



კალიათიური
მზრუნველობის
სერვისების შეფასება

2021



კალიათიური
მგრუნველთობის
ხარვისების შეფასება

თბილისი
2021



პალიატიური მზრუნველობის ხერვისების შეფასება

კვლევაზე მუშაობდნენ:
როდამი გოგობია;
ფატი ძოწენიძე;
ნინო კიკნაძე;
ნინო მირზიკაშვილი.



გამოცემულია საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით. ავტორის/ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

სარჩევი

| | |
|---|----|
| შესავალი | 4 |
| პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობაში | 5 |
| კვლევის მიზანი და ამოცანები | 8 |
| კვლევის მეთოდოლოგია | 8 |
| ძირითადი მიგნებები: | 9 |
| არსებული პალიატიური სერვისები და მოცულობა | 9 |
| ანალიზი და დისკუსია | 16 |
| პალიატიური მზრუნველობის სფეროში არსებული პრობლემები საქართველოში. | 19 |
| პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების გამოთვლა - განსაზღვრა | 21 |
| ძირითადი ბარიერები პალიატიური მზრუნველობის განვითარებაში | 36 |
| შეჯამება | 36 |
| რეკომენდაციები | 38 |
| გამოყენებული ლიტერატურა | 40 |
| დანართი 1 | 42 |
| დანართი 2 | 45 |

შესავალი

მედიცინის დარგის სწრაფმა გავითარებამ განაპირობა ქრონიკული და პროგრესირებადი დაავადებების მქონე ადამიანთა, ასევე სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების მქონე პაციენტთა სიცოცხლის გახანგრძლივება და მოსახლეობის დაბერება. სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა, მოსახლეობის გლობალური დაბერება, სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების რიცხვის მატება, ნაწილის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის პროცენტული წილის ზრდის ტენდენცია მთელ მოსახლეობაში (რომლებიც ასაკის მატებასთან ერთად ხდებიან უფრო დაუცველები და ხშირ შემთხვევაში, იტანჯებიან ქრონიკული დაავადებებით) ზრდის ინკურაბელურ პაციენტთა რაოდენობას, რომლებიც დაავადებით გამოწვეული მტანჯველი სიმპტომების გამო ადეკვატურ კომპლექსურ სამედიცინო-სოციალურ მზრუნველობას საჭიროებენ, რასაც ემსახურება სწორედ პალიატიური მზრუნველობა. პალიატიური მზრუნველობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების მქონე პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ტანჯვის პრევენციის გზით, ტკივილის და ტანჯვის გამომწვევ სხვა ფიზიკური თუ ფსიქოსოციალურ სიმპტომთა მართვით (“WHO | WHO Definition of Palliative Care,” 2012).

პალიატიური მზრუნველობის ლანცეტის კომისია ამბობს, რომ პალიატიური მზრუნველობა მიმართული უნდა იყოს „ჯანმრთელობით განპირობებული მძიმე (სერიოზული) ტანჯვის შემსუბუქებაზე“ (ლანცეტის კომისია, 2018). და განმარტავს, რომ: „ტანჯვა არის ჯანმრთელობით განპირობებული, როდესაც ის დაკავშირებულია დაავადებასთან ან ნებისმიერი სახის დაზიანებასთან“; ხოლო ტანჯვა არის მძიმე, როდესაც სამედიცინო ჩარევის გარეშე შეუძლებელია მისი შემსუბუქება და როდესაც ის სერიოზულად აზიანებს ადამიანის ფიზიკურ, სოციალურ და ემოციურ ფუნქციონირებას“(Knaul et al., 2018).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ბოლო განსაზღვრების თანახმად, პალიატიურ მზრუნველობას ექვემდებარება ნებისმიერი ადამიანი, ვის სიცოცხლესაც დაავადების გამო შეიძლება სხვადასხვა სახის პრობლემები ემუქრებოდეს. **ჯანმო** პალიატიურ მზრუნველობას განსაზღვრავს შემდეგნაირად: „პალიატიური მზრუნველობა არის მიდგომა, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური, ფსიქო-სოციალური და სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასებისა და მკურნალობის შედეგად, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს, რომლებსაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები“.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, 67-ე მსოფლიო ჯანმრთელობის ასამბლეაზე A67/4 “ (WHA67/2014/REC/3) წარდგენილი იქნა დოკუმენტი - „პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ინტეგრირებული მკურნალობის კომპონენტად გაძლიერება მთელი ცხოვრების მანძილზე“, სადაც ჯანმოს თანახმად „ჯანდაცვის სისტემაში პალიატიური მზრუნველობა ყველა დონეზე უნდა იყოს ინტეგრირებული... სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული ადამიანური რესურსების გაძლიერებისა და გაზრდისკენ ... პალიატიური მზრუნველობის საკითხები აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული საბაზო განათლების კურიკულუმებში“.

(Sixty-Seventh World Health Assembly, N.D.)

ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2003 წლის რეკომენდაციაში „ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის“ ნათქამია, რომ: პალიატიური მზრუნველობა არის ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი ნაწილი, რომელსაც სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს და „ნებისმიერ პიროვნებას, რომელსაც ესაჭიროება პალიატიური მზრუნველობა, უნდა შეეძლოს ყოველგვარი დაგვიანების გარეშე მისი მიღება“. კომიტეტი ხაზს უსვამს, რომ „პალიატიური მზრუნველობა აერთიანებს პაციენტზე ზრუნვის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს. კომიტეტი აცნობიერებს რა, რომ „პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია შორსწასული დაავადებით გამოწვეულ ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ საკითხებზე, ამდენად იგი მოითხოვს მაღალკვალიფიცირებული, ადექვატური რესურსებით აღჭურვილი ინტერდისციპლინარული და მულტიპროფესიონალური გუნდის მონაწილეობას“ და სადაც ჩართულნი არიან „პაციენტისა და ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სულიერი საჭიროებების შესაბამისი კომპეტენციის მქონე ექიმი, ექთანი და ჯანდაცვის სფეროს სხვა მუშაკები“(Recommendation Rec (2003) 24 Of The Committee Of Ministers To Member States On The Organisation Of Palliative Care, N.D.).

პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობაში

2019 წელს კანონებში ჯანმრთელობის დაცვის და პაციენტის უფლებების შესახებ შევიდა პალიატიური მზრუნველობის ახალი განსაზღვრება, რომლის მიხედვითაც ტერმინი „მკურნალობას აღარ ექვემდებარება“ შეიცვალა “ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებით“ და ორიენტირებულია უფრო ადრეულ ჩარევებზე ვიდრე მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულზე. იგი იძლევა ჰოლისტიური ზრუნვის საფუძველს:

„მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს“.

ამავე წელს, კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ და „პაციენტის უფლებების შესახებ,“ პირველად შევიდა განსაზღვრება ჰოსპისური მზრუნველობის შესახებ, რომელიც წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის ნაწილს და განკუთვნილია „ინკურაბელური პაციენტებისთვის, რომელთა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა შემლუდულია. ჰოსპისური მზრუნველობის დროს დაავადების განკურნებაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩარევები აღარ გამოიყენება და ხორციელდება მხოლოდ დაავადების სიმპტომთა მართვისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მიმართული სამედიცინო ჩარევები.

