

საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზება

ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება	2
ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში	2
ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მოცულობა საქართველოში	3
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობა	4
სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული მომსახურება	4
რეკომენდებული სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვის ამბულატორიული სერვისის ლოკაცია რეგიონების მიხედვით	6
სათემო მობილური გუნდის მომსახურება	8
რეკომენდებული სათემო მობილური გუნდების ლოკაცია რეგიონების მიხედვით	9
ფსიქიკური სტაციონარული მომსახურება	10
რეკომენდებული სტაციონარული საწოლების ლოკაცია რეგიონების მიხედვით	14
ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის ...	16
რეკომენდებული კრიზისული ინტერვენციის გუნდების რაოდენობა და ლოკაცია	16
ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საცხოვრისით მომსახურება	17
საცხოვრისის რეკომენდებული რაოდენობა და ლოკაცია	20
ლიტერატურა	22

ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება

ევროგაერთიანების ქვეყნებში, ნორვეგიასა და შვეიცარიაში 2014 წელს ჩატარებული სისტემური გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ ზრდასრული მოსახლეობის (18-65 წწ) 27%-ს უკანასკნელი წლის მანძილზე ერთხელ მაინც უვითარდება კლინიკურად მნიშვნელოვანი ფსიქიკური აშლილობა, როგორცაა ფსიქოზები, დეპრესია, შფოთვისითი და კვებითი აშლილობები.

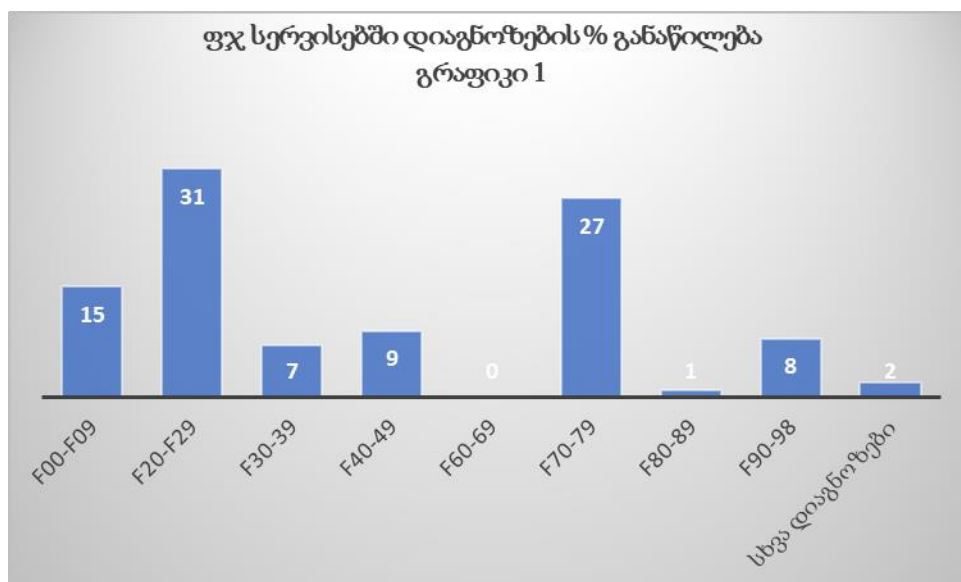
ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობების გამო შემცირებული ცხოვრების წლების (DALYs) Disability-adjusted life-years (DALYs)-ის მაჩვენებელი 2004 წლიდან 2014 წლამდე 12%-დან 15.2% - მდე გაიზარდა. რეკურენტულ დეპრესიაზე მოდის შეზღუდული შესაძლებლობებით ცხოვრების საერთო მაჩვენებლის (YLD) 11%, ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული აშლილობებზე 6.4%, ხოლო შფოთვისით აშლილობებზე 4% (NIMH, 2017) .

სუიციდით გარდაცვლილ პირთა რაოდენობა ყოველწლიურად იზრდება. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის უახლესი მონაცემებით სუიციდის საშუალო სიხშირე (100000 მოსახლეზე 11.4 შემთხვევას შეადგენს. თუმცა, ზოგ ქვეყანაში უფრო მაღალი მაჩვენებელი (28.2 (ლიტვა), 23.8 (ყაზახეთი) დაფიქსირდა. განვითარებულ ქვეყნებში ახალგაზრდებში გარდაცვალების მიზეზებს შორის სუიციდზე 17.6% მოდის. ამასთან, სუიციდის შემთხვევების 22% და მეტი, ალკოჰოლის მოხმარებასთანაა დაკავშირებული, ხოლო სუიციდის შემთხვევების 80-90%-შემთხვევებში, იმ პირებს, რომლებმაც ცხოვრება თვითმკვლელობით დაასრულეს სუიციდის დროს ფსიქიკურ აშლილობა (უპირატესად დეპრესია და წამალდამოკიდებულება) აღენიშნებოდათ (Goldney et al. Suicide prevention Oxford psychiatry, 2014)

ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში

2018 წელს სათემო ფსიქიატრიულ ამბულატორიებში სისტემური გამოკითხვით დადგინდა, რომ ფსიქიატრიული სერვისის ფაქტიური მომხმარებლების რაოდენობა მნიშვნელოვნად ნაკლებია (49789), ოფიციალურად აღრიცხული (102977) შემთხვევისა. ეს ნიშნავს, რომ პაციენტების დიდი ნაწილი (50%-ზე მეტი) თავს არიდებს ფსიქიკური

ჯანდაცვის სერვისებში მიმართვას რაც, ერთის მხრივ სტიგმით, ხოლო მეორეს მხრივ, მომსახურების დაბალი ხარისხითა და არასაკმარისი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობითაა განპირობებული. ფჯ სერვისებში მიმართვის ძირითადი დიაგნოზებია ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობები (F20-29 - 31%) და გონებრივი ჩამორჩენილობა (F70-79 – 27%), ხოლო აფექტური და შფოთვისითი აშლილობები მხოლოდ 7%-ს და 9%-ს შეადგენენ, რაც სრულიად შეუსაბამო თანხვედრაშია ამ აშლილობების პრევალენტობასთან. (დიაგნოზების მიხედვით პროცენტული განაწილება იხილეთ გრაფიკზე (გრაფიკი 1).



ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მოცულობა საქართველოში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში 2018 წელს მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა. 5 მლნ ლარით გაიზარდა ფჯ პროგრამის დაფინანსება და 2017 წელთან შედარებით 16 მლნ ლარიდან 21 ლარამდე გაიზარდა. გაზრდილი დაფინანსება უპირატესად სათემო და, კერძოდ, სათემო ამბულატორიული და თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების სერვისებზე განაწილდა (იხილეთ ცხრილი 1).

თანხის ზრდასთან ერთად, ფჯ სახელმწიფო პროგრამაში, სათემო ამბულატორიული მომსახურების (საფს), თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდებისა და ფსიქიატრიული

კრიზისული ინტერვენციის სამსახურების ახალი სტანდარტი ჩაიდო. შეიცვალა სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიის დაფინანსების მეთოდოლოგია და შესაბამის არეალში მაცხოვრებელთა რაოდენობის მიხედვით განისაზღვრა. განხორციელებულმა ცვლილებებმა საფუძველი ჩაუყარეს ახალი ტიპის მულტიდისციპლინური სათემო მომსახურების განვითარებას, რაც 2015 – 2020 ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტითა და სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული ინდიკატორის შესრულებას შეუწყობს ხელს. კერძოდ, სტატეგიის დოკუმენტით განსაზღვრულია, რომ 2017 წლისთვის თანაფართობა სათემო და ინსტიტუციურ სერვისებს შორის 40%/60% უნდა ყოფილიყო. თვისობრივად ახალი ტიპის ამბულატორიული მომსახურების სტანდარტის დანერგვამ, 2017 წლის მაჩვენებელი, რომელიც შეადგენდა 7%/75%, 37%/63% -ის თანაფარდობით შეცვალა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობა						
ცხრილი 1						
	კომპონენტი	2018	2017	>	%	
1	სათემო ამბულატორიული მომსახურება	5 570,70	2 865,30	2 705,40	94%	2-ჯერ
2	ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	77,8	70,1	7,7	11%	
3	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	151	151	0	0%	
4	კრიზისული ინტერვენცია	662,3	662,3	0	0%	
5	მობილური გუნდის მომსახურება	774	232,2	541,8	233%	3-ჯერ
6	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	12793,7	11 479,10	1 664,60	15%	
7	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	350				
8	შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი	620,5	540	80,5	15%	
	სულ	21 000,00	16 000,00	5 000,00	31%	

სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული მომსახურება

სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული სამსახური (საფს-ი) არის ჯანდაცვის მომსახურების მეორადი სპეციალიზირებული რგოლი და ფსიქიკური ჯანდაცვის ბაზისური/ფუნდამენტური სამსახური, რომელიც მომსახურებას უწევს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს მათი ფაქტიური საცხოვრებელი არეალის მიხედვით,

ამბულატორიაში მომსახურება ხორციელდება ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელისა და მულტიდისციპლინური მიდგომის პრინციპებით.

სათემო ამბულატორია არის ძირითადი სამსახური, რომელიც ახდენს ახალი შემთხვევების დროულ გამოვლენასა და უზრუნველყოფს გრძელვადიან ზრუნვას.

წარმატებული ამბულატორიული მომსახურების ინდიკატორებია:

1. სათემო ფჯ ამბულატორიაში მიმართვიანობის გაზრდა
2. ამბულატორიული ზრუნვის ქვეშ მყოფი პაციენტების (სერვისის მომხმარებლების) სტაციონირების სიხშირის შემცირება
3. სერვისის მომხმარებლების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება
4. პაციენტებისა და მათი მზრუნველების კმაყოფილების ზრდა

სათემო ამბულატორიული მომსახურების მოწყობისა და ხელმისაწვდომობის სტანდარტი შემდეგ პირობებს ითვალისწინებს:

- სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული სამსახური მუშაობს მდგ მიდგომით
- არის ერთი ან/და მრავალგუნდიანი (დასახლებულ არეალში მოსახლეობის სიმჭიდროვის გათვალისწინებით)

- სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული სამსახური, რომელიც ემსახურება მინიმუმ 30 000-იან პოპულაციას ხელმისაწვდომია ყოველ სამუშაო დღეს და კვირაში 30 საათის განმავლობაში

- სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული სამსახური, რომელიც ემსახურება 30 000-ზე ნაკლები პოპულაციის რეგიონს ხელმისაწვდომია მდგ-ის წევრების სამუშაო საათების შესაბამისად და არანაკლებ კვირაში 2 დღე (1 წევრი მაინც)

- 1 მდგ გუნდი მინიმუმ 3 წევრიანია – ფსიქიატრი, ექთანი, სოც.მუშაკი/ფსიქოლოგი
- მდგ-ის წევრების სამუშაო საათები განისაზღვრება დასახლებულ არეალში მოსახლეობის სიმჭიდროვის გათვალისწინებით, არაუმეტეს კვირაში 30 საათისა (კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მუხ.27 პ.1)

- საშტატო ერთეული 70 000 – 100 000 მოსახლეზე – 1 ფსიქიატრი, 1.5 ექთანი, 0.5 სოც.მუშაკი/ფსიქოლოგი.

- საფ მომსახურების მიწოდება ხდება დაწესებულებაში, გარდა ამ პროტოკოლით განსაზღვრული გამონაკლისი შემთხვევებისა.

დღეისთვის საქართველოში ფუნქციონირებს 14 სათემო ამბულატორია, რომელიც 25 ლოკაციაში აწვდის მომსახურებას (იხ ცხრილი 2). სტანდარტის პირობების მიხედვით, მოსახლეობისთვის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით, რეკომენდებულია დამატებით 20 ლოკაციაზე მომსახურების უზრუნველყოფა. ლოკაციების რაოდენობის ზრდა, შეიძლება განხორციელდეს როგორც შესაბამის გეოგრაფიულ არეალში ახალი პროვაიდერის დამატებით, ასევე უკვე არსებული პროვაიდერების მიერ მომსახურების შესაბამის გეოგრაფიულ არეალში მიწოდებით.

სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიის ლოკაციისა და კადრების/შტატები განაწილება სტანდარტის მიხედვით მოცემულია ცხრილში (ცხრილი 2). რეგიონების მიხედვით საფს-ის სასურველი რაოდენობა მოცემულია სლაიდზე (სლაიდი 1)

რეკომენდებული სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვის ამბულატორიული სერვისის ლოკაცია რეგიონების მიხედვით

ქალაქი/რაიონი	მოსახლეობა	პროვაიდერი	კადრები/შტატი			არსებული ლოკაცია	რეკომენდებული ლოკაცია
			ფსიქიატრი	ექთანი	სოც/ფსიქოლ		
თბილისი							
გლდანი–ნაძალადევი	331 281	თბ.ფ/ჯ ც	4,7	7,0	2,4	△	△
ვაკე–საბურთალო	250 396	ფ/ჯ/ნ/პ	3,6	5,3	1,8	△	△
ისანი–სამგორი	303 454	ფ/ჯ/ნ/პ	4,3	6,5	2,2		△
დიდუბე–ჩუღურეთი	135 248	ფ/ჯ/ნ/პ	1,9	2,9	1,0		✓ ან ძვ
ძველი თბილისი	88 338	ფ/ჯ/ნ/პ	1,3	1,9	0,6		✓ ან დიდუბე/ჩუღ.
სულ თბილისი	1 108 717		16	24	8	2	5
აჭარა							
ბათუმი	152 839	აჭ. ფ/ნ საავად.	2,2	3,3	1,1	△	△
ხულო	23 327	აჭ. ფ/ნ საავად	0,3	0,5	0,2		
შუახევი	15 044	აჭ. ფ/ნ საავად	0,2	0,3	0,1		△
ქედა	16 760	აჭ. ფ/ნ საავად	0,2	0,4	0,1		
ხელვაჩაური	51 189	აჭ. ფ/ნ საავად	0,7	1,1	0,4		
ქობულეთი	74 794	აჭ. ფ/ნ საავად	1,1	1,6	0,5		△
სულ აჭარა	333 953		5	7	2	1	3
იმერეთი							
ქუთაისი	147 635	ქუთ. ფ/ჯ	2,1	3,1	1,1	△	△
ზესტაფონი	57 628	ჯეო.პოს.	0,8	1,2	0,4	△	△
ჭიათურა	39 884	ჯეო.პოს.	0,6	0,8	0,3	△	△ან საჩხერე
საჩხერე	37 775	ჯეო.პოს.	0,5	0,8	0,3		
ხარაგაული	19 473	ჯეო.პოს.–	0,3	0,4	0,1		
სამტრედია	48 562	ჯეო.პოს.	0,7	1,0	0,3	△	△
ვანი	24 512	ქუთ. ფ/ჯ	0,4	0,5	0,2		
ხონი	23 570	ქუტ. ფ/ჯ	0,3	0,5	0,2	△	
წყალტუბო	56 883	ქუთ. ქუტ.ფ/ჯ	0,8	1,2	0,4		△
ბაღდათი	21 582	ქუთ.ფ/ჯ ცენტ	0,3	0,5	0,2		
თერჯოლა	35 563	ქუთ.ფ/ჯ ცენტ	0,5	0,8	0,3		△
ტყიბული	20 839	ქუთ.ფ/ჯ ცენტ	0,3	0,4	0,1		
სულ იმერეთი	533 906		8	11	4	5	6
რაჭა–ლეჩხუმი–ქვ. სვანეთი							
ონი	6 130	ქუთ.ფ/ჯ ცენტ	0,1	0,1	0,0		

ამბროლაური	11 186	ქუთ. ფ/ჯ	0,2	0,2	0,1		△
ცაგერი	10 387	ქუტ.ფ/ჯ ცენტ	0,1	0,2	0,1		△
ლენტეხი	4 386	ქუტ. ფ/ჯ	0,1	0,1	0,0		
სულ რაჭა-ლეჩხუმი ქვ.	32 098		0,5	0,7	0,2	0	2
გურია							
ლანჩხუთი	31 486	ნევრონი	0,4	0,7	0,2	△	△
ოზურგეთი	62 863	მედალფა	0,9	1,3	0,4	△	△
ჩოხატაური	19 001	მედალფა	0,3	0,4	0,1		
სულ გურია	113 350		2	2	1	2	2
სამეგრელო-ზემო სვანეთი							
აბაშა	22 341	სენ.ფ/ნ	0,3	0,5	0,2		
მარტვილი	33 463	ქუტ.ფ/ჯ ცენტ	0,5	0,7	0,2	△	△
სენაკი	39 652	სენ.ფ/ნ	0,6	0,8	0,3	△	△
ფოთი	41 465	სენ.ფ/ნ	0,6	0,9	0,3		△
ხოზი	30 548	სენ.ფ/ნ	0,4	0,6	0,2		
ქ.ზუგდიდი	42 998	ფ/ჯ/ნ/ვ	0,6	0,9	0,3		
ზუგდიდი	62 511	ფ/ჯ/ნ/ვ	0,9	1,3	0,4	△	△
ჩხოროწყუ	22 309	სენ.ფ/ნ	0,3	0,5	0,2		
წალენჯიხა	26 158	ფ/ჯ/ნ/ვ	0,4	0,6	0,2		△
მესტია	9 316	ფ/ჯ/ნ/ვ	0,1	0,2	0,1		
სულ სამეგრელო ზემო	330 761		5	7	2	3	5
სამცხე-ჯავახეთი							
ახალციხე	38 895	უნიმედი სამც	0,6	0,8	0,3	△	△
ახალქალაქი	45 070	უნიმედი სამც	0,6	1,0	0,3		△
ნინოწმინდა	24 491	უნიმედი სამც	0,3	0,5	0,2		
ასპინძა	10 372	უნიმედი სამც	0,1	0,2	0,1		
ადიგენი	16 462	უნიმედი სამც	0,2	0,4	0,1		
ბორჯომი	25 214	სურ.ფ.საავ	0,4	0,5	0,2		△
სულ სამცხე-ჯავახეთში	160 504		2	3	1	1	3
შიდა ქართლი							
გორი	125 692	გორმედი	1,8	2,7	0,9	△	△
ხაშური	52 603	სურ.ფ.საავ	0,8	1,1	0,4	△ სურამი	△
ქარელი	41 316	გორმედი	0,6	0,9	0,3		△
კასპი	43 771	გორმედი	0,6	0,9	0,3		△
სულ შიდა ქართლი	263 382		4	6	2	2	4
ქვემო ქართლი							
რუსთავი	125 103	რუს.ფ/ჯ ც	1,8	2,7	0,9	△	△
გარდაბანი	81 876	რუს.ფ/ჯ ც	1,2	1,7	0,6		
მარნეული	104 300	რუს.ფ/ჯ ც	1,5	2,2	0,7	△	△
ბოლნისი	53 590	რუს.ფ/ჯ ც	0,8	1,1	0,4		△
დმანისი	19 141	რუს.ფ/ჯ ც	0,3	0,4	0,1		
წალკა	18 849	რუს.ფ/ჯ ც	0,3	0,4	0,1		△
თეთრიწყარო	21 127	რუს.ფ/ჯ ც	0,3	0,4	0,2		△
სულ ქვემო ქართლი	423 986		6	9	3	2	5
კახეთი							
თელავი	58 350	თელ. ფ/ნ დ	0,8	1,2	0,4	△	△
გურჯაანი	54 337	თელ. ფ/ნ დ	0,8	1,2	0,4		△
ყვარელი	29 827	თელ. ფ/ნ დ	0,4	0,6	0,2	△	△
ახმეტა	31 461	თელ. ფ/ნ დ	0,4	0,7	0,2		
სიღნაღი	29 948	არქიმედეს.კლ	0,4	0,6	0,2	△	△
დედოფლისწყარო	21 221	არქიმედეს.კლ	0,3	0,5	0,2	△	△
ლაგოდეხი	41 678	არქიმედეს.კლ	0,6	0,9	0,3	△	△
საგარეჯო	51 761	ფ/ჯ/ნ/ვ/	0,7	1,1	0,4		
სულ კახეთი	318 583		5	7	2	5	6
მცხეთა-მთიანეთი							
მცხეთა	55 651	მც.პ/ჯ/ც	0,8	1,2	0,4	△	△
დუშეთი	25 659	მც.პ/ჯ/ც	0,4	0,5	0,2	△	△

