანეთში ფსიქიატრიული საავადმყოფოები დაიხურა და საწოლები ძირითადად გადანაწილდა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში.

8 Treatment Advocacy Center. "No Room at the Inn Trends and Consequences of Closing Public Psychiatric Hospitals 2005 – 2010, ხელმისაწვდომია: https://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/no_room_at_the_inn-2012.pdf.

9 World Health Organization. European health information gateway. WHO, ხელმისაწვდომია: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=20067&tab=table.

10 Focus on Mental Health Care Reforms in Europe Mental Health Services in Europe: An Overview. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2008.59.5.479>.

ამასთან, საავადმყოფოების სანოლგების მაჩვენებელი არ მოიცავს დასავლეთ ევროპის ქვეყნების მცირე ზომის რეზიდენტული ზრუნვის სახლებს და აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ბევრ ქვეყანაში არსებულ ე.წ. სოციალური ზრუნვის სახლებს. ეს სახლები ექვემდებარება სოციალური ზრუნვის სამინისტროებს, ზოგიერთი მათგანი საკმაოდ დიდია და განკუთვნილია ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პირებისთვის. ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე ადამიანთა რაოდენობა სოციალური ზრუნვის სახლებში შეიძლება ისეთივე იყოს, როგორც ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, მაგრამ ისინი არ ითვლება ფსიქიატრიული სანოლგების რაოდენობაში და არ ხვდება ოფიციალურ სტატისტიკაში. არსებობს რისკი, რომ მოხდეს პაციენტთა პოტენციური ტრანსინსტიტუციონალიზაცია ძველი ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიდან ახალ ინსტიტუციებში, როგორცაა სასამართლო ფსიქიატრიული საავადმყოფოები, ციხეები და სოციალური სახლები.¹¹

ამგვარი გამოწვევების ფონზე, თემში ყოვლისმომცველი და ხელმისაწვდომი სერვისების დაგეგმვისა და განვითარებისათვის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (შემდგომში – ჯანმო) შეიმუშავა ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2013-2020 წწ. სამოქმედო გეგმა,¹² რომელიც საფუძვლად დაედო მრავალი ქვეყნის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტს. თუმცა, კვლევები ადასტურებს, რომ ქვეყნების მიხედვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების ზოგადი სტრატეგია არაერთგვაროვანია და მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანმო-ს რეკომენდაციებსა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ცოდნას.¹³

ამასთან, დეინსტიტუციონალიზაციის წარმატებული მაგალითები აჩვენებს, რომ სისტემის გარდაქმნისათვის საჭიროა რესურსების გონივრული განაწილება და პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიღება. დღევანდელი მდგომარეობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების პრევენციისა და მკურნალობისთვის გამოყოფილი რესურსები, განსაკუთრებით, დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, არ შეესაბამება ამ დაავადებების სოციალურ ტვირთს. ამ ქვეყნებში, როგორც წესი, ჯანმრთელობის ბიუჯეტის 3%-ზე ნაკლებს ხარჯავენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ამ ბიუჯეტის 80%-ზე მეტი ისევ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე მოდის.¹⁴

ქვემოთ მოვიყვანთ დიდი ბრიტანეთის მაგალითს, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა რადიკალურად შეიცვალა; ეს გამოცდილება შემდგომ სხვა ქვეყნებმაც გაიზიარეს.

11 Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al: Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*. 2005;330:123–126.

12 World Health Organization. *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2013.

13 Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004; 185:283–290.

14 World Health Organization. *Mental health atlas 2014*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2014.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დენსტიტუციონალიზაცია გაერთიანებული სამეფოს მაგალითი

დიდ ბრიტანეთში დენსტიტუციონალიზაციის წინაპირობა ადამიანის უფლებების დაცვა და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მძიმე მდგომარეობისა და არასათანადო მოპყრობის ფართომასშტაბიანი კრიტიკა გახდა. 1970-იან წლებში სკანდალების სერია და სერვისის მომხმარებლების მოძრაობამ ხელი შეუწყო ამ კრიტიკის გაძლიერებას. დღის წესრიგში დადგა სიტუაციის შეცვლის აუცილებლობა. ამას ხელს უწყობდა სხვა ფაქტორებიც: მიღწევები მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობაში; ხანგრძლივი ინსტიტუციონალიზაციის შედეგად მიყენებული ზიანის გაცნობიერება და ამბულატორიული მკურნალობის მზარდი როლი. ამასთან, შეიქმნა საკანონმდებლო ბაზა, რომელიც აღიარებდა თემში მკურნალობის უპირატესობას და პირის ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებაზე შეზღუდვებს აწესებდა.

ფსიქიატრიული საავადმყოფოების რეკონსტრუქციის შესახებ სხვადასხვა მხარეს შორის კონსენსუსი შედგა, რაც შემდგომ კანონმდებლობით გამყარდა. ამასთან ერთად, მაშინდელმა ჯანდაცვის მინისტრმა გამოაცხადა, რომ განზრახული ჰქონდა, გაენახევრებინა ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა. ამასთან, ითვლებოდა, რომ ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ფინანსურად არამდგრადი იყო და, ზოგიერთ შემთხვევაში, მათი ფუნქციონირება მნიშვნელოვან ხარჯებს უკავშირდებოდა.

დენსტიტუციონალიზაციის პარალელურად, რეგიონალურ დონეზე სხვადასხვა პროგრამის ინიცირება მოხდა (მწვავე ფსიქიატრიული განყოფილებები გაიხსნა რაიონულ საავადმყოფოებში, დაარსდა სათემო გუნდები, გაიზარდა ამბულატორიის როლი). ყველა რაიონში, სადაც ფსიქიატრიული დაწესებულება ან თავშესაფარი იყო, ნაციონალური ჯანმრთელობის სერვისის (NHS) მენეჯერებსა და ადგილობრივ ხელისუფლებას დაევალებათ საავადმყოფოების დახურვის ხუთწლიანი ფინანსური გეგმის შემუშავება. პროექტში განერილი უნდა ყოფილიყო შემოსავლების დეტალური პროგნოზი – საავადმყოფოს ქონების და მიწის გაყიდვით შემოსული თანხა, რეინვესტიცია, NHS კაპიტალური პროექტები და დაფინანსების ახალი წყაროები. ფართომასშტაბიანი დახურვის პროცედურები 1980 წელს დაიწყო; პირველი საავადმყოფო 1986 წელს დაიხურა.

ადგილობრივი ხელისუფლების გარდა, პროცესების მართვასა და შემდგომი სერვისების მიწოდებაში აქტიურად იყო ჩართული არსებული და ახლად შექმნილი ორგანიზაციები, მათ შორის, საქველმოქმედო ფონდები. დაგეგმ-

ვა მოითხოვდა ინსტიტუციაში მოთავსებულ პირთა საჭიროებების განსაზღვრასა და გრძელვადიანი დაფინანსების მოპოვებას, რაც საფუძვლად დაედო აუცილებელი რესურსის, შტატისა და მომსახურების იდენტიფიცირებას. შემდგომში ამ ორგანიზაციებმა მიიღეს დაფინანსების უდიდესი წილი, ხელმძღვანელობდნენ ახალი სერვისების განვითარებას და შექმნეს დეინსტიტუციონალიზაციის მართვის სისტემები და სტრუქტურა.