გარდა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრებისა, პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული მუხლები გვხვდება შემდეგ კანონებში:

1. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 2002);
2. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ (პაციენტის უფლებების შესახებ, სსიპ 'საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე' 2000);
3. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ (საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, 2005).

ამ ცვლილებების საფუძველზე, საქართველოს კანონმდებლობამ აღიარა პალიატიური მზრუნველობა, როგორც უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება.

პალიატიური მზრუნველობის მიზნით, სამედიცინო მომსახურება და ჩარევა უნდა ხდებოდეს უწყვეტად („ყ“) სამედიცინო დახმარების შესახებ) „პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელებისთვის“ და უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს („ჩ“) სამედიცინო საქმიანობა; და ექიმი ვალდებულია ჩაერიოს პალიატიური მზრუნველობის აღმოსაჩენად („საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 49-ე მუხლის თანახმად „ა“).

საქართველოს ოთხ კანონში (კანონები „ჯანდაცვის შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „ნარკოტიკების, ფსიქოტროპუ-

ლი ნივთიერებების, პრეკურსორების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“) შესული ცვლილებები ხელს უწყობს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარებასა და მის ინტეგრაციას ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში.

2007 წელს სახელმწიფომ აიღო ვალდებულება უზრუნველყოს საჭიროების მქონე პაციენტებისათვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა: „სახელმწიფო უზრუნველყოს ნარკოტიკული საშუალებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით ... საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად“ (მუხლი N8 მე-4 პუნქტი). 2012 წელს ამავე კანონის პირველ მუხლში, ჩაიწერა სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ვალდებულება (მუხლი N1 პუნქტი3.ე).

შესაბამისად, საქართველოს კანონმდებლობა განსაზღვრავს პალიატიურ მზრუნველობას და მის მთავარ მიზნად ისახავს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მართვით ახდენს პაციენტთა ტანჯვის პრევენციას, აღიარებს პალიატიური მზრუნველობისა და აუცილებელ (ძირითად) მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას, აცხადებს რომ პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს უწყვეტ სამედიცინო დახმარების აუცილებელ კომპონენტს და რომ ექიმმა შეუფერხებლად უნდა განახორციელოს პალიატიური მზრუნველობა.

პალიატიური მზრუნველობის განვითარება საქართველოში დაიწყო 2000-იანი წლებიდან. პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკული განხორციელება (პილოტური პროექტის სახით) კი დაიწყო 2004 წლიდან. 2005 – 2006 წლებში „საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდის“ ინიციატივით და მხარდაჭერით და სახელმწიფოს, არასამთავრობო ორგანიზაციების და საერთაშორისო ექსპერტების ხელშეწყობით განხორციელდა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის, როგორც სისტემის საფუძველის შექმნა და მისი პრაქტიკული ამოქმედება.

მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ აღიარებული ვალდებულებებისა, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა დღემდე რჩება ერთეული და მონოდისციპლინური მიმართულების სახით. პალიატიური მზრუნველობის არსებული სერვისების შესაფასებლად და შესასწავლად დაიგეგმა და განხორციელდა კვლევა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა გაერკვია თუ რამდენად ჰოლისტურია მომსახურება და რა საჭიროებების და გამოწვევების წინაშე დგას დღეს პალიატიური მზრუნველობის სისტემა საქართველოში.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია, მოზრდილთა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების შეფასება.

კვლევის ამოცანებს წარმოადგენს დადგინდეს:

- მოზრდილ მოქალაქეთა რაოდენობა საქართველოში, რომელთაც ესაჭიროებათ პალიატიური მზრუნველობა;
- კონკრეტული ნოზოლოგიები, რომლისთვისაც პალიატიური მზრუნველობის საჭიროება არსებობს;
- დღეს არსებული პრაქტიკა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ზრდასრულებთან მიმართებით (რა სახის დახმარებას და მომსახურებებს იღებენ ისინი და სად); ყველა პალიატიური სერვისის მიმწოდებლის (რამდენი საწოლი აქვთ, და სხვა) აღწერა;
- როგორია სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი დაფინანსება მოზრდილთა პალიატიურ მზრუნველობაზე.

კვლევის მეთოდოლოგია

ზემოთ ჩამოთვლილი ამოცანების შესასრულებლად, კვლევის საწყის ეტაპზევე განხორციელდა პალიატიური მზრუნველობის საკითხზე არსებული ანალიტიკური დოკუმენტების მიმოხილვა. განხორციელდა მეორადი მონაცემების ანალიზი, **მოხდა საჭიროების გამოთვლა, განსაზღვრა (WHO & WPCA, 2014) და შეფასება.** პალიატიური მზრუნველობის სერვისების შეფასებისას გამოყენებულ იქნა ჯანმო-ს მიერ აღიარებული სტრატეგიული სამკუთხედი (Stjernsward, Foley, & Ferris, 2007).

სერვისების შეფასების მიზნით, ჩატარდა დაწესებულებების ხელმძღვანელების გამოკითხვა. პირველ ეტაპზე მოხდა ამ დაწესებულებების საპასპორტო/დემოგრაფიული მონაცემების შეგროვება (**იხ. დანატი N1**). საქართველოში არსებული პალიატიური მზრუნველობის სერვისების და საჭიროებების უფრო დეტალური შესწავლისთვის, შემდეგომ ეტაპზე განხორციელდა პალიატიური მზრუნველობაში ჩართული 19 სერვისის მიმწოდებლისთვის ელ. ფოსტის საშუალებით კითხვარების (**იხ. დანართი N2**) დაგზავნა. კითხვარი დაეფუძნა ჯანმოს 2002 წლის პუბლი-

კაცას,¹ რომელიც პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ექსპერტების მიერ არის გამოყენებული, მოხდა მისი გადათარგმნა და ადაპტირება.

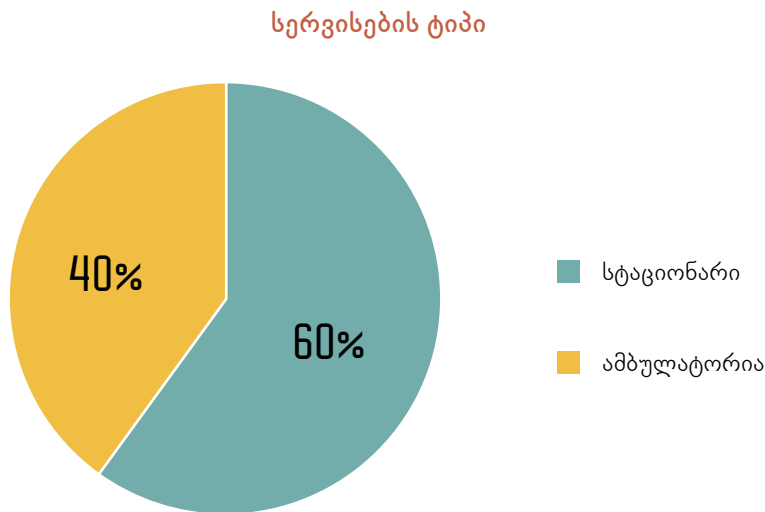
ძირითადი მიგნებები:

არსებული პალიატიური სერვისები და მოცულობა

2021 წლისთვის საქართველოში ფუნქციონირებს პალიატიური მზრუნველობის (პმ) 19 დაწესებულება.² (დანატი N1). ამ 19 დაწესებულებიდან 11 (60%) არის სტაციონარი, სადაც ჯამში ფუნქციონირებს 148 პალიატიური მზრუნველობის (პმ) საწოლი; აქედან - 73% (108 საწოლი) ფუნქციონირებს თბილისში . 27% კი (40 საწოლი) რეგიონებში, მათგან უმეტესი ნაწილი ქვეყნის დასავლეთ რეგიონებში. რეგიონებში არსებული პმ საწოლები ფუნქციონირებს ქვემო ქართლში, რუსთავში 13 საწოლი; იმერეთში წარმოდგენილია 3 სტაციონარის სახით ჯამში -18 საწოლით (ქუთაისი - 2 და თერჯოლა -1); და აჭარა - ბათუმში - 9 საწოლი (იხ. გრაფიკი N1 და N2).

გრაფიკი №1

პალიატიური მზრუნველობის სერვისების ტიპები:



1. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action. WHO 2002 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42523>

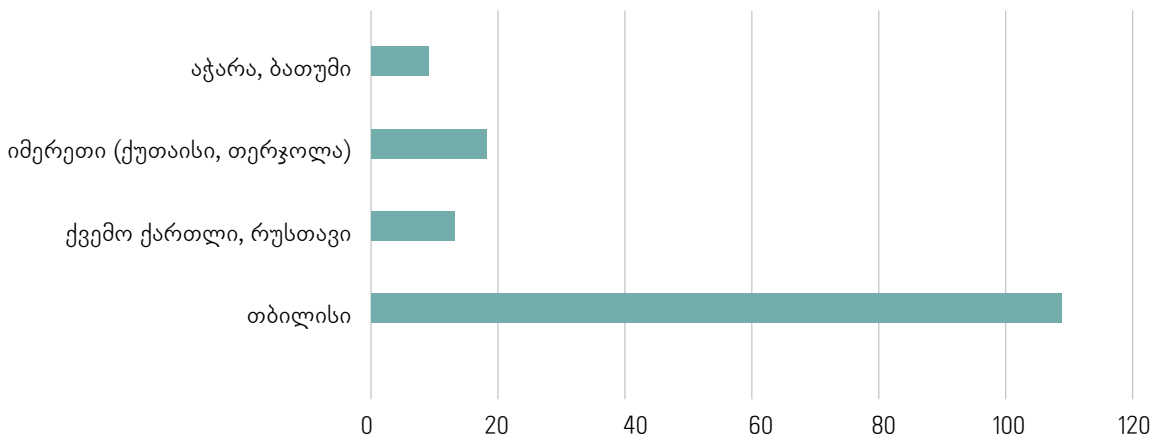
2. უნდა აღინიშნოს, რომ კოვიდ-პანდემიის გამო რამოდენიმე მათგანს დროებით შეჩერებული აქვთ ფუნქციონირება.

თბილისში ასევე ფუნქციონირებს ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული 6 საწოლიანი „ჰოსპისი ფერისცვალება“, რომლის სტაციონარული სერვისი მხოლოდ ქალებისთვისაა, ხოლო შინ ზრუნვა როგორც ქალებისთვის, ასევე მამაკაცებისთვის და დედაქალაქის მასშტაბით ასრულებს ბინაზე მოვლას და ყოველთვიურად საშუალოდ 70 – 75 პაციენტისთვის.

გრაფიკი №2

პალიატიური მზრუნველობის საწოლების რაოდენობა და განაწილება:

საწოლების განაწილება რეგიონების მიხედვით



ჯამში საქართველოში არის 7 ამბულატორია, რომლებსაც შეთავსებული აქვთ პალიატიური მზრუნველობის სამსახური. მათგან პრაქტიკულად ნახევარი არის დედაქალაქში (3 არის თბილისში), 1 - გორში, 1-იმერეთში; 1- სამეგრელო ზემო-სვანეთის ონკოლოგიური ცენტრის სახით და 1 - ფოთში (ამ უკანასკნელს პანდემიის პერიოდში შეჩერებული აქვს მომსახურება).

სერვისის 19 მიმწოდებლიდან, 18 (95%) მონაწილეობს პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში. ხოლო „ჰოსპისი ფერისცვალება“ ფუნქციონირებს კერძო შემოწირულობების ხარჯზე. როგორც გამოიკვეთა ამ დაწესებულებების მხოლოდ 26% აქვს მულტიდისციპლინური მომსახურება, ისიც ძირითადად ამბულატორიულ სერვისებში და მხოლოდ ერთ სტაციონარში არის რელიგიური მსახური. სასულიერო მომსახურება ასევე ხელმისაწვდომია ორ ამბულატორიაში. მხოლოდ ერთ ამბულატორიულ დაწესებულებას ჰყავს სოციალური მუშაკი; ამავე დაწესებულებას აქვს ფსიქოლოგიური სამსახურიც. ფსიქოლოგიური მომსახურება ხელმისაწვდომია კიდევ 2 ამბულატორიულ დაწესებულებაში (სულ 3-ში).

სერვისის 19 მიმწოდებლიდან, კთხვარი შეავსო 8-მ (42%). მათგან მომსახურების ტიპის მიხედვით 37.5% - ამბულატორიულმა (3); 50% - სტაციონარულმა (4);

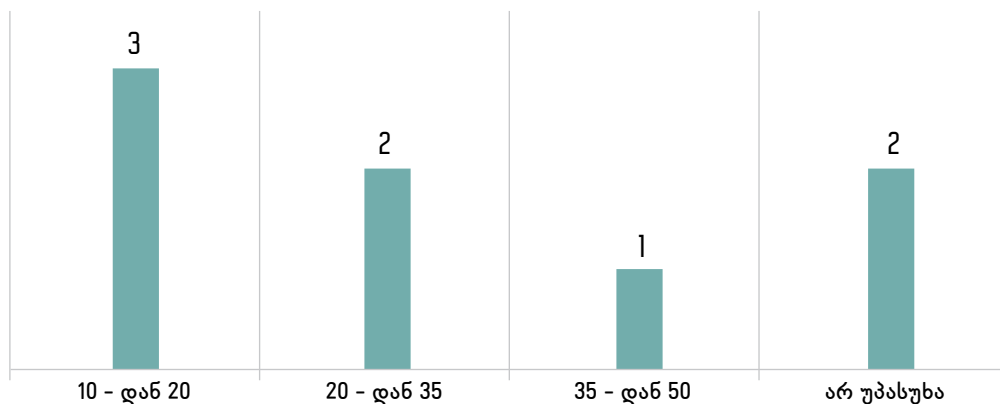
- 12.5% -ს კი აქვს ორივე ტიპის მომსახურება. გამოვლინდა, რომ მათი 50% სთავაზობს მხოლოდ ბიო - სამედიცინო ტიპის პალიატიური მზრუნველობის სერვისს; 37.5% - მულტიდისციპლინურს. ხოლო კითხვაზე თუ რა პროფესიის ადამიანები მუშაობენ მათ ორგანიზაციაში, გამოვლინდა, რომ 37.5%-ში მუშაობს მხოლოდ სამედიცინო პერსონალი, 50%-ში კი ინტერდისციპლინური გუნდი. თუმცა ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია 19 ორგანიზაციის საერთო სურათიც (კვლევის პირველი ეტაპის შედეგი - 26%, იხ.ზევით).