ყაზბეგი	3 795	მც.პ/ჯ/ც	0,1	0,1	0,0	△
თიანეთი	9 468	მც.პ/ჯ/ც	0,1	0,2	0,1	△
სოლომხიჯო-მოიანი	94 573		1	2	1	2
სულ	3 713 804		54	79	27	25
						45

სათემო ამბულატორიული მომსახურების რეკომენდებული განაწილება რეგიონების მიხედვით



სათემო მობილური გუნდის მომსახურება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მობილური სერვისი წარმოადგენს სათემო სერვისების ერთ-ერთ ძირითად რგოლს. იგი გულისხმობს მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ ფსიქო-სოციალური დახმარების გაწევას თემში, პაციენტის საცხოვრებელ ადგილზე.

მულტიდისციპლინურ მობილურ გუნდში მინიმუმ სამი საშტატო ერთეულია და 3 ფიზიკური პირი უნდა მუშაობდეს.

ფსიქიატრი გუნდის აუცილებელი წევრია, რომელიც სრული შტატის ექვივალენტის მინიმუმ 40%-ს ატარებს სერვისში, ხოლო დანარჩენი წევრები შესაძლებელია იყვნენ: სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი.

სერვისში ჩართვა არის ნებაყოფლობითი. სერვისი განკუთვნილია იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც, სულ მცირე, ბოლო სამი თვის მანძილზე არ ან ვერ აკითხავენ ამბულატორიას, მიუხედავად არსებული საჭიროებისა. ანამნეზში აღენიშნებათ ცუდი დამყოლობა

მკურნალობაზე, რის გამოც ხშირად რჩებიან მკურნალობის გარეშე, აქვთ სოციალური პრობლემები, რომელთა მოგვარებასაც ავადმყოფობის გამო დამოუკიდებლად ვერ ახერხებენ ან/და აქვთ ხშირი სტაციონირებები.

მდგ გუნდის წევრთა თანაფარდობა პაციენტთა რაოდენობასთან უნდა იყოს მაქსიმუმ 1/20. პირისპირ შეხვედრების მინიმალური რაოდენობა პაციენტთან არის თვეში 2 (აქედან 1 აუცილებლად ფსიქიატრის ვიზიტი). ამას ემატება მხარდამჭერ პირთან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) თვეში მინიმუმ 1 პირისპირ შეხვედრა. ყოველ პაციენტთან მინიმუმ 10 დღეში ერთხელ ხორციელდება სატელეფონო კონტაქტი. ერთი მობილური გუნდის დაფარვის არეალი 70-დან 180 ათას მოსახლეს შეადგენს. აღნიშნული კრიტერიუმების მიხედვით სათემო მობილური გუნდის ლოკაცია რეგიონების მიხედვით და საშტატო ერთეული მოცემულია ცხრილში (ცხრილი 3).

რეკომენდებული სათემო მობილური გუნდების ლოკაცია რეგიონების მიხედვით

ცხრილი 3

რეგიონი/რაიონი	მოსახლეობა დაფარვის არეალში	კადრების/შტატის რ-ბა		არსებული გუნდები	გუნდების აუცილებელი მინიმალური რაოდენობა
		ფსიქიატრი	სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი.		
ბათუმი	152839	1	2	1	1
ხელვაჩაური-ქედა-შუახევი-	106320	1	2	0	1
ქობულეთი-ოზურგეთი-	156658	1	2	0	1
ქუთაისი-წყალტუბოს ნაწილი	167635	1	2	1	1
ხონი-წყალტუბოს ნაწილი-	108689	1	2	0	1
ვანი-სამტრედია-ლანჩხუთი	104560	1	2	0	1
ზესტაფონი-ბაღდათი-	98683	1	2	0	1
თერჯოლა-ტყიბული-	73718	1	2	0	1
ჭიათურა-საჩხერე	77659	1	2	0	1
სიღნაღი-დედოფლისწყარო-	92847	1	2	0	1
თელავი-ახმეტა-ყვარელი-	173975	2	4	1	2
ახალციხე-ადიგენი-ასპინძა-	160504	2	4	0	2
ხაშური-ქარელი	93919	1	2	0	1
გორი-კასპი	169463	2	4	0	2
ზუგდიდი-წალენჯიხა	131667	1	2	0	1
მესტია	9316	0	0	0	0
სენაკი-ფოთი-ჩხოროწყუ-ხოზი-	156315	2	4	0	2
რუსთავი-გარდაბანი-	423986	3	6	2	3
მცხეთა-მთიანეთი-დუშეთი	90778	1	2	0	1
ყაზბეგი	3795	0	0	0	0
თბილისი-საგარეჯო	1160478	7	14	6	7
საქართველო	3713804	31	62	11	31

ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება

ფსიქიატრიული ჰოსპიტალური სამსახური წარმოადგენს მესამეული ჯანდაცვის რგოლს და ემსახურება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს, რომლებსაც სპეციალიზირებული სტაციონარული დახმარება ესაჭიროებათ. ამ სერვისში მომსახურება ხორციელდება ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელისა და მულტიდისციპლინური მიდგომის პრინციპებით.