მნიშვნელოვანი დრო და რესურსი დაეთმო შტატის გადამზადებასა და ახალ სერვისებში გადანაწილებას (რასაც 2 წელი დასჭირდა). პერსონალის განვითარების სტრატეგიის ძირითადი მიზანი იყო პერსონალის აზროვნების შეცვლა ზრუნვის მოლოდინის შესახებ, რადგან თვით პერსონალი ინსტიტუციონალიზებული იყო სისტემის მიერ. გადამზადება და ახალი უნარების დასწავლა ხდებოდა ახალ სერვისში გადასვლამდე ან პარალელურად.

შედეგები

სადაც სათემო მომსახურება ხელმისაწვდომი და ყოვლისმომცველი იყო, საერთო შეხედულებით, პაციენტთა უმეტესობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა.

მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებების დახურვა მნიშვნელოვან სახსრებს ათავისუფლებს, საერთაშორისო კვლევებმა აჩვენა, რომ მომსახურების ინსტიტუციიდან თემში გადატანა ხარჯების დაზოგვას არ იწვევს. ამის მიზეზია შემდგომი მომსახურების უფრო მაღალი ხარისხი, რომელიც დამატებით ინვესტიციებს საჭიროებს.

დეინსტიტუციონალიზაციის გრძელვადიანი კვლევების თანახმად, ტრანსფორმაციის შედეგების პროგნოზირება ადვილი არ არის. ზოგიერთ შემთხვევაში, ვიღებთ მოულოდნელ შედეგებს, ჩნდება ახალი მოთხოვნები და გაუთვალისწინებელი რისკები.

ფართოსისტემური მოსაზრებით, ერთ-ერთ გამოწვევას წარმოადგენს პაციენტების ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიდან სათემო გარემოში გადაყვანის პროცესში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჩართვა. მტკიცებულებებით დასტურდება, რომ ამ დროს პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების იგნორირება და მათი როლის გაუთვალისწინებლობა ნეგატიურად აისახება შემდგომ პროცესებზე.¹⁵

15 Case study 1: Deinstitutionalisation in UK mental health services. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-change-possible/mental-health-services>. Published July 21, 2015.

2. დენსტიტუციონალიზაცია — ადამიანის უფლებების პერსპექტივა

საზოგადოების და პროფესიონალების ნაწილი გრძელვადიანი ზრუნვის ინსტიტუტებს დღემდე აღიქვამს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ზრუნვის შესაფერის ან მისაღებ ადგილად, მიუხედავად არაერთი მტკიცებულებისა, რომ ეს ინსტიტუციები არ შეესაბამება მოვლის სტანდარტებს და ირღვევა ადამიანის უფლებები. ამ ტიპის დანესებულებები ხშირად მონყვეტილია დასახლებულ ადგილებს, პერსონალი არასაკმარისია და ნაკლებად მოტივირებული, დაბალია მათი კვალიფიკაცია და ანაზღაურება. ეს ინსტიტუციები საზოგადოებისა და პოლიტიკოსების ყურადღების ცენტრში მხოლოდ მაშინ ხვდება, როცა ძალადობისა ან არასათანადო მოპყრობის მორიგი შემთხვევა გახდება ცნობილი.¹⁶

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია (CRPD) ადგენს უფლებებზე დაფუძნებულ შეზღუდული შესაძლებლობების მოდელს და მოუწოდებს ნევრ ქვეყნებს, აღმოფხვრან ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური, ინტელექტუალური და კოგნიტური ნიშნით შშმ პირთა სოციალური, პოლიტიკური, ეკონომიკური და სამართლებრივი ინტეგრაციის წინააღობები. კონვენცია არა მარტო ახალი ხელშეკრულება, არამედ ახალი პარადიგმაა, რომლის რეალიზაცია გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საზღვრების გაფართოებას, კლინიკური და მხარდამჭერი სერვისების მჭიდრო თანამშრომლობას, ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე პირთა ხარისხიან მომსახურებას, არჩევანისა და გადაწყვეტილების მიღების უფლებას, დასაქმებას, განათლებას, საცხოვრებლით უზრუნველყოფასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობას.

დენსტიტუციონალიზაცია მნიშვნელოვანი ნაბიჯია ჰოსპიტალური მკურნალობის სათემო მკურნალობით ჩანაცვლებისა და არანებაყოფლობითი მკურნალობის, ნებაყოფლობითი მკურნალობით ჩანაცვლების გზაზე. არსებობს მტკიცებულება, რომ ადამიანის უფლებათა დაცვაზე ორიენტაციას თერაპიული ეფექტი აქვს, დადებითად აისახება მომსახურების ხარისხზე და ხელს უწყობს გამოჯანმრთელებას. ამ მიმართულებით ჯანმო-მ შეიმუშავა ხარისხის და უფლებების (QualityRights) პროგრამა, რომლის მიზანია, ფსიქიატრიულ დანესებულებებსა და ზრუნვის სახლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხარისხისა და ადამიანის უფლებების დაცვის გაუმჯობესება კონვენციის ძირითადი მუხლების შესაბამისად.¹⁷

16 Forgotten Europeans, forgotten rights: The human rights of persons placed in institutions. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2011.

17 WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights, 2012, ხელმისაწვდომია: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/.

2017 წელს, ჯანმო-ს ხარისხის უფლებების ინსტრუმენტის (WHO QualityRights toolkit) საშუალებით 24 წევრი ქვეყნის 75 ფსიქიატრიული დაწესებულება შეფასდა (მათ შორის, საქართველოში). მოპოვებულმა მონაცემებმა ცხადყო და დაადასტურა, რომ ფსიქო-სოციალური და ინტელექტუალური ნიშნით შშმ პირთა გრძელვადიანი ინსტიტუციური მომსახურება ევროპის ბევრ ქვეყანაში პროფესიულ და ადამიანის უფლებების სტანდარტებს მნიშვნელოვნად ჩამორჩება. ამ დაწესებულებების უმეტესობაში ირღვეოდა იქ მოთავსებულ პირთა ფუნდამენტური უფლებები, მათ შორის, გადაწყვეტილების მიღების უფლება, ავტონომიურობა, ღირსება და უსაფრთხოება, დამამცირებელი მოპყრობისა ან ექსპლუატაციისგან, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება, საზოგადოებაში ინტეგრაციისა და დამოუკიდებელი ცხოვრების უფლება.

ჯანმო-ს ანგარიშის მიხედვით, მთავრობების მხრიდან გადაუდებელ ყურადღებასა და მოქმედებას მოითხოვს მთელი რიგი ხარვეზები. კერძოდ, შშმ პირთა სამართლებრივი ქმედუნარიანობის განხორციელების იურიდიული მექანიზმების შესახებ ცოდნის დეფიციტი; ზრუნვის ინდივიდუალური მიდგომის არარსებობა, რეაბილიტაციისა და რეკრეაციული ღონისძიებების მკვეთრი ნაკლებობა (დაწესებულების რეზიდენტები მთელი დღეები უსაქმოდ იყვნენ და არც განათლების ან სამუშაო უნარების შექმნის შესაძლებლობა ჰქონდათ); სათემო ალტერნატიული სერვისების, განსაკუთრებით, დამოუკიდებელი საცხოვრებლის ნაკლებობა. ბევრი ქვეყნის ანგარიშში მეორედებოდა მარტივი წინადადება: რეზიდენტებს უნდათ, რომ დატოვონ დაწესებულება, მაგრამ წასასვლელი არ აქვთ.