კითხვაზე თუ რა არის მათი სერვისების მიწოდების დაფარვის ზონა მოსახლეობის და უბნების / რაიონის / რეგიონის მიხედვით - გაირკვა, რომ 75% შემოიფარგლება ადგილობრივი სერვისებით, ხოლო 12.5% - არ შემოიფარგლება. მათგან 37.5% პალიატიურ მზრუნველობას უწევს საშუალოდ 10 – 20 პაციენტს თვეში, 37.5% - 21 -35-ს ; მხოლოდ ერთი უწევს - 36-50 და მეტ პაციენტს.

გრაფიკი №3

პალიატიური მზრუნველობის მომსახურება გაწეული ადამიანების საშუალო რაოდენობა თვეში

საშუალოდ რამდენ პაციენტს უწევთ პალიატიურ მზრუნველობას თვეში?



სერვისის მიწოდებლების 75% ამბობს, რომ სარგებლობს პროტოკოლებით/გაიდლაინებით, თუმცა თხოვნაზე დაასახელონ თუ რა დოკუმენტებით სარგებლობენ, მათგან მხოლოდ - 25%- მა დაასახელა, ხოლო 62.5% საერთოდ არ/ვერ დაასახელა. ამ ორგანიზაციების 87.5% ჰოლისტიურად აღწერს პალიატიურ მზრუნველობას და მათი 75% სწორად ასახელებს პალიატიური მზრუნველობის მთავარ ფუნქციებს. გამოკითხული 8 რესპოდენტიდან **პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს დანიშნულებად** უმეტესობა (7 რესპოდენტი) მიიჩნევს ტკივილის შემსუბუქებას, მომაკვდავ ადამიანზე მზრუნველობას, ტანჯვის შემსუბუქებაზე და პაციენტისა და მისი ოჯახის კომფორტზე ორიენტირებულ მზრუნველობას, ხოლო ერთი რესპოდენტი,

თვლის რომ ამ ფუნქციების გარდა სულიერი თანადგომა და გარდაცვალების შემდგომ და პაციენტის ოჯახის წევრების თანადგომა, ასევე პალიატიური მზრუნველობის უპირველესი დანიშნულებაერთი რესპოდენტი თვლის რომ მათი დანიშნულებაა მხოლოდ ტანჯვის შემსუბუქებაზე ორიენტირებული მზრუნველობის მიწოდებაა.

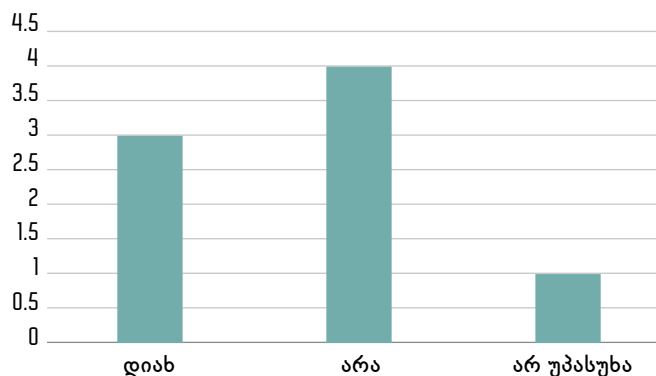
სერვისებზე ხელმისაწვდომობა – სტრუქტურა და პროცესი

პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მომწოდებლების 87.5% აღნიშნავს, რომ მათ სამსახურს აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სამედიცინო ინფორმაციის მოპოვების სისტემა; 75% ამბობს, რომ აქვთ კავშირი უბნის / რაიონულ ან რეგიონულ ჯანდაცვის სხვა სერვისებთან. თუმცა, საჭიროების შემთხვევაში მხოლოდ 37.5% - ს აქვს, ხოლო ნახევარი (50%) აღნიშნავს, რომ მათ სამსახურს არ აქვს პაციენტის ან ოჯახის წევრის სხვა მომსახურებისთვის რეფერირების სისტემა (მაგ სოციალური დახმარება) და იურიდიული მომსახურება. ერთ-ერთი რესპოდენტი ასახელებს იურულიული მომსახურების გზებს: „საქართველოს ღია საზოგადოების ფონდსა და საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციას შორის გაფორმებული მემორანდუმის ფარგლებში ბენეფიციარებს შეუძლიათ უფასო იურიდიული დახმარების მიღება..“ (იხ. გრაფიკი N4).

გრაფიკი №4

საჭიროების შემთხვევაში თუ აქვს თქვენს სამსახურს პაციენტის ან ოჯახის წევრის სხვა მომსახურებისთვის რეფერირების სისტემა?

საჭიროების შემთხვევაში თუ აქვს თქვენს სამსახურს პაციენტის ან ოჯახის წევრის სხვა მომსახურებისთვის რეფერირების სისტემა ?



ამ სერვისების 25% ამბობს, რომ არსებობს დაბრკოლება მათი მომსახურების ხელმსაწვდომობაში. ერთ-ერთი მათგანი ასახელებს მწირ დაფინანსებას. „არსებული პროგრამით, ექიმის ერთი ვიზიტი ფინანსდება 11 ლარით, რაც არის დამაბრკოლებელი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისათვის“ - აცხადებს რესპოდენტი. ორი რესპოდენტი ასევე პრობლემურად მიიჩნევს პალიატიურ მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში პაციენტის ჩართვის ხისტი კრიტერიუმებს და თვლიან, რომ ოჯახის ექიმის და ექთნის ვიზიტების შეზღუდული რაოდენობა ასევე შესაცვლელია: „ნ თვე პროგრამაში ყოფნის ძალიან გაურკვეველია. უნდა შემუშავდეს სწორი კრიტერიუმები ამ პროგრამაში პაციენტის ჩართვის. ვიზიტების რაოდენობა (ოჯახის ექიმის და ექთნის).ბოლოს ღირებულება პროგრამის გადასახედი“ .

პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მომწოდებლების მხოლოდ 50%-ს აქვს წვდომა ოპიოიდურ საშუალებებზე. ამასთანავე, 4 ამბულატორიული ტიპის სერვისების მიმწოდებლებიდან მხოლოდ 1 ორგანიზაციის ექიმები ანუ 25% უზრუნველყოფს ოპიოიდების დანიშვნას; ერთ-ერთი მათგანი კი აღნიშნავს, რომ „წდომა ოპიოიდურ ტკივილ გამაყუჩებლებზე ჩვენს ექიმებს არ აქვს“. 50% -ში ოპიოიდების დანიშვნაზე/გამოწერაზე პასუხისმგებლად დაასახელეს ექიმი, 37.5% -მა არ გასცა კითხვას პასუხი. მიუხედავად ზემოთქმულისა, 75% ამბობს, რომ მათ არ ექმნებათ რაიმე სირთულე ოპიოიდური პრეპარატების მართვისას. თუმცა საინტერესოა, რომ არცერთი მათგანის (არ არის - 75% ; არ გასცა პასუხი - 25%) სამუშაო ადგილზე არ არის ხელმისაწვდომი მორფინის ტაბლეტირებული ფორმა.