ტერმინი „ფსიქიატრიული სტაციონარი“ გულისხმობს ფსიქიატრიული ჰოსპიტალური სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებას (ასევე, მრავალპროფილურ საავადმყოფოებში ინტეგრირებულ მონოპროფილურ ფსიქიატრიულ განყოფილებას), რომელიც აკმაყოფილებს ფუნქციონირების სპეციფიკურ პირობებს და დაკომპლექტებულია სათანადო კვალიფიკაციის ადამიანური რესურსით, რაც დასტურდება არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად გაცემული სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიით.

ფსიქიატრიული სტაციონარი შემდეგ ძირითად აქტივობებს ახორციელებს:

- გადაუდებელი ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველყოფა;
- ფსიქიკური აშლილობების დროული და თვისებრივი დიაგნოზი;
- ინდივიდუალური მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;
- პაციენტების სოციალური საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობა;
- ინდივიდუალური მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო პროგრამების განხორციელებაში პაციენტების ოჯახების ჩართვა;
- ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის პროცესში პაციენტების, სამედიცინო და სხვა პროფესიონალებთან ურთიერთობის მართვა; მზრუნველობის საკითხებზე გადაწყვეტილების მიღებაში მონაწილეობა;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებებისა და კანონიერი ინტერესების განხორციელების შესახებ კონსულტაციებში მონაწილეობა;
- რეფერალი სათემო და სხვა ტიპის სერვისებში

ფსიქიატრიული სტაციონარული დახმარება ითვალისწინებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მომსახურებას, რომლებსაც ფსიქიკური მდგომარეობის გამო გაუარესებული

აქვთ თვით-კონტროლის უნარი, რაც ზრდის რისკს და თერაპიული ზრუნვისა და მკურნალობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია ნაკლები ინტენსივობის სერვისში.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული მწვავე სტაციონარული საწოლების რაოდენობა მოცემულია ცხრილში 4, ხოლო ქრონიკული სტაციონარული საწოლების რაოდენობა ცხრილში 5.

მწვავე საწოლების რეკომენდებული რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე (ჯანმო, 1996)

ცხრილი 4

მდგომარეობა	მძიმე შემთხვევათა საერთო რაოდენობა	% პაციენტების, რომელთაც გადაუდებელი სტაციონირება ესაჭიროებათ	სტაციონარში საშუალო დაყოვნება	როტაციის ფაქტორი	საწოლებია რაოდენობა
ფსიქოზები	318	50	21	1,15	11
ბიპოლარული აფექტური აშლილობა	828	30	14	1,15	11
დიდი დეპრესია	1311	5	2	1,15	6
შფოთვითი დარღვევები	547	5	2	1,15	0
სულ	3004	-	17	-	28

ქრონიკული საწოლების რეკომენდებული რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე (ჯანმო, 1996)

ცხრილი 5

მდგომარეობა	მძიმე შემთხვევათა საერთო რაოდენობა	% პაციენტების, რომელთაც გადაუდებელი სტაციონირება ესაჭიროებათ	სტაციონარში საშუალო დაყოვნება	როტაციის ფაქტორი	საწოლებია რაოდენობა
ფსიქოზები	318	5	180	1,05	8
ბიპოლარული აფექტური აშლილობა	828	0,5	180	1,05	4
სულ	3004	-	180	-	12

მოცემული ცხრილების მიხედვით მწვავე ფჯ სტაციონარული საწოლები უნდა განისაზღვროს 28 საწოლით 100 000 მოსახლეზე, ხოლო ქრონიკული საწოლების რაოდენობა 12 საწოლი 100 000 მოსახლეზე.

სტაციონარული საწოლების ლოკაცია რეგიონების მიხედვით მოცემულია ცხრილში 7. მასში მოცემულია მოსახლეობის მიხედვით მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის

მაჩვენებლებით რეკომენდებული მწვავე და ქრონიკული საწოლების რაოდენობა. ასევე, მითითებულია ამჟამად არსებული საწოლების რაოდენობა მათი რეგიონული მდებარეობის მიხედვით. გასათვალისწინებელია, რომ იმერეთის საერთო საწოლფონდიდან, რომელიც შეადგენს 575 საწოლს (საიდანაც 525 ქუტირის ფჯ ცენტრშია, ხოლო 30 საწოლი ქუთაისის ფჯ ცენტრშია) 280 საწოლი სამედიცინო ექსპერტიზის საწოლებია.

სასურველია, რომ ყველა რეგიონში იყოს შესაბამისი რაოდენობის როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული საწოლები, თუმცა დაბალი და საშუალო ადამიანური რესურსის რეგიონებში (მაგალითად რაჭა-ლეჩხუმში), მწვავე საწოლების მომსახურების უზრუნველყოფა უფრო რთულია და, შესაძლებელია, საწოლების შესაბამისი რაოდენობა მაღალი რესურსის რეგიონებში განაწილდეს. შესაბამისად, თბილისში დაემატოს მწვავე საწოლების ნაწილი, რომლებიც კახეთის და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონის მომსახურებისთვისაა საჭირო, ხოლო იმერეთში რაჭა-ლეჩხუმის, გურიისა და სამეგრელო-ზემო სვანეთისთვის საჭირო საწოლები.

ცხრილში (ცხრილი 7) წითელი ფერით მონიშნულია სასურველი საწოლების რაოდენობა ლოკაციის მიხედვით. შესაბამისად, ცხილიდან ჩანს, რომ თბილისში მიზანშეწონილია იყოს 370 მწვავე და 130 ქრონიკული საწოლი, რომელიც არა მარტო თბილისს, არამედ კახეთისა და მცხეთა-მთიანეთის ნაწილსაც მოემსახურება. საქართველოს მასშტაბით საწოლების საერთო რიცხვმა შეადგინა 1003 მწვავე და 462 ქრონიკული საწოლი, რაც ჯამში 1465 საწოლს შეადგენს.