დასკვნის სახით ანგარიშში ნათქვამია, რომ ქვეყნებში უნდა გაგრძელდეს დენსტიტუციონალიზაციის მიმართულებით მოძრაობა და სერვისის ყველა მიმწოდებელმა უნდა უზრუნველყოს ფსიქო-სოციალური და ინტელექტუალური ნიშნით შშმ პირთა უფლებების პატივისცემა, დაცვა და შესრულება.¹⁸

3. დენსტიტუციონალიზაცია COVID-19-ის პანდემიის ფონზე

დენსტიტუციონალიზაციის სფეროში არსებული საერთაშორისო გამოცდილებისა თუ გამოწვევების პარალელურად, COVID-19 პანდემიამ ახალი რეალობის წინაშე დააყენა ქვეყნები და მთავრობები. ექსპერტები ხაზს უსვამენ, რომ COVID-19-ის პანდემია შეიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერიოზული კრიზისის ნიშნებს და სავარაუდოა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების რაოდენობისა და სიმძიმის ხანგრძლივი, სწრაფი ზრდა. ჯანმო-ს მიერ აღნიშნულია,

18 World Health Organization. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. WHO.2018. ხელმისაწვდომია: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf.

რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებებზე პასუხი უნდა გახდეს პანდემიაზე რეაგირებისა და შემდგომი გაჯანსაღების ძირითადი კომპონენტი.¹⁹

კორონავირუსის რისკის წინაშე ყველაზე დაუცველი ინსტიტუციების მაცხოვრებლები აღმოჩნდნენ. ევროპის ქვეყნების მონაცემებით, კორონავირუსით გარდაცვლილთა ნახევარი ზრუნვის სახლების რეზიდენტები არიან. King's Fund-ის შეფასებით, მარტის დასაწყისიდან 7 აგვისტოს ჩათვლით, ზრუნვის სახლებში 2015-2019 წლების სიკვდილიანობის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით დაახლოებით გარდაცვალების 26 500-ით მეტი შემთხვევა იყო. გაერთიანებული სამეფოს სტატისტიკის ეროვნულმა ოფისმა გაავრცელა ინფორმაცია, რომ კოვიდ 19-ით გარდაცვლილთა 59% შშმ პირები არიან.²⁰

რამ გამოიწვია ასეთი კატასტროფული შედეგი? ექსპერტების აზრით, სავარაუდო მიზეზებია: ინსტიტუციური გარემო და მასზე დამოკიდებულება, ქრონიკულად დაფინანსების დეფიციტის მქონე სოციალური ზრუნვის სექტორის მოუმზადებლობა, მთავრობის გადანყვეტილებით ტესტირების გარეშე ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან პაციენტების გადმოყვანა, პირადი დამცავი აღჭურვილობის (PPE) დეფიციტი და რეზიდენტებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა; ამასთანავე, არ არსებობდა მთავრობის მიერ დამტკიცებული დროული და მკაფიო სახელმძღვანელო მითითებები.²¹

ჯანმო-ს ევროპის რეგიონალური ოფისი რეკომენდაციას უწევს ქვეყნებს, "შეიქმნას მექანიზმი, რომელიც დაგეგმავს, განსაზღვრავს პრიორიტეტებს და ხელს შეუწყობს ღონისძიებებს, რომ დაიცვას გრძელვადიანი ზრუნვის დაწესებულებების პერსონალი და რეზიდენტები დაინფიცირებისა და კოვიდ 19-ის გავრცელებისაგან". ამასთანავე, გრძელვადიანი ზრუნვის დაწესებულებებისთვის მიზნობრივი სახსრების გამოყოფა უნდა მოხდეს, რომ დამატებითი პერსონალისა და ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის (IPC) ხარჯები დაფაროს".²²

დამატებით, გაეროს შშმ პირთა უფლებების კომიტეტმა მოუწოდა ქვეყნებს "დააჩქარონ ყველა ტიპის დაწესებულებებიდან შშმ პირთა დენსტიტუციონალიზაციის

19 World Health Organization. Substantial investment needed to avert mental health crisis. News release, 14 May, 2020, ხელმისაწვდომია: <https://www.who.int/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>.

20 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinvolvingcovid19inthecaresectorenglandandwales/deathsoccurringupto12june2020andregisteredupto20june2020provisional>.

21 Covid-19 deaths of care home residents: what does justice look like? Eventbrite. <https://insights.doughtystreet.co.uk/post/102gfga/covid-19-deaths-of-care-home-residents-what-does-justice-look-like>.

22 Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief, 24 July 2020. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1.

პროცესი“.²³ კორონავირუსის პანდემიას ასევე გამოეხმაურა წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი (CPT), რომელმაც გამოაქვეყნა თავისუფლებაადკვეთილ პირთა მკურნალობის პრინციპები. კომიტეტი მოუწოდებს ყველა შესაბამის ორგანოს, მოძებნოს მკურნალობის ალტერნატიული გზები, გადახედოს პირების არანებაყოფლობითი მკურნალობის გაგრძელების საჭიროებას და, სადაც შესაძლებელია, სოციალური ზრუნვის სახლების რეზიდენტები თემში დააბრუნოს.²⁴

4. საქართველოს სიტუაციის მიმოხილვა

ჯანმო-ს სტრატეგიული დოკუმენტის საფუძველზე, საქართველოს შემუშავებული აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია და ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგია და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა. სახელმწიფო კონცეფციაში გაცხადებულია საქართველოს ვალდებულება – „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების შედეგად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი მომსახურებას მიიღებს ნაკლებად შემზღვეველ გარემოში, რაც შეიძლება ახლოს თავის საცხოვრებელ ადგილთან ან შინ, მისი ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით, აგრეთვე ვალდებულება, რომ მაქსიმალურად იქნეს დაცული ამ პირის უფლებები და ღირსება, უზრუნველყოფილ იქნეს მისი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტიანი მონაწილეობა“.²⁵

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამომავლო ხედვაა, რომელიც სხვა ინდიკატორებთან ერთად, მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდას, სტაციონარსა და სტაციონარს გარე სერვისებს შორის ბალანსირებული ზრუნვის მოდელის ჩამოყალიბებას, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარებასა და ზრუნვის უწყვეტობის უზრუნველყოფას.²⁶

23 “COVID-19 and the human rights of persons with disabilities” – Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities – Adopted the 9 June 2020. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25942&LangID=E>.

24 Council of Europe. COVID-19: Council of Europe anti-torture Committee issues “Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty”. 2020 News. <https://www.coe.int/en/web/cpt/-/covid-19-council-of-europe-anti-torture-committee-issues-statement-of-principles-relating-to-the-treatment-of-persons-deprived-of-their-liberty->.

25 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №1741-ს. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ. თბილისი, 11.12.2013. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2157098?publication=0>.

26 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 “ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015- 2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ. თბილისი: 2014 წლის 31 დეკემბერი, ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>.

სტრატეგიით განსაზღვრული ამოცანების ინდიკატორების ანალიზი საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ, თუ რამდენად თანხვედრაშია დენსტიტუციონალიზაციის პროცესი ქვეყნის მიერ გაცხადებულ ვალდებულებებთან. ამისათვის განვიხილოთ მოზრდილთა სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სტაციონარული და სტაციონარს გარე სერვისების მოწყობა და დაფინანსება.

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის²⁷ ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი შემდეგ მომსახურებას მოიცავს:

- ▶ სათემო ამბულატორიული მომსახურება;
- ▶ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია;
- ▶ ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- ▶ ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის;
- ▶ თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის;
- ▶ სტაციონარული მომსახურება (რომელიც მოიცავს: ბავშვთა და მოზრდილთა სტაციონარულ მომსახურებას);
- ▶ ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა;
- ▶ საცხოვრისების განვითარება.

სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება შშმ პირთა საოჯახო ტიპის მომსახურებით უზრუნველყოფისა და დღის ცენტრების ქვეპროგრამები.²⁸

4.1. საბიუჯეტო დაფინანსება

ფსიქიკური ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტს ზრდის ტენდენცია აქვს, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო 2018 წელი, როდესაც რამდენიმეწლიანი პაუზის შემდეგ, ბიუჯეტი 5 მლნ ლარით გაიზარდა. წლების მიხედვით ფსიქიკური ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი ასე გამოიყურება:²⁹

27 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №674. 2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ. თბილისი. 2019 წლის 31 დეკემბერი. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/document/view/4762618?publication=0>.

28 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №670. სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2020 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ. თბილისი. 2019 წლის 31 დეკემბერი. ხელმისაწვდომია: <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/4762869?publication=0>.

29 ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში. საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი (CTC). თბილისი, 2018.

ცხრილი N 1

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი (ათასი ლარი)							
წელი	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი	15,137.1	16,170.5	16,502.5	15,803.9	20,550.7	23,857.1	25,736.5

პროგრამის ბიუჯეტის ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე განეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და 2017 წლის მონაცემებით 1.8%-ს შეადგენდა, შედარებისთვის – მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში იმავე წლის მონაცემებით 4,27% -დან 6,88% -მდეა.³⁰

ფსიქიატრიულ სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ისტორიულად ხარჯავდა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (საშუალოდ 71%) და ეს მაჩვენებელი წლების მანძილზე ცვლილებას არ განიცდიდა (ცხრილი 2), მაშინ, როდესაც ევროპის ქვეყნების მნიშვნელოვანი ნაწილი სტაციონარულ სერვისებზე საერთო თანხის 9-31%-ს ხარჯავს და გაცილებით მეტ სახსრებს ჰოსპიტალს გარე სერვისებს უთმობენ.³¹

ცხრილი N 2: ბავშვთა და მოზრდილთა ჰოსპიტალური მომსახურების ბიუჯეტი წილი

წელი	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი	ბავშვთა და მოზრდილთა ჰოსპიტალური მომსახურება ³²	ჰოსპიტალური მომსახურებაზე დანახარჯი, როგორც ფჯ დანახარჯის %
2014	15 137 100	10 420 300	68.8%
2015	16 170 500	11 322 600	70%
2016	16 502 500	11 981 600	72.6%
2017	15 803 900	11 295 100	71.7%

2018 წლის ბიუჯეტის ნამატის უდიდესი ნაწილი ამბულატორიული და სათემო მობილური გუნდების დაფინანსებაზე განაწილდა. შედეგად სტაციონარს გარე და სტაციონარული დაფინანსების თანაფარდობის მაჩვენებელი 2020 წლისთვის 45%/55% გახდა (ცხრილი 3). მიღებული მაჩვენებელი უახლოვდება ფსიქიკური ჯანმრთელო-

30 Sulaberidze L, Green S, Chikovani I, Uchaneishvili M, Gotsadze G. Barriers to delivering mental health services in Georgia with an economic and financial focus: informing policy and acting on evidence. BMC Health Services Research. 2018;18(1). doi:10.1186/s12913-018-2912-5.

31 Sulaberidze L, Green S, Chikovani I, Uchaneishvili M, Gotsadze G. Barriers to delivering mental health services in Georgia with an economic and financial focus: informing policy and acting on evidence. BMC Health Services Research. 2018;18(1). doi:10.1186/s12913-018-2912-5; ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში. საქართველო ზრუნვის პლატფორმა , კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი (CTC). თბილისი, 2018.

32 არ შედის ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი.

ბის სამოქმედო გეგმით 2020 წლისთვის განსაზღვრულ ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალს გარე სერვისების თანაფარდობას 50%-50%.³³

ცხრილი N3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის განაწილება (ათასი ლარი)

კომპონენტი		2017	2018	2019	2020
1	სათემო ამბულატორიული მომსახურება	2,865.30	5,557.6	6,847.77	7,189.1
2	ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია	70.1	77.7	87.71	94.7
3	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	148.9	130.9	112.305	125.2
4	კრიზისული ინტერვენცია	662.3	662.3	662.28	660.2
5	მობილური გუნდის მომსახურება	232.2	772	1,718.2	2,412.9
6	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	11,295.1 ³⁴	12,432.3	13,476.305	13,852.3
7	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება		350.0	359.94	360.0
8	შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი	530.0	567.9	592.59	1,042.1
9	საცხოვრისების განვითარება				0 ³⁵
	სულ	15,803.9	20,550.7	23,857.1	25,736.5

4.2. სათემო სერვისები

ბიუჯეტის ზრდასთან ერთად, შემოისაზღვრა ამბულატორიული მომსახურების არეალი და ბიუჯეტი განისაზღვრა შესაბამის არეალში მაცხოვრებელთა რაოდენობის მიხედვით. განხორციელებულმა ცვლილებებმა ხელი შეუწყო მომსახურების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდას, რაც თანხვედრაშია სამოქმედო გეგმის ინდიკატორებთან. სამწუხაროდ, ცვლილებებს არ ახლდა შესაბამისი საგანმანათლებლო და საინფორმაციო მუშაობა, ზოგჯერ პროფესიონალებიც ურთიერთგამომრიცხავ ინფორმაციას აწვდიდნენ სერვისის მომხმარებლებს, რამაც საწყის ეტაპზე პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებში დაბნეულობა და იმედგაცრუება გამოიწვია.

33 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 “ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015- 2020 წლის სამოქმედო გეგმის” დამტკიცების შესახებ. თბილისი: 2014 წლის 31 დეკემბერი, ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>.

34 შენიშვნა: ბიუჯეტი მოიცავს როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთა სტაციონარულ მომსახურებას

35 შენიშვნა: ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტში საცხოვრისების განვითარების მიმართულებისთვის მთავრობის მიერ გამოყოფილი ფინანსების რაოდენობა წარმოადგენდა 1,145.8 ათ. ლარს. 2020 წლის 30 დეკემბრის ცვლილებით, საცხოვრისების მიმართულებაზე გამოყოფილი ბიუჯეტი ნულს გაუტოლდა.

დღეისთვის საქართველოში ფუნქციონირებს 19 სათემო ამბულატორია,³⁶ რომელიც 26 ადგილას აწვდის მომსახურებას. ექსპერტების ჯგუფის აზრით, მოსახლეობისთვის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, რეკომენდებულია მომსახურების უზრუნველყოფა დამატებით 19 ადგილზე. ადგილების რაოდენობის ზრდა შეიძლება განხორციელდეს როგორც შესაბამის გეოგრაფიულ არეალში ახალი პროვაიდერის დამატებით, ასევე უკვე არსებული პროვაიდერების მიერ მომსახურების შესაბამის გეოგრაფიულ არეალში მიწოდებით.³⁷

ამასთან, ბოლო წლები ხასიათდება სათემო მობილური გუნდების რაოდენობის უპრეცედენტო ზრდით. მობილური გუნდების მომსახურება სტაციონარს გარე მომსახურების ერთ-ერთ საყრდენს წარმოადგენს, ეფუძნება რა მულტიგუნდურ მუშაობას და სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს მომსახურებას აწვდის თემში, საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს ან შინ, მისი ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით. ასეთი მომსახურება თანხვედრაშია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის პრინციპებთან. დღეს საქართველოში 32 სათემო გუნდი ფუნქციონირებს, რაც არასამთავრობო სექტორის აქტიურობისა და ჩართულობის წარმატებული მაგალითია, რადგან თავდაპირველად დონორის მიერ დაფინანსებული საპილოტე პროექტი მოხვდა სახელმწიფო პროგრამაში და საქართველოს მასშტაბით გავრცელდა. თუ გავითვალისწინებთ ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის კადრების დეფიციტსა და არასაკმარის კვალიფიკაციას, გარკვეულ კითხვებს იწვევს, თუ რამდენად ეფექტიანად მუშაობენ გუნდები; რამდენად პასუხობს პირის ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს, რამდენად კოორდინირებული და ინტეგრირებულია სხვა მომსახურებასთან და რამდენად დაკმაყოფილებულია პერსონალის პროფესიული გადამზადების საჭიროებები. პროფესიონალთა აზრით, გუნდების რაოდენობა საქართველოს მასშტაბით რეკომენდებულ რაოდენობასთან თანხვედრაშია და შემდგომ ეტაპზე მომსახურების ხარისხისა და გუნდების პროფესიონალიზაციის ამაღლებას უნდა დაეთმოს ყურადღება.