განათლება და ტრენინგი

გამოკითხვიდან ვლინდება, რომ პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიმწოდებელთა 87.5% -მა გაიარა პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ტრენინგი, რომელთა ხანგრძლივობა 50% -ში იყო 1-3 თვე; 12.5%-ში - 4-6 თვე, ხოლო 25%-მა არ გასცა პასუხი კითხვას. საგულისხმოა, რომ 50%-ში ტრენინგის ძირითადი თემები ფარავდა მხოლოდ სამედიცინო საკითხებს (სიმპტომების მართვას) და 25%-მა აღნიშნა, რომ მათი ტრენინგი ასევე ფარავდა ისეთ საკითხებსაც, როგორცაა: კომუნიკაცია და სხვა; 25%-მა კი არ გასცა კითხვას პასუხი.

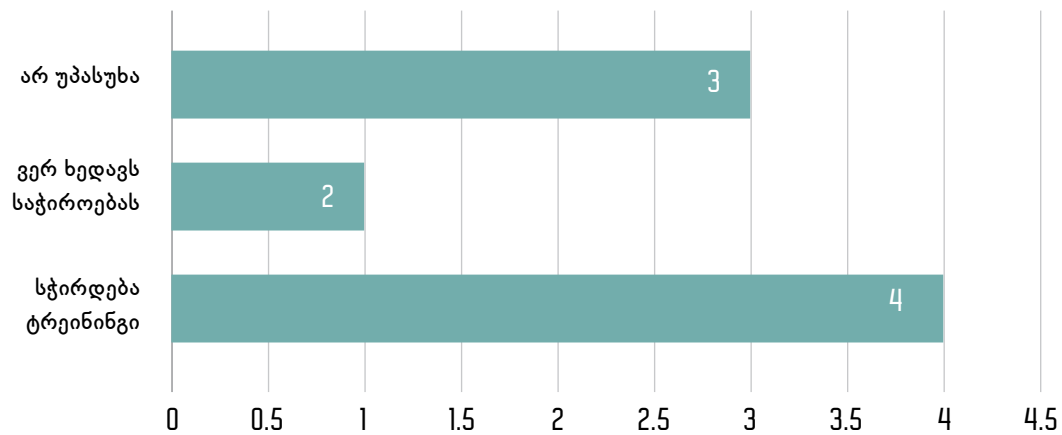
50% ამბობს, რომ იცის ან მათი პერსონალი გამოხატავს სურვილს პალიატიურ მზრუნველობაში შემდგომი განათლების მიღების შესაძლებლობების შესახებ და ასევე - 50% თვით კრიტიკულია და ხედავს საჭიროებას, რომ ჭირდებათ უფრო მეტი ტრენინგი; თუმცა მხოლოდ 25% ასახელებს მათთვის აქტუალურ საკითხებს (ძირითადად სამედიცინო ხასათის); 25% კი ვერ აკონკრეტებს საკითხებს; ხოლო 50% - მა საერთოდ არ გასცა პასუხი კითხვას. ერთერთი სერვის პროვაიდერი

თვლის, რომ „კლინიკას ჰყავს სერტიფიცირებული სპეცილისტები,“ შესაბამისად არ მიიჩნევს საჭიროდ პერსონალისთვის პალიატიურ მზრუნველობაში შემდგომი განათლების მიღების აუცილებლობას.

გრაფიკი №5

შემდგომი განათლების მიღების საჭიროების გამოხატვა

თუ გჭირდებათ უფრო მეტი ტრენინგი?



მონაცემთა შეგროვება და ინფორმაციის მართვა

პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიმწოდებლების 25% ამბობს, რომ პაციენტის შეფასება მოიცავს მხოლოდ სამედიცინო საკითხებს. 62.5% ამბობს, რომ შეფასება ასევე ფარავს სხვა საკითხებსაც (ფიზიკურ, სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, სულიერ და სხვა) და რომ ინფორმაციის შესაგროვებლად მათ აქვთ სტანდარტული შეფასების ფორმა / სკალები; 25% -ს არ აქვს, ხოლო 12.5% - მა არ გასცა პასუხი. „პაციენტი ფასდება როგორც ფიზიკურად ასევე მისი შინაგანი ფსიქოლოგიური მდგომარეობით“ - აცახდებს ერთ-ერთი სერვის პროვადერი. 50% - მა განაცხადა, რომ აქვთ მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის სისტემა, თუმცა ამ სისტემის დახასიათება, ვერცერთმა ვერ შეძლო; 37.5% - მა აღნიშნა, რომ არ აქვთ მსგავსი სისტემა.

აკლევის შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი პრობლემები და გამოწვევები:

1. სერვისების არაპროგრესული განვითარება - ბინაზე მომსახურება და მისი შეზღუდვები. ამბულატორულ სერვისების განვითარების ბარიერები - სახელმწიფო პროგრამა და სამედიცინო პერსონალის განათლება;

2. აღსანიშნავია, რომ დაფინანსების სიმწირის გამო, **სამმა სერვისის მიმწოდებელმა 2020 წელს გააუქმა პალიატიური მზრუნველობის სერვისები.**
3. მხოლოდ 26% აქვს მულტიდისციპლინური მომსახურება. სახელმწიფო პროგრამა აფინანსებს მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურებას (არაჰოლისტური მიდგომა);
4. პალიატიური მზრუნველობის სერვისები არ არის ინტეგრირებული სხვა სერვისებთან - საჭიროების შემთხვევაში ნახევარი (50%) აღნიშნავს, რომ მათ სამსახურს არ აქვს პაციენტის ან ოჯახის წევრის სხვა მომსახურების-თვის რეფერირების სისტემა.
5. პოლიტიკა და განათლება - როგორც წესი სერვისის მიმწოდებლები არ სარგებლობენ შესაბამისი **პროტოკოლებით/გაიდლაინებით, მათგან** მხოლოდ - 25% მა დაასახელა შესაბამისი დოკუმენტები/მასალა. პალიატიური მზრუნველობის სერვისები ძირითადად -სამედიცინო ხასიათისაა და არ ფარავს ფსიქო-სოციალურ და სულიერ საჭიროებებს მხოლოდ 25%-მა აღნიშნა, რომ მათი ტრენინგი ასევე ფარავდა პალიატიური მზრუნველობის სხვა არასამედიცინო ასპექტებსაც. 50% ხედავს საჭიროებას, რომ ჭირდებათ უფრო მეტი ტრენინგი. პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიმწოდებლების უმრავლესობას არ აქვს პაციენტის შეფასების ჰოლისტური მეთოდები და ასევე თვითშეფასების იარაღები, რაც აუცილებელია მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგისთვის;
6. გამოიკვეთა პალიატიური მზრუნველობის სერვისების ეფექტური მუშაობისათვის (პალიატიური მზრუნველობის შეფასების ინდიკატორი) აუცილებელი მედიკამენტის - ოპიოიდებზე ხელმსაწვდომობის მკვეთრი დეფიციტი. სერვისების მიმწოდებლების მხოლოდ 50% -ს აქვს წვდომა ოპიოიდურ საშუალებებზე/აქედან 3 სტაციონარული ტიპისაა. ამბულატორიული სერვისების ოთხი მიმწოდებელიდან მხოლოდ 1 მიმწოდებლის ექიმები - 25% უზრუნველყოფს ოპიოიდების დანიშვნას და შესაბამისად ტკივილის მართვის შესაძლებლობას ბინაზე. რაც მიუთითებს რომ პალიატიური მზრუნველობის სერვისების საჭიროების მქონე პაციენტები იტანჯებიან და ვერ იღებენ სათანადო მომსახურებას. გარდა ამისა ბინაზე მყოფი პაციენტებისთვის დაბრკოლებების არსებობა განაპირობებს მათ არასაჭირო და თავიდან აცილებად ჰოსპიტალიზაციას და რესურსების არარაციონალურ ხარჯვას; რაც არ ემსახურება არც პალიატიური მზრუნველობის სერვისების განვითარებას და არც პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