დღეისთვის საწოლების საერთო დატვირთვა, ფსიქიატრიული ექსპერტიზის საწოლების გარეშე, შეადგენს 1070 საწოლს, აქედან 210 მწვავე პაციენტია, 269 სტაციონარში 3 თვეზე ნაკლები დროის მანძილზე იმყოფება, 149 პაციენტი 3-დან 6-თვემდე, ხოლო 442 პირის ანუ 40%-ზე მეტი პაციენტის დაყოვნება სტაციონარში 6 თვეზე მეტია, რომელთა განთავსება სათემო სერვისებში, კერძოდ ზრუნვის სახლებსა და დაცულ საცხოვრებელში უფრო მიზანშეწონილია, ვინაიდან ეს პირები აქტიურ სამედიცინო მკურნალობას აღარ საჭიროებენ (იხილეთ ცხრილი 6).

მწვავე საწოლების მომსახურებისთვის საჭირო კადრების მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრება შემდეგი თანაფარდობით: ფსიქიატრი 1/15, ექთანი 1/5, ექთნის თანაშემწე 1/2,5, სხვა ფჯ სპეციალისტი (ფსიქოთერაპევტი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, სხვა) 1/30. სტაციონარული მომსახურებისთვის საჭირო კადრების/შტატების რაოდენობა მოცემულია ცხრილში 8.

სტაციონარული მომსახურების ალტერნატიული სერვისების, კერძოდ ასერტული და კრიზისული სამსახურების განვითარების შემთხვევაში, მწვავე სტაციონარული საწოლების რაოდენობა პროპორციულად შემცირდება.

სტაციონარებში პაციენტთა რაოდენობა და განაწილება, 2018 წ მაისი

ცხრილი 6								
პროვაიდერი	პაციენტების რაოდენობა	მწვავე კოდი	3 თვემდე დაყოვნება	პაციენტების დაყოვნება 3 – 6 თვე	6 თვეზე მეტი დაყოვნება	DS: F70-74	DS: F01-09	ბავ. და მოზარდები
"ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	210	26	65	43	76	17	3	
"ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი"	75	35	20	5	15	4	3	
მე 5 კლინიკური საავადმყოფო	25	25	0	0	0	1	0	7
ივ.ზოკერიას სახ. სამ.ცენტრ	13	13	0	0	0			
„რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	22	16	3	0	3	0	2	
ბედიანი	159	5	15	11	128	17	9	
სურამი	83	4	20	10	49	10	1	
„ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	30	11	6	6	7		1	
„რესპუბლიკური, კლინიკური, ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო"	119	43	30	24	22	8	3	
ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“	317	15	110	50	142	17	4	
სენაკის ფ/ნ	17	17	0	0	0	0	0	
ჯამი	1070	210	269	149	442	74	26	7

რეკომენდებული სტაციონარული საწოლების ლოკაცია რეგიონების მიხედვით

ცხრილი 7

ქალაქი/რაიონი	მოსახლეობა	არსებული სწ რ-ბა	საწოლების რეკომენდებული ლოკაცია			მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით ჯანმოს მიერ რეკომენდებული საწოლების რ-ბა		
			მწვავე სწ რ- ბა	ქრონიკული სწ რ-ბა	სულ სწ რ-ბა	მწვავე 28/100000	ქრონიკული 12/100000	სულ
სულ თბილისი	1108717	353	370	130	500	310	133	443
მცხეთა-თიანეთი	94573	0	20	30	50	26	11	38
კახეთი	318583	0	30	30	60	89	38	127
სულ თბილისი, კახეთი, მცხეთა მთიანეთი	1521873	353	420	190	610	426	183	609
იმერეთი (აქედან 280 სასამართლო ექსპერტიზის საწოლია)	533906	280				149	64	214
		275	253	62	315			
რაჭა-ლეჩხუმი ქვ. სვანეთი	32089	0	0	0	0	9	4	13
გურია	113350	0	0	30	30	32	14	45
სამეგრელო ზემო სვანეთი	330761	13	30	30	60	93	40	132
სულ იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი, გურია, სამეგრელო, ზემო სვანეთი	1010106	568	283	122	405	283	121	404
სამცხე-ჯავახეთი	160504	0	30	30	60	45	19	64
შიდა ქართლი	263382	85	80	30	110	74	32	105
ქვემო ქართლი	423986	142	100	30	130	119	51	170
სულ სამცხე ჯავახეთი, შიდა, ქვემო ქართლი	847872	227	210	90	300	237	102	339
აჭარა, გურიის ნაწილი	333953	150	90	60	150	94	40	134
სულ აჭარა	333953	150	90	60	150	94	40	134
სულ საქართველოში	3713804	1298	1003	462	1465	1040	446	1486

ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების მინიმალური საშტატო განაკვეთი

ცხრილი 8

ქალაქი/რაიონი	მოსახლეობა	კადრები/შტატი მწვავე საწოლებზე გათვლით				მოსახლეობის რ-ბის მიხედვით ჯანმოს მიერ რეკომენდებული საწოლების რ-ბა
		ფსიქიატრი 1/15	ექთანი 1/5	ექთნის თანაშემწე 1/2.5	ფსიქოლოგი/სოც მუშაკი/სხვ თერაპევტი 1/30	მწვავე სწ რ-ბა 28/100000
სულ თბილისი	1 108 717	20,7	62,0	124,0	10,3	310
სულ აჭარა	333 953	6,3	18,8	37,6	3,1	94
სულ იმერეთი	533 906	9,9	29,8	59,6	5,0	149
სულ რაჭა-ლეჩხუმი ქვ. სვანეთი	32 089	0,6	1,8	3,6	0,3	9
სულ გურია	113 350	2,1	6,4	12,8	1,1	32
სულ სამეგრელო ზემო სვანეთი	330 761	6,2	18,6	37,2	3,1	93
სულ სამცხე-ჯავახეთში	160 504	3,0	9,0	18,0	1,5	45
სულ შიდა ქართლი	263 382	4,9	14,8	29,6	2,5	74
სულ ქვემო ქართლი	423 986	7,9	23,8	47,6	4,0	119
სულ კახეთი	318 583	5,9	17,8	35,6	3,0	89
სულ მცხეთა-მთიანეთი	94 573	1,7	5,2	10,4	0,9	26
სულ საქართველოში	3 713 804	69	208	416	35	1040