დენსტიტუციონალიზაციის წარმატებული განხორციელებისთვის უმნიშვნელოვანესია ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის განვითარების მიმართულებით ქმედითი და დროული ნაბიჯების გადადგმა. თუმცა, ალსანიშნავია, რომ წლების განმავლობაში თითქმის არ იზრდება ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ბიუჯეტი და არც მიმწოდებლების რაოდენობა (სულ სამი მიმწოდებელია თბილისში, ქუთაისსა და თელავში). ამკარაა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მედიკამენტური მკურნალობის მიდგომა კვლავ დომინანტურია და ნაკლები ყურადღება ექცევა ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე პირთა რეაბილიტაცია/აბილიტაციას,

36 შპს „აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“, ემსახურება დევნილ მოსახლეობას.

37 პროექტი: ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების ხელშეწყობა. საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზება. პროექტის ანგარიში. დაფინანსებული ღია საზოგადოების ფონდის მიერ. 2018.

დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და პროფესიული უნარების შექმნასა და ოჯახების მხარდაჭერას. მკაფიო პოლიტიკური ხედვის არარსებობისა და მწირი დაფინანსების შედეგია, რომ ქვეყანაში დღის ცენტრების, კლუბების, პროფესიული გადამზადების ცენტრების, სოციალური სანარმოების მწვავე დეფიციტია და არც შესაბამისი პროფესიონალები არსებობენ. მრავალ ქვეყანაში მსგავსი ცენტრები ადგილობრივი ხელისუფლების ბიუჯეტიდან ფინანსდება, რაც საშუალებას იძლევა, რომ გამოინახოს დამატებითი სახსრები და სერვისები ლოკალურ საჭიროებებს მოერგოს.

4.3. სტაციონარული მომსახურება

თემში არსებული სერვისების საპირისპიროდ, სტაციონარული ფსიქიატრიული მომსახურება საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ყველაზე ძვირადღირებული სერვისია, რომელსაც ხშირად აკრიტიკებენ როგორც პროფესიონალები, ასევე უფლებადამცველები და რომელიც პაციენტების ფსიქიატრიული დახმარების ერთ-ერთ ყველაზე მიუღებელ ფორმად რჩება. ჯანმო-ს 2017 წლის ქვეყნის პროფილის მონაცემებით, საქართველოში 100,000 მოსახლეზე 36.72 სპეციალიზებული ფსიქიატრიული საწოლი და 2.53 მულტიპროფილური კლინიკების ფსიქიატრიული საწოლია.³⁸ პროფესიონალების აზრით, საქართველოში ამ ეტაპზე საწოლების ფონდი უნდა შენარჩუნდეს, უფრო მნიშვნელოვანია საწოლების რესტრუქტურირება და დივერსიფიკაცია, რაც გულისხმობს მულტიპროფილურ კლინიკებში მათ ინტეგრაციას, სათემო სტაციონარული და კრიზისული საწოლების განვითარებას.

აღსანიშნავია, რომ ფსიქიატრიული საწოლების მასიური შემცირება 1990-იან წლებში მოხდა – ფინანსური პრობლემების გამო მათი რაოდენობა თითქმის ხუთჯერ შემცირდა.³⁹ ჰოსპიტალურ სექტორში შემდეგი ცვლილება 2010 წელს მოხდა, როდესაც დაიხურა ქალაქის ცენტრში მდებარე ფსიქიატრიული კლინიკა (მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი) და რეინვესტიცია განხორციელდა სხვადასხვა დანესებულების რეაბილიტაცია-აღჭურვაში. რეაბილიტირებული იყო 3 განყოფილება თბილისის მულტიპროფილურ კლინიკებში და 4 სპეციალიზებული დანესებულება თბილისში, რუსთავში, ქუთაისსა და ბათუმში. მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა დაფინანსების მეთოდოლოგიის შეცვლა და ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლა. კერძოდ, მწვავე მკურნალობის შემთხვევა დაფინანსდა 840 ლარის ფარგ-

38 World Health Organization. Mental health atlas 2017. Country profiles. Georgia. World Health Organization; 2017. ხელმისაწვდომია: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/GEO.pdf?ua=1.

39 Makhshvili N, Voren RV. Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia. PLoS Medicine. 2013;10(1). doi:10.1371/journal.pmed.1001366.

ლებში, ხანგრძლივი დაყოვნების შემთხვევა კი თვეში 450 ლარით.⁴⁰ დაფინანსების მეთოდოლოგიის ცვლილებამ ხელი შეუწყო მწვავე სტაციონარული დაყოვნების შემცირებას 2 კვირამდე. სამწუხაროდ, 2017 წელს, მწვავე შემთხვევის დაფინანსების 840 ლარიდან 690-ლარამდე დაწვეის გამო, დაიხურა ლუდუშაურის კლინიკაში (ესც) 30 საწოლიანი ფსიქიატრიული განყოფილება და სამედიცინო კორპორაცია „ევექსის“ ფსიქიატრიული განყოფილება 30 საწოლიდან 18 საწოლამდე შემცირდა. ამან თბილისში საწოლების მწვავე დეფიციტი შექმნა, რომელიც დღემდე გადაუჭრელია. ამ პრობლემას ისიც ემატება, რომ ფსიქიატრიული საწოლები არამიზნობრივად არის თვეობით დატვირთული ე.წ. ქრონიკული პაციენტებით.

2018 წლის მაისის მონაცემებით, ფსიქიატრიული საწოლების საერთო დატვირთვა შეადგენდა 1070-ს, აქედან 210 მწვავე პაციენტი იყო, 269 პაციენტი სტაციონარში 3 თვეზე ნაკლები დროის მანძილზე იმყოფებოდა, 149 პაციენტის დაყოვნება 3-დან 6-თვემდე იყო, ხოლო 442 პირი, ანუ 40%-ზე მეტი პაციენტი სტაციონარში 6 თვეზე მეტხანს იყო. ამასთან, სახალხო დამცველის 2019 წლის საპარლამენტო ანგარიშის მიხედვით, 2019 წლის განმავლობაში (ნოემბრის ჩათვლით) სტაციონარში 6 თვეზე მეტხანს ჰოსპიტალიზების 1067 შემთხვევა იყო აღწერილი. ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტები ფაქტობრივად „ცხოვრობენ“ სტაციონარებში, არ საჭიროებენ აქტიურ სამედიცინო მკურნალობას და ვერ ეწევიან, რადგან არ აქვთ საცხოვრებელი ან ხელი არ მიუწვდებათ დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის საჭირო სერვისებზე. პროფესიონალთა აზრით, შესაბამისი სათემო სერვისების და საცხოვრისის არსებობის შემთხვევაში, შესაძლებელი იქნებოდა მათი სტაციონარიდან განერა.⁴¹