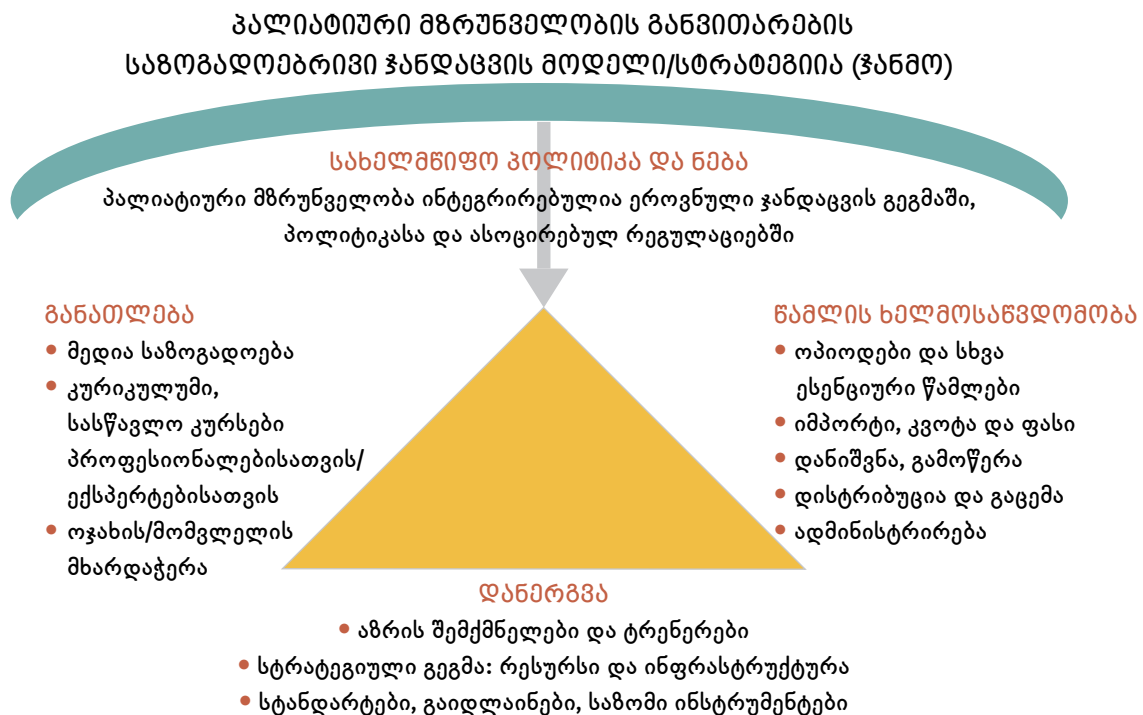
ანალიზი და დისკუსია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო ალიანსთან

ერთად (WPCA) - (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life) პალიატიური მზრუნველობის განვითარების შეფასების მთავარ მეგზურად მიგვითითებს ჯანმოს სტრატეგიულ სამკუთხედზე, რომლის შესაბამისად - ერთდროულად აუცილებელია ხელშემწყობი მარეგულირებელი გარემოს (კანონმდებლობა, სახელმწიფო პოლიტიკა და პროგრამები), განათლების და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის თანაარსებობა და შესაბამისი გაიდლაინების და სტანდარტების შემოღებით მათი პრაქტიკაში დანერგვა (WHO & WPCA, 2014). ამიტომ, პალიატიური მზრუნველობის სერვისების განვითარების შეფასებისას გამოყენებული იქნა მოცემული სამკუთხედი. (Stjernswärd, Foley, & Ferris, 2007) cost-effective interventions that can reach everyone in the population. For PHSs to be effective, they must be incorporated by governments into all levels of their health care systems and owned by the community. This strategy will be most effective if it involves the society through collective and social action. The World Health Organization (WHO

გრაფიკი №6

პალიატიური მზრუნველობის განვითარების სტრატეგიული სამკუთხედი (ჯანმო)



პალიატიური ზრუნვის განვითარება ემყარება ჯანმოს მიერ შექმნილ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდელს, რომელიც ხაზს უსვამს პოლიტიკის, განათლების, მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის მნიშვნელობას. ჯანმოს ექსპერტები თვლიან რომ შესაბამისი მხარდამჭერი პოლიტიკის გარეშე პრაქტიკულად წარმოდგენილია პალიატიური მზრუნველობის განვითარება. შესაბამისად, პოლიტიკა განიხილება, როგორც ფუნდამენტური კომპონენტი, რადგან მის გარეშე სხვა ცვლილებების განხორციელება შეუძლებელია და მოიცავს:

- კანონები, რომლებიც აღიარებენ და განსაზღვრავენ, რომ პალიატიური მზრუნველობა არის ერთიანი ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი;
- პალიატიური მზრუნველობის ამსახველი ზრუნვის ეროვნული სტანდარტები;
- კლინიკური რეკომენდაციები და პროტოკოლები;
- პალიატიური დახმარების აღიარება სამედიცინო სპეციალობა /სუბ - სპეციალობად;
- პალიატიურ მზრუნველობა რეგულაციებით დადგენილია, როგორც სამედიცინო მომსახურების აღიარებული სახეობა, თავისი თანმხლები ლიცენზირებული სერვისებით;
- პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების ეროვნული სტრატეგია.

განათლება

ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობა განიხილება ერთიანი და უწყვეტი სამედიცინო დახმარების განუყოფელ ნაწილად, ყველა სამედიცინო და საექთნო სკოლებმა უნდა შეძლონ საბაზისო პალიატიური მზრუნველობის კურსის ჩატარება მომავალი ექიმისა და ექთნებისთვის. ამისთვის სასურველია:

- პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო ტრენინგი ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალისთვის;
- შუალედური დონის ტრენინგი მათთვის, ვინც ყოველდღიურ პრაქტიკაში მუშაობს სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების მქონე პაციენტებთან;
- პალიატიური მზრუნველობის ტრენინგი სპეციალისტებისთვის - მათთვის ვისაც ჭირდება უფრო მეტი ცოდნა, ვიდრე ამ რუტინული სიმპტომების მენეჯმენტი.

მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა

ხარისხიანი პალიატიური დახმარების მიწოდებისთვის აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობისთვის აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების. ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობა განიხილება, როგორც პალიატიური მზრუნველობის განვითარების და ხელმისაწვდომობის ინდიკატორი. ოპიოიდების ხელმისაწვდომობაში არსებობს მრავალი სახის ბარიერი. ეს ბარიერები მოიცავს:

- ზედმეტად მკაცრ რეგულაციებს;
- ხელმისაწვდომი ფორმების შეზღუდვებს, განსაკუთრებით ორალური ოპიოიდებზე;
- არარსებობა ან ხარვეზები მომარაგების და განაწილების სისტემებში, შეზღუდვები თუ ვის შეუძლია დანიშნოს/ გამოწეროს;
- განათლების ნაკლებობა;
- სამართალდამცავების ჩარევის შიში მათ სამედიცინო საქმიანობაში და ა.შ.

პალიატიური მზრუნველობის სფეროში არსებული პრობლემები საქართველოში

სახელმწიფო პოლიტიკა:

2012 წელს დამტკიცდა პალიატიური მზრუნველობის განვითარების ეროვნული პროგრამა და 2011-2015 წლებში განსახორციელებელი სამოქმედო გეგმა (სამოქმედო გეგმა 2011-2015); ცალკეული კომპონენტების გარდა, პროგრამის დანერგვას შემდგომი განვითარება აღარ მოჰყოლია. ამ მომენტისთვის შექმნილია ახალი სამოქმედო გეგმა (2021-2025), თუმცა ჯერ კიდევ განხილვის ფაზაშია საკანონმდებლო და აღმასრულებელ ორგანოებში.

მედიკამენტები - ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებიდან საქართველოში ძირითადად გამოიყენება საინექციო მორფინი. 2009 წლიდან განახლდა მორფინის გახანგრძლივებული, ხოლო 2012 წლიდან სწრაფი მოქმედების ტაბლეტირებული ფორმების შესყიდვა და შემოტანა. თუმცა, პედიატრიული პოპულაციისთვის საქართველოში საერთოდ არ შემოდის მორფინის სუსპენზიის ფორმა. მორფინის ოთხივე ფორმა მიეკუთვნება ჯანმოს ძირითად მედიკამენტთა და პალიატიური მზრუნველობის ძირითად მედიკამენტთა ნუსხას (WHO Model List of Essential Medicines, 2017). თუ პაციენტს მორფინზე აღენიშნება ძლიერი გვერდითი მოვლენები, ქვეყანაში ამ მიზნით არ მოიპოვება სხვა მსგავსი პოტენციის მედიკამენტი, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში მოგვცემდა სხვა ოპიოიდზე როტაციის საშუალებას. საშუალო ინტენსივობის ტკივილის მქონე პაციენტებისთვის პრაქტიკულად ხელმიუწვდომელია ჯანმოს მე-2 საფეხურის მედიკამენტები, როგორცაა კოდინი და ტრამადოლი. ცალკე პრობლემას წარმოადგენს ქვეყანაში ოპიოიდების ფორმების არათანაბარი დისტრიბუცია და ის სისტემა, რომელიც უნდა ახდენდეს ექიმთა და სამედიცინო პერსონალის/ ადმინისტრაციის / აფთიაქების ინფორმირებას. გარდა ამისა მედიკამენტების ხელმისაწვდომობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს ოპიოიდების დანიშვნა /გამოწერა /გაცემის წესების მარეგულირებელი გარემო.

განათლების სფერო - პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურსები სავალდებულო ან არჩევითი კურსების სახით 2005-2006 წლებიდან შეტანილი იქნა ამა თუ იმ საექიმო, საექთნო, ფარმაცევტული და სოციალურ მუშაკთა სკოლების სასწავლო პროგრამებში; 2011 - 2012 წლიდან განხორციელდა ქრონიკული ტკივილის მართვის საკითხის შეტანა საოჯახო მედიცინისა და მომიჯნავე სპეციალობებში.

ბის სარეზიდენტო პროგრამებში და სალიცენზიო გამოცდებში. 2017 წლიდან ამჟამად ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიული გადამზადების პროგრამა პალიატიურ მზრუნველობაში. შეიქმნა და ითარგმნა არაერთი სახელმძღვანელო პალიატიურ მედიცინაში 2008 წლიდან „ღია საზოგადოების ფონდების“ მხარდაჭერით არაერთი საგანმანათლებლო კურსი ჩატარდა სამედიცინო პერსონალისთვის თბილისსა და რეგიონებში. 2012 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა “ქრონიკული ტკივილის მართვის” გაიდლაინი. 2019 წელს დამტკიცებული იქნა პალიატიური მზრუნველობის ახალი ეროვნული გაიდლაინი.

რაც შეეხება პროფესიონალთა განათლებას, შეიძლება ითქვას, რომ არსებული კურსების მოცულობა არ არის საკმარისი პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის კარგად შესწავლისათვის. ასევე გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ უნივერსიტეტებში არსებული კურსები დაინერგა დაახლოებით ბოლო 13-14 წლის მანძილზე, რაც ნიშნავს, რომ ექიმთა უმრავლესობას საეროდ არ მიუღია არანაირი განათლება შესაბამის დარგში. მიზანშეწონილია, რომ პალიატიური მზრუნველობა მეტად იყოს ინტეგრირებული სარეზიდენტო პროგრამებში. ამ ეტაპზე იგი ინტეგრირებულია მხოლოდ ონკოლოგთა და ოჯახის ექიმთა სარეზიდენტო პროგრამებში, რაც იმას ნიშნავს რომ დანარჩენი ნოზოლოგიების შემთხვევაში პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების მიღება პაციენტის გამართლებამდე იქნება დამოკიდებული (როდის დაამთავრა და გაირა სარეზიდენტო პროგრამა ოჯახის ექიმმა), ვინაიდან სხვა დარგის სპეციალისტების უმრავლესობისთვის პალიატიური მზრუნველობა ჯერ კიდევ წარმოადგენს ბურუსით მოცულ მედიცინასთან მიახლოებულ დარგს, რომლისთვისაც მათ მიერ რეკომენდაციის გაწევა ძირითადად მხოლოდ სიკვდილის წინ ხორციელდება.

საქართველოში პრაქტიკულად არ არსებობს ჰოლისტური მიდგომა განათლებაში და ძირითადი აქცენტი კეთდება მხოლოდ ფიზიკური სიმპტომების მართვაზე.