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის

კრიზისული ინტერვენციის სამსახური (კის) არის სპეციალიზებული სერვისი, სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვის ქსელის მესამეული რგოლი, რომელიც მომსახურებას უწევს გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრებ, საშუალოდ 75 000-იან (ან 150 000-იან) პოპულაციას, რათა ფსიქიატრიული სტაციონირების ტვირთი შეამციროს. ეს სამსახური მიეწოდება პაციენტებს უშუალოდ სტაციონარებამდე (ე.წ. 'წინაკარში') და სტაციონირების შემდგომ (ე.წ. 'უკანაკარში'). მოცვის არეალში, სერვისი რეაგირებს მწვავე რეფერალზე, ასრულებს რა 'კარისკაცის' ფუნქციას, ნაწილ პაციენტებს 'იტოვებს' სტაციონარგარეთა სერვისში და ნაწილს 'ატარებს' სტაციონარში და საცხოვრებელ ადგილზე აწოდებს მომსახურებას (იხ. ჩართვის კრიტერიუმები). ასევე, შესაძლებელია მომსახურება, მოცვის არეალში არსებული 'კრიზისული სახლის' გარემოშიც, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

კრიზისული ინტერვენცია გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობის კუპირებას ან ისეთი ქცევითი და აფექტური სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც, შესაძლებელია საფრთხე შეექმნას ადამიანის ან მის გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას (როცა ეს საფრთხე უკვე სახეზეა, მაშინ სტაციონარული მკურნალობა გარდაუვალია).

რეკომენდებული კრიზისული ინტერვენციის გუნდების რაოდენობა და ლოკაცია

ცხრილი 9

ქალაქი/რაიონი	მოსახლეობა	კრიზისული ინტერვენციის გუნდების (150 ათასიანი პოპულაციაზე 15- კაციანი გუნდი) აუცილებელი რაოდენობა	გუნდების (75 ათასიანი პოპულაციაზე 7- კაციანი გუნდი) აუცილებელი რაოდენობა
თბილისი	1108717	7	15
ქუთაისი	147635	1	2
რუსთავი	125103	1	2
ბათუმი	152839	1	2
სულ		10	20

კრიზისული ინტერვენციის გუნდი მინიმუმ 7 (შვიდი) საშტატო ერთეულისგან (ან 15 საშტატო ერთეულისგან) შედგება, სადაც სპეციალისტების თანაფარდობა პაციენტთან არის მინიმუმ 1:2.

გუნდის შემადგენლობაში შედიან:

- გუნდის ლიდერი (რომელიც იმავდროულად არის გუნდის ფსიქიატრი, ან ექთანი, ან ფსიქოლოგი);
- ქეის მენეჯერი/შემთხვევის წამყვანი;
- ფსიქიატრი - მინიმალური თანაფარდობა სპეციალისტი/პაციენტი 1:10;
- ექთანი (ან უმცროსი ექიმი, ან რეზიდენტი). მინიმალური თანაფარდობა სპეციალისტი/პაციენტი 1:4;
- ფსიქოლოგი, სოც.მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, ფარმაცევტი (საჭიროების მიხედვით);
- სხვადასხვა სპეციალისტი გუნდში ჩართულია შესაბამისი რეკომენდაციის ტიპის მიხედვით.

7-შტატიანი გუნდი ემსახურება ერთდროულად მაქსიმუმ 15 პაციენტს, რომლის შემადგენლობაშია:

- ფსიქიატრი: 1.5 ($15:10=1.5$ შტატი (აქედან ერთი შეიძლება იყოს გუნდის ლიდერი);
- ქეის მენეჯერი-1;
- ექთანი: 4 ექთანი ($15:4=3.75$ შტატი. აქედან, ერთ შეიძლება იყოს გუნდის ლიდერი);
- ფსიქოლოგი (ან სოც. მუშაკი, ან ოკუპაციური თერაპევტი, ან ფარმაცევტი) - 0.5 შტატი.

15-შტატიანი გუნდი ემსახურება ერთდროულად მაქსიმუმ 30 პაციენტს, რომლის შემადგენლობაშია:

- ფსიქიატრი: 3 ($30:10=3$) აქედან, ერთი შეიძლება იყოს გუნდის ლიდერი;
- ქეის მენეჯერი-2;
- ექთანი: 8 ექთანი ($30:4=7.5$ შტატი, აქედან, ერთ შეიძლება იყოს გუნდის ლიდერი);
- ფსიქოლოგი ან/და სოც. მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, ფარმაცევტი - 2 შტატი. აქედან, 1 აუცილებლად ფსიქოლოგია.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საცხოვრისით მომსახურება

ფსიქიკური აშლილობის მქონე შშმ პირთა საცხოვრისი წარმოადგენს სტაციონარგარეთა სათემო მომსახურებას, რომელიც უზრუნველყოფს ბენეფიციარებს საცხოვრებლით და

შესაბამისი ზრუნვით, რომ ხელი შეუწყოს ბენეფიციარის სოციალურ ადაპტაციასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციისთვის საჭირო დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარების შენარჩუნება/განვითარებას.

საცხოვრისი სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს 18 წლისა და მეტი ასაკის პირი, რომელსაც ფსიქიკური აშლილობის გამო (ICD 10-ის მე-V თავში მითითებული დიაგნოზები გარდა F70-F79), დადგენილი აქვს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი, აღენიშნება სოციალური და დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების დეფიციტი და არ აქვს შესაბამისი მხარდამჭერი გარემო.

საცხოვრისები განსხვავდება ბენეფიციართა რაოდენობითა და მათი დამოუკიდებლობის ხარისხით. საცხოვრისის მომსახურების ინტენსივობის მიხედვით შესაძლებელია იყოს:

- 24-საათის განმავლობაში საშტატო პერსონალით უზრუნველყოფილი საცხოვრისი;
- დღის განმავლობაში საშტატო პერსონალით უზრუნველყოფილი საცხოვრისი;
- ნაკლებად მხარდამჭერი საცხოვრისი, მომსვლელი საშტატო პერსონალით.

საცხოვრისის ფორმებია:

ზრუნვის სახლი (რეზიდენტული ზრუნვის სახლები) -არაუმეტეს 24 ბენეფიციარი

წარმოადგენს ფსიქო-სოციალური მომსახურების სახეს, რომლის მიზანია ამ დაწესებულებებში ბენეფიციარებმა იცხოვრონ ღირსეულად და დამოუკიდებლობის მაქსიმალური შენარჩუნებით.