სტაციონარში დაყოვნების პრობლემაზე პრევენციის ეროვნული მექანიზმის არაერთ ანგარიშშია საუბარი – „დანესებულებაში, წლების განმავლობაში, კვლავ რჩებიან პაციენტები, რომლებიც აქტიურ მკურნალობას არ საჭიროებენ, მაგრამ სურვილის მიუხედავად, სტაციონარს ვერ ტოვებენ იმის გამო, რომ თემში არ არის საჭირო სერვისები. სახალხო დამცველი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანთა დიდი ზომის ინსტიტუციებში ცხოვრება არ შეესაბამება გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენციის მე-19 მუხლს. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველი მოუწოდებს სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელ უწყებებს, რათა უმოკლეს ვადებში გადადგან ეფექტიანი ნაბიჯები დენსტიტუციონალიზაციის პროცესისა და თემზე დაფუძნებული მომსახურებების განვითარების ხელშესაწყობად“.⁴²

40 საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისის მოდელის შემუშავება და პილოტირება. კვლევის ანგარიში. თბილისი 2011.

41 იქვე.

42 საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი, სპეციალური ანგარიშები, ხელმისაწვდომია: <http://www.ombudsman.ge/geo/190307075330spetsialuri-angarishebi>.

დანესებულებებში მომსახურების ხარისხისა და ადამიანის უფლებების შეფასების 2019 წლის ანგარიშის მიხედვით, დანესებულებების ნაწილში მძიმე მდგომარეობაა, ჰიგიენური პირობები არაადამაკმაყოფილებელია, რეაბილიტაციური, რეკრეაციული, სპორტული, ღონისძიებები უკიდურესად მწირია და პირდაპირ უკავშირდება მოძველებულ ინფრასტრუქტურას. ხანგრძლივად მყოფ პაციენტებს თითქმის არ აქვთ საშუალება, ისარგებლონ პირადი ან სოციალური ცხოვრებით, ნაწილობრივ დაფინანსების და კადრების დეფიციტის გამო, ნაწილობრივ კი, დასახლებული ადგილიდან დაშორების გამო. შედარებით უკეთესი მდგომარეობაა ახალ გარემონტებულ დანესებულებებში და მულტიპროფილურ კლინიკებში, სადაც გარემო თერაპიულია, პალატები არ არის გადატვირთული და ოთახებში არის პრივატული სივრცე, თუმცა, აქაც გამოწვევაა რეაბილიტაციური ღონისძიებები და დღის აქტიურობა.⁴³

4.4. დენსტიტუციონალიზაციის გამოწვევები

საქართველოში დენსტიტუციონალიზაციის პროცესს ბევრი ფაქტორი აფერხებს. მათ შორისაა, მაგალითად, სამოქმედო გეგმის არარსებობა, სერვისების დეფიციტი და მათი რეგიონალური გადანაწილება, ადამიანური რესურსების ნაკლებობა და სხვ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმირების მაგალითებმა გვასწავლა, რომ დენსტიტუციონალიზაცია მოითხოვს დამატებით სახსრებს, დროს და გადამზადებულ ადამიანებს. დანესებულებებს უნდა გააჩნდეთ განვითარების გრძელვადიანი (3-5 წ.) გეგმა, რომელშიც გაწერილი უნდა იყოს დაფინანსების წყარო, განსახორციელებელი აქტივობები და შედეგები. სხვა შემთხვევაში, პროცესები სპორადულია, წყვეტილი, არაკოორდინირებული და ნაკლებ ეფექტიანი. ამ ეტაპზე მნიშვნელოვანია რეალისტური და თანმიმდევრული დენსტიტუციონალიზაციის გეგმის შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტების ეტაპობრივ შემცირებას.

ამგვარი სამოქმედო გეგმის არარსებობის ფონზე, ინსტიტუციებში არსებული სიტუაციის მწვავე კრიტიკის შედეგად, ხელისუფლება ზოგჯერ დაუგეგმავ და შეუთანხმებელ გადაწყვეტილებას იღებს, რაც დაგეგმილ პროექტებსა და გადამწყვეტილებებს რისკის ქვეშ აყენებს და ახალ გამოწვევებს ქმნის სისტემისთვის. სწორედ პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მონიტორინგის შედეგად აღმოჩენილმა დარღვევებმა და დანესებულების უმძიმესმა ინფრასტრუქტურამ აიძულა სამინისტრო ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს (აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი) დახურვის გადაწყვეტილება მიეღო, რასაც მოყვა პერსონალის

43 პროექტი: ხარისხისა და ადამიანის უფლებების შეფასება და გაუმჯობესება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დანესებულებებში. შეფასების ანგარიში. ფონდი გლობალური ინიციატივა – თბილისი. დაფინანსებულია ევროკავშირი საქართველოსთვის ღია საზოგადოების ფონდის მიერ. თბილისი, 2019.

პროტესტი და აღშფოთება. მათ ამ გადანყვეტილების შესახებ წინა დღეს შეიტყვეს და სამსახურის დაკარგვისა და გაურკვეველი მომავლის წინაშე აღმოჩნდნენ. ასეთი მოულოდნელი გადანყვეტილებები აზიანებს როგორც დენსტიტუციონალიზაციის პროცესს, ასევე პაციენტებსა და მათ ოჯახებს, რომლებსთვისაც სტრესულია ერთი ინსტიტუციის მეორეთი შეიცვალა.

პრობლემურია თემში არსებული სერვისების არასაკმარისობა. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ჰოსპიტალური სანოლის 40%-ზე მეტი დატვირთულია პაციენტებით, რომლებიც არ საჭიროებენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ყოფნას, მაგრამ წასასვლელი არ აქვთ და/ან დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარები დაქვეითებული აქვთ. ამ რიცხვს ემატება შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტის ბენეფიციარები, რომელთა საცხოვრებელი გარემო ინსტიტუციურია და მომსახურების ხარისხი – დაბალი, ხოლო დაფინანსება – უკიდურესად მწირი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა ითვალისწინებს 2020 წლისთვის ქვეყანაში საცხოვრისის ტიპის თანამედროვე მომსახურების განვითარებას და ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტების 40%-დან 20%-მდე შემცირებას, რაც ჯერჯერობით არ განხორციელებულა. თუმცა, ოფიციალურმა პირებმა არაერთხელ განაცხადეს საჯაროდ, რომ 2020 წლისთვის ორი რეზიდენტული ტიპის საცხოვრებელი აშენდებოდა. ამასთან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტში პირველად გაჩნდა საცხოვრისების განვითარების კომპონენტი (1,145.8 ათასი ლარი)⁴⁴, ხოლო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში განსახორციელებელი საპრივატიზაციო ვალდებულებების ცვლილებების პაკეტით, ინვესტორს დავალა ოთხი 25 კაციანი საცხოვრისის აშენება და კეთილმოწყობა.

2020 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტში საცხოვრისების განვითარების მიმართულებისთვის თავდაპირველად გამოყოფილი ფინანსების ოდენობა შემცირდა და მთავრობის დადგენილებაში 30 დეკემბრის ცვლილებით, ნულს გაუტოლდა.

აღსანიშნავია 2020 წელს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივა – უწყებამ დაიწყო ფსიქიკური აშლილობის მქონე შშმ პირთა საცხოვრისით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა, რაც თავისთავად ადგილობრივი ხელისუფლების აქტიურობის საინტერესო და საჭირო მაგალითია. მნიშვნელოვანია, რომ ადგილობრივი ინიციატივები თანხვედრაში იყოს ქვეყანაში მიმდინარე პროცესებთან და კოორდინირებული სხვა მხარდამჭერ სერვისებთან (ჯანმრთელობა, სოციალური სერვისები, განათლება, რეაბილიტაცია, დასაქმება).

44 2020 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტში საცხოვრისების განვითარების მიმართულებისთვის თავდაპირველად გამოყოფილი ფინანსების ოდენობა შემცირდა და მთავრობის დადგენილებაში 30 დეკემბრის ცვლილებით, ნულს გაუტოლდა.

ამასთან ერთად, პრობლემას წარმოადგენს მცირე საოჯახო ტიპის სახლების სიმ-
ნირე ქვეყანაში. დენსტიტუციონალიზაციის განხორციელებისთვის, სადაც შესაძ-
ლებელია, ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე პირები უნდა გადავიდნენ ამგვარ
სახლებში, რომელთა რაოდენობა უნდა გაიზარდოს და მომზადდეს შესაბამისი კვა-
ლიფიკაციის პერსონალი.

სერვისებთან ერთად, საქართველოში 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.⁴⁵
განსაკუთრებით მწვავეა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სპეციალისტების (ექთანი,
ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, რეაბილიტაციის
სპეციალისტები) ნაკლებობა და კვალიფიკაციის დონე. ამასთან, ქვეყნის მასშტაბით
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტების განაწილება არათანაბარია რეგიონების
მიხედვით, სადაც ათეული წლებია ერთი და იგივე ადამიანები მუშაობენ და ახალი
კადრების მწვავე დეფიციტია. ბოლო დრომდე ფსიქიატრია არ იყო მიმზიდველი
ახალგაზრდა ექიმებისთვის, რომლებიც სხვა, უფრო მაღალანზღაურებად და
პრესტიჟულ სპეციალობებს არჩევდნენ. თუმცა, 2019 წელს ფსიქიატრიის საპრეზიდენტო
პროგრამის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებამ გააჩინა მოტივაცია და მოთხოვნა, რამაც
შეიძლება ნაწილობრივ გადაწყვიტოს კადრების დეფიციტის პრობლემა. თუმცა, ცხადია,
რომ ახალი კადრების მოზიდვა, რეგიონალური განაწილება, კვალიფიკაციის ამაღლება
და გადამზადება, როგორც დენსტიტუციონალიზაციის აუცილებელი კომპონენტი,
მოითხოვს ყველა მხარის ჩართულობას, შეთანხმებულ და დროში დაგეგმილ მოქმედებას.

ამ ყველაფერთან ერთად, დაინტერესებულ მხარეებს შორის არ არის
შეთანხმება, თუ როგორ უნდა მოხდეს არსებული საწოლფონდის
რესტრუქტურირება და სახსრების მოძიება. დღეს, საქართველოში არსებული
ფსიქიატრიული დანესებულებების უმრავლესობა სახელმწიფო საკუთრებაა.
ორი ფსიქიატრიული დანესებულების (ხონში და ბათუმში) პრივატიზაციის
მიმართ დამოკიდებულება არაერთგვაროვანია და ამ ეტაპზე სახელმწიფო აღარ
გეგმავს დანესებულებების გაყიდვას. მულტიპროფილური კლინიკებისთვის
ფსიქიატრიული განყოფილებების გახსნა ფინანსურად არამიმზიდველია და
სახელმწიფოს მხრიდან მათი მოტივირება არ ხდება. 2019 წელს მხოლოდ ერთი
ახალი – თერჯოლის მულტიპროფილური კლინიკა ჩაერთო სტაციონარული
ფსიქიატრიული მომსახურების მიწოდებაში. ფსიქიატრიული საწოლები არ არის
მცხეთა-თიანეთში, სამცხე-ჯავახეთში, გორში, კახეთში, სამეგრელოსა და გურიაში.
სახელმწიფომ უნდა შეძლოს პროვაიდერების დაინტერესება და მოტივირება,

45 ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში. საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი (CTC). თბილისი, 2018.

რომ უზრუნველყოს ფსიქიატრიული სანოლების რეგიონალური განაწილება და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. დამატებითი სახსრებია მოსაძებნი, რათა განხორციელდეს საავადმყოფოების განახლება/რეაბილიტაციის პროექტები.

5. რა უნდა გვასწავლოს საერთაშორისო გამოცდილებამ?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განხორციელებაზე შემდეგი სამი ფაქტორის ურთიერთქმედება ახდენს გავლენას: გარე ფაქტორები (დაფინანსების მექანიზმი, პოლიტიკური ადმინისტრირება); ორგანიზაციის სტრუქტურა (ინსტიტუცია, სათემო); და ადამიანების მიერ გამოყენებული პროცესები (გადაწყვეტილების მიღება ქვემოდან ზემოთ თუ ზემოდან ქვევით). ეს სხვადასხვა დონის ფაქტორი შეიძლება თანხვედრაში იყოს ან ერთმანეთს ეწინააღმდეგებოდეს, რაც აფერხებს დენსტიტუციონალიზაციის პროცესებს.⁴⁶

- ▶ უთანხმოება დენსტიტუციონალიზაციის საშუალებების შესახებ ძირითადად ტრი-ალებს ორი საკითხის გარშემო: ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მკვეთრი შემცირება ან დახურვა და არსებული ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება. პირველ შემთხვევაში, არგუმენტები ეფუძნება ადამიანის უფლებებსა და მომსახურების თანამედროვე სტანდარტებს, ხოლო მეორე შემთხვევაში – ცოდნის და რესურსების ნაკლებობასა და სათემო სერვისების განუვითარებლობას.
- ▶ პოლიტიკური ლიდერების შესაბამისი ხედვის, ინტერესის ან ნების ნაკლებობა აფერხებს ან დროში აჭიანურებს პროცესებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა, კანონი ან სტრატეგია ვერ განხორციელდება მთავრობების მხარდაჭერის გარეშე, ხოლო ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართულობა მნიშვნელოვანია ადგილზე ცვლილებების განხორციელებისთვის.
- ▶ დენსტიტუციონალიზაცია ფუნდამენტურად ცვლის არსებულ მდგომარეობას და, შესაბამისად, პროფესიონალებსა და მენეჯერებს შეიძლება გაუჩნდეთ განცდა, რომ ეს მათი ინტერესების საზიანოა. კერძოდ, რომ საავადმყოფოების შემცირება ან დახურვა საფრთხეს შეუქმნის მათ ფინანსურ სტაბილურობას, ძალაუფლებას ან პრესტიჟს. ექიმები ასევე სკეპტიკურად არიან განწყობილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვაში არაექიმთა მონაწილეობის მიმართ (ექთნები, სათემო მუშაკები). პროფესიონალთა რეზისტენტობა შეიძლება დენსტიტუციონალიზაციის შემაფერხებელ ძალად იქცეს. პროფესიულ წინააღმდეგობას ამყარებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კვალიფიციური მუშაკების ქრონიკული დეფიციტი.

46 Gordon C. Shen, Julian Eaton & Lonnie R. Snowden. Mainstreaming Mental Health Care in 42 Countries, Health Systems & Reform. 2017;3:4,313-324, DOI: 10.1080/23288604.2017.1356424.