მომსახურების ხანგრძლივობა შემოსაზღვრული არ არის;

მომსახურება მიეწოდება კვირაში 7 დღე, 24სთ.

დაცული საცხოვრებელი (საოჯახო ტიპის სახლები) -არაუმეტეს 5 ბენეფიციარი

წარმოადგენს სათემო სოციალურ მომსახურებას, რომლის მიზანია ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებული პირობების შექმნა, ბენეფიციარის დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა.

მომსახურების ხანგრძლივობა შემოსაზღვრული არ არის.

მომსახურება მიეწოდება კვირაში არანაკლებ 21სთ

საცხოვრისის მომსახურება ხორციელდება ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელისა და პიროვნების საჭიროებებზე ორიენტირებული მიდგომის პრინციპებით. საცხოვრისში შემდეგი ძირითადი აქტივობები ხორციელდება:

- ბენეფიციარის ფსიქო-სოციალური საჭიროებების შეაფასება და ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმის შედგენა;
- სოციალური მხარდაჭერა და თემში ინტეგრაციის ხელშეწყობა;
- შესაბამისი ჯანდაცვის და სარეაბილიტაციო მომსახურების მიწოდების ორგანიზება;
- კვებით უზრუნველყოფა.

ბენეფიციარის ფსიქიატრიულ მეთვალყურეობას უზრუნველყოფს დაწესებულების არეალში მდებარე სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული სამსახური, მობილური ფსიქიატრიული გუნდი; საცხოვრისი ითვლება ბენეფიციარის ფაქტიურ მისამართად და საცხოვრისში მოხვედრისთანავე ბენეფიციარი სარგებლობს არეალში არსებული ჯანმრთელობის სერვისებით. ფსიქიკური ან ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, საცხოვრისი უზრუნველყოფს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის ორგანიზებასა და ზრუნვას;

სარეაბილტაციო ღონისძიებების მიწოდება ხდება დაწესებულების გარეთ საცხოვრებელ არეალში; რეზიდენტული ზრუნვის სახლის ბენეფიციარებისთვის, რომლებიც ვერ ერთვებიან გარე სერვისებში (არეალში ასეთი სერვისების არარსებობის ან სოციალური ფუნქციონირების მოშლის გამო) დაწესებულება უზრუნველყოფს სარეაბილტაციო ღონისძიებების ორგანიზებას ადგილზე.

წარმატებული საცხოვრისის მომსახურების ინდიკატორებია:

- ბენეფიციართა ჩართვა სხვადასხვა დღის აქტივობებში;
- ბენეფიციართა ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსება/განმეორებითი მოთავსების შემცირება;
- ბენეფიციართა სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება;
- ბენეფიციართა ყოფითი უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება;
- ბენეფიციართა სოციალიზაციის ხარისხი

საცხოვრისით მომსახურებისთვის საჭირო კადრის მინიმალური რაოდენობა განისაზღვრება შემდეგი თანაფარდობით: ექთანი 1/6, პირადი კონსულტანტი 1/24, პირადი ასისტენტი/მზრუნველი 1/6.

პირადი კონსულტანტი შეიძლება იყოს განათლებით სოციალური მუშაკი ან ფსიქოლოგი ან შესაბამისი უნარების და გამოცდილების მქონე პირი.

საცხოვრისის რეკომენდებული რაოდენობა და ლოკაცია

საქართველოს ფსიქიატრიულ სტაციონარებში, 2018 წლის მაისის მონაცემებით, 180 დღეზე მეტი დაყოვნების 499 პაციენტია (ასევე 100 ბენეფიციარი თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტის მოსარგებლეს) (ცხრილი 10). რეალურად ზემოაღნიშნული პაციენტების სტაციონარში მკურნალობის საჭიროება აღარ არსებობს, თუმცა მხარდამჭერი გარემოს არარსებობა, უსახლკარობა და სოციალური ფუნქციონირების ღრმა მოშლა აფერხებს მათ გაწერას. რეალურად ფსიქიატრიული სტაციონარები გადაიქცა მათ საცხოვრისებად, რაც ხასზგასმულია. სახალხო დამცველის და წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის არაერთ ანგარიშში.

ფსიქიატრიულ სტაციონარებში პაციენტების 180 დღეზე მეტი დაყოვნების მაჩვენებელი (2018 წ. მაისი)

ცხრილი 10

ქალაქი/რაიონი	მოსახლეობა
"ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი"	7
"ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	74
შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	3
შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	193
შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი" (2018 წლის 1 მარტიდან)	189
შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი"	11
შპს „რესპუბლიკური, კლინიკური, ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო"	22
თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი	100
სულ	599

ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა ითვალისწინებს ქვეყანაში საცხოვრისის ტიპის თანამედროვე მომსახურების განვითარებას და ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტების 40%-დან 20%--მდე შემცირებას. ამისთვის მნიშვნელოვანია რეალისტური და თანმიმდევრული გეგმის შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ხანგრძლივი დაყოვნების პაციენტების ეტაპობრივ შემცირებას.

არსებული საჭიროებისა და რესურსების გათვალისწინებით, ცხრილში მოცემულია საცხოვრისების რეკომენდებული რაოდენობა (სულ 116 აგილი, 24 კაციანი 4 და 5 კაციანი 4 დაწესებულების პირობებში) და ლოკაცია (ცხრილი11)

რეკომენდებული საცხოვრისების რაოდენობა და ლოკაცია

ცხრილი11

ქალაქი/რაიონი	მოსახლეობა	ზრუნვის სახლი	დაცული საცხოვრებელი
თბილისი, კახეთი, მცხეთა მთიანეთი	1521873	1	1
იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი, გურია, სამეგრელო, ზემო სვანეთი	1010106	2	2
სამცხე ჯავახეთი, შიდა, ქვემო ქართლი	847872	1	
აჭარა	333 953		1
სულ		4	4

ლიტერატურა

1. National Institute of Health, Mental Health Statistic, 2017
2. Robert D.Goldney., Suicide prevention, Oxford Psychiatry Library, 2014
3. სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურების (საფს-ი) პროტოკოლი
4. თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურების პროტოკოლი
5. ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების პროტოკოლი
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული ინტერვენციის მომსახურების პროტოკოლი