- ▶ დენსტიტუციონალიზაცია ხშირად შეზღუდული რესურსების პირობებში ხდება, ამიტომ ინოვაციის გავრცელება მოითხოვს ლოკალურ კონტექსტთან შესაბამის სტრატეგიებს. მთავრობის ყველა დონის თანამშრომლობა წარმოადგენს დენსტიტუციონალიზაციის მძლავრ ხელშემწყობ ფაქტორს (გადანყვეტილების მიღება ზევიდან – ქვევით). ქვევიდან ზევით აქტიურობა გულისხმობს, წარმატებული პილოტური პროექტების რეპლიკაციას ნაციონალურ დონეზე. დენსტიტუციონალიზაცია მოითხოვს სამთავრობო და არასამთავრობო მხარეების კოლექტიურ ძალისხმევას მნიშვნელოვანი დროის განმავლობაში და ხშირად რთულ სამუშაო გარემოში.
- ▶ საერთაშორისო სტატისტიკურ მონაცემთა უმეტესობა მთავრობების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას ეყრდნობა; მხოლოდ დასავლეთ ევროპის განვითარებულ ქვეყნებს აქვთ სისტემები და რესურსები, რომლებიც აუცილებელია მონაცემთა შეგროვებისა და ანალიზისთვის. ევროკავშირის ან ჯანმო-ს წევრ ქვეყნებს შორის არ არის მიღწეული შეთანხმება სტანდარტულ ინდიკატორებზე, რაც ართულებს სახელმწიფოებს შორის არსებული შედარებას. მაგალითად, კატეგორია – “ფსიქიატრიული საწოლები”, შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა ტიპის მომსახურებას მგზობელ ქვეყნებშიც კი.
- ▶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინოვაციური სამსახურების შესახებ უმეტესი ინფორმაცია საერთაშორისო კვლევებს ეყრდნობა. კვლევათა უმეტესობა სწავლობს ლოკალური სერვისის მოდელის და ეროვნული პოლიტიკის ეფექტიანობას. ამრიგად, გაურკვეველია, შეიძლება თუ არა ეკონომიკურად ძლიერი ქვეყნის მოდელის შეფასებით მიღებული დასკვნების გამოყენება საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. მაგალითად, არსებობს კვლევით მოპოვებული მტკიცებულება, რომ ინგლისში სათემო მომსახურებების დაფინანსება ძირითადად შესაძლებელია საავადმყოფოების დახურვის შედეგად გამოთავისუფლებული ხარჯების დაზოგვით.⁴⁷ ეს კვლევები რეკომენდაციებში იყო გამოყენებული, როგორც საავადმყოფოების დახურვის მტკიცებულება. მიუხედავად იმისა, რომ საავადმყოფოები მართლაც უნდა ჩანაცვლდეს სათემო სერვისებით ადამიანის უფლებებისა და ჯანმრთელობის დაცვის მოსაზრებით, არ უნდა მოხდეს ძალიან განსხვავებული ეკონომიკური და რესურსული კონტექსტის იგნორირება.

47 Knapp M, McDaid D, Curran C, et al: Funding and resourcing mental health in Europe, in *Mental Health Policy and Practice Across Europe*. Edited by Knapp M, McDaid D, Mossialos E, et al. Buckingham, United Kingdom, Open University Press, 2007.

დასკვნა

დენსტიტუციონალიზაციის რეფორმის წარმატება მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია ცალეულ პირთა, ორგანიზაციებისა და სექტორების კოორდინირებულ ძალისხმევაზე. სხვადასხვა ქვეყანას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების კოორდინაციისთვის განსხვავებული ინსტიტუციური მოწყობა აქვს. ზემოდან ქვემოთ აქტიურობა, მაგალითად, ჯანმო-ს სახელმძღვანელო მითითებები და ეროვნული პოლიტიკა აჩქარებს რეფორმის პროცესს, მაშინ, როცა ქვევიდან ზევით აქტიურობა ხელს უწყობს ინოვაციური პროექტების გავრცელებას. სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორის ჩართულობით და კოორდინირებული მოქმედებით შეიძლება სერვისების ოპტიმალური კომბინაციის მიღწევა, სადაც გათვალისწინებული იქნება ადგილობრივი კონტექსტი და რესურსები.

ამასთან, COVID-19-ის პანდემიამ ახალი გამოწვევების წინაშე დააყენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბრუნვის სისტემა, რადგან ინსტიტუციებში მყოფი ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან ინფექციის გავრცელებისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლით. დამოკიდებულება, რომ თითქოს ახლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარდაქმნაზე საუბარი უადგილოა, რადგან უფრო მწვავე პრობლემების წინაშე ვართ, მცდარია გრძელვადიან პერსპექტივაში. თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში არ მოხდა შესაბამისი ინვესტირება და სათემო მომსახურების განვითარება მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინებით, ეს საზოგადოებას მძიმე და ხანგრძლივ სოციალურ და ეკონომიკურ ტვირთად დააწვება.

საქართველოში, მიუხედავად რამდენიმე ათწლეულის მცდელობისა, გაუმჯობესდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობა, პროგრესი არათანმიმდევრული და გაჭიანურებულია, ხასიათდება გარკვეული წინსვლებით და ჩავარდნებით და, რაც მთავარია, გაურკვეველი მომავლით. ქვეყნის წინაშე გამოწვევაა, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს საერთაშორისო რეკომენდაციები და ვალდებულებები ზემოთ განხილული სირთულეების გათვალისწინებით. ამგვარ პროცესში დაინტერესებული მხარეების როლი და გავლენა უკიდურესად მნიშვნელოვანია. პირველ რიგში, არსებითია, რომ ჩართულმა მხარეებმა მიაღწიონ კონსენსუსს დენსტიტუციონალიზაციის მიზნის გარშემო და ამ მიზნის მიღწევის საშუალებებზე.

დღეს საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის დიდი ნაკლია მის შემადგენელ სხვადასხვა კომპონენტს შორის კოორდინაციისა და თანამშრომლობის დაბალი დონე. ბრუნვის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად პაციენტის სერვისებს შორის მოძრაობის რუკა რეფერალის მკაფიო კრიტერიუმებით მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ეფექტიანობის ზრდას. ამასთან, აუცი-

ლებელია, შეიქმნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის მმართველი ერთეული (ორგანო), რომელიც პასუხისმგებელი იქნება პროცესების დაგეგმვაზე, განხორციელებაზე და მიმდინარე პროგრესის შეფასებაზე.

ცვლილებებს უნდა ახლდეს შესაბამისი საინფორმაციო მუშაობა როგორც პროფესიონალებთან, ასევე პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან, რათა შემცირდეს რეზისტენტობა და არ გაჩნდეს უსამართლობის გრძნობა. პროფესიონალთა წინააღმდეგობის დასაძლევად საჭიროა ჯანდაცვის მუშაკებთან კონსულტაცია, მათი მოტივაცია, ორგანიზება და განათლება. საზოგადოების განათლება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მიმდინარე რეფორმების შესახებ ინფორმირება აუცილებელია საზოგადოებაში არსებული წინასწარგანწყობისა და ნეგატიური დამოკიდებულების შესაცვლელად.

ცხადია, ამ სფეროში დაფინანსებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ასევე მნიშვნელოვანია პოლიტიკის შემქმნელთა და პროფესიონალთა ინტერესი და შეთანხმება, სამუშაო ძალის რეფორმა, მოსახლეობის ფართო ჩართვა და ოჯახებისა და სერვისის მომხმარებლების გაძლიერება. აქედან გამომდინარე, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ევროპის ქვეყნების მსგავსად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნამდვილი პრიორიტეტი გახდეს და დღის წესრიგში კვლავ დარჩეს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სტიგმასა და დისკრიმინაციასთან ბრძოლა.