ჯანმოს ექსპერტის ვილემ შოლტენის მოსაზრებით, ცოდნის ნაკლებობა პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკივილის მართვაში შეიძლება განპირობებული იყოს პალიატიური მზრუნველობისადმი და ოპიოიდური მედიკამენტებისადმი არსებული პოლიტიკით და ამ პოლიტიკის შესაბამისი გავლენით განათლების სფეროზე, **კერძოდ თუ რამდენი დრო ეთმობა პალიატიურ მედიცინას და ტკივილის მართვას დიპლომამდე, დიპლომის შემდგომ თუ პროფესიული გავითარების პროგრამებში** (Allen, Asbridge, MacDougall, Furlan, & Tugalev, 2013)

ობიექტური შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია გაანალიზდეს თუ რა ზომის პრობლემასთან გვაქვს საქმე, რამდენ ადამიანს სჭირდება პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში, რამდენი იღებს ამ მომსახურებას და როგორია პრობლემის გავრცელების მასშტაბი?

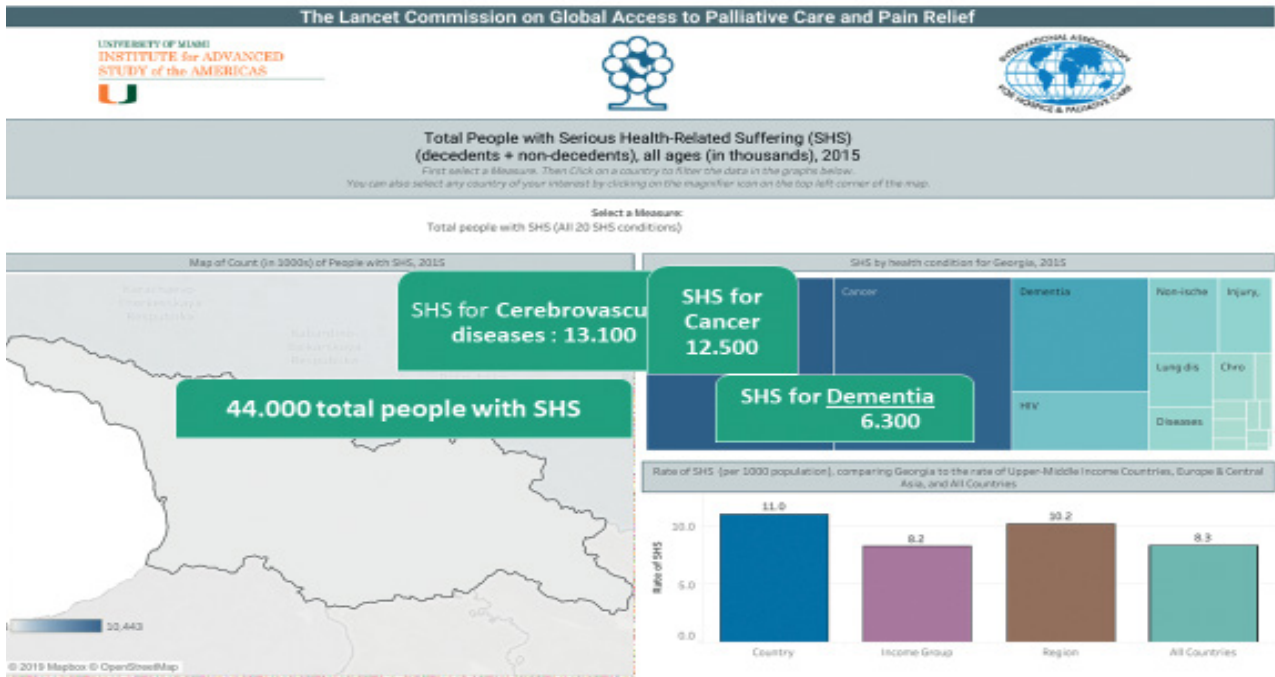
პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების გამოთვლა - განსაზღვრა

როგორ შეგვიძლია დავადგინოთ თუ რამდენ ადამიანს სჭირდება პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში? ჯანმოსა და პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო ალიანსის მიერ გამოცემულ დოკუმენტში „სიცოცხლის დასასრულის პალიატიური მზრუნველობის გლობალური ატლასი“ გვაწვდის მეთოდოლოგიას იმისათვის, რომ განსაზღვროთ პალიატიური მზრუნველობის საჭირო სერვისების მოცულობა და გავიგოთ თუ რამდენ ადამიანს შეიძლება დაჭირდეს პალიატიური მზრუნველობა სიცოცხლის დასასრულს. არსებობს საჭიროების განსაზღვრის სხვა მსგავსი მეთოდებიც. მაგ: 2011-2015 წლის პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული პროგრამა (2011-2015 წლების სამოქმედო გეგმა) საჭიროების გასაზღვრისას ემყარებოდა გომესის მეთოდს, სადაც გარდაცვლილთა დაახლოებით 60% ამა თუ იმ ხანგრძლივობით საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას და ტკივილის შემსუბუქებას. მსგავსი მეთოდი არის ნახსენები 2019 წლის ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პირების პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ გაიდლაინის მიმოხილვაშიც. გომესის მეთოდზე დაფუძნებით, დათვლილია ქვეყანაში პალიატიური ზრუნვის საჭიროების მქონე ადამიანთა რაოდენობა (გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობის სამოცი პროცენტი), რაც მაგალთად 2017 წლისთვის შეადგენდა დაახლოებით 28 700 ადამიანს. ამავე დოკუმენტში ნახსენებია ჰიგინსონის მეთოდოლოგიაც, რომლის თანახმადაც, სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების მიხედვით, პალიატიური ზრუნვა სჭირდება სიმსივნით დაავადებულთა 100%-ს და სხვა ძირითადი დაავადებების მქონე 66%-ს, ე.ი. 2017 წელს დაახლოებით 33 000 პაციენტი საჭიროებდა პალიატიურ მზრუნველობას საქართველოში. ორივე ეს გამოთვლა ემთხვევა ექსპერტის ტომ ლინჩის ანგარიშში მოცემულ მონაცემებს (2011 წლის), რომლის მიხედვითაც ყოველწლიურად დაახლოებით 25000-30000 მოზრდილ ადამიანს სჭირდება პალიატიური მზრუნველობა საქართველოში.

თუ აქცენტი გაკეთდება არა უკურნებელ, არამედ ყველა იმ ავადობით მდგომარეობაზე (მაგ. ტრავმები) რომლებიც განაპირობებენ ადამიანის ტანჯვას, მაშინ ეს რიცხვი მნიშვნელოვნად გაიზრდება. სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით (ავადობის სტრუქტურა), პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკივილის გაყუჩებაზე გლობალური ხელმისაწვდომობის შემსწავლელი ლანცეტის კომისიის მიერ შემოთავაზებული იქნა ავტომატიზირებული ინსტრუმენტი, რომლის მიხედვითაც საქართველოში 2015 წელს პალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებდა „დაავადებით განპირობებული სერიოზული ტანჯვის მქონე“ 44.000 ადამიანი (იხ.გრაფიკი N7).

ბრაფიკი №7

პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკივილის გაყურებაზე გლობალური ხელმისაწვდომობის შემსწავლელი ლანცეტის კომისია, „დაავადებით განპირობებული სერიოზული ტანჯვის მქონე“ ადამიანთა რაოდენობის გამოთვლა – საქართველო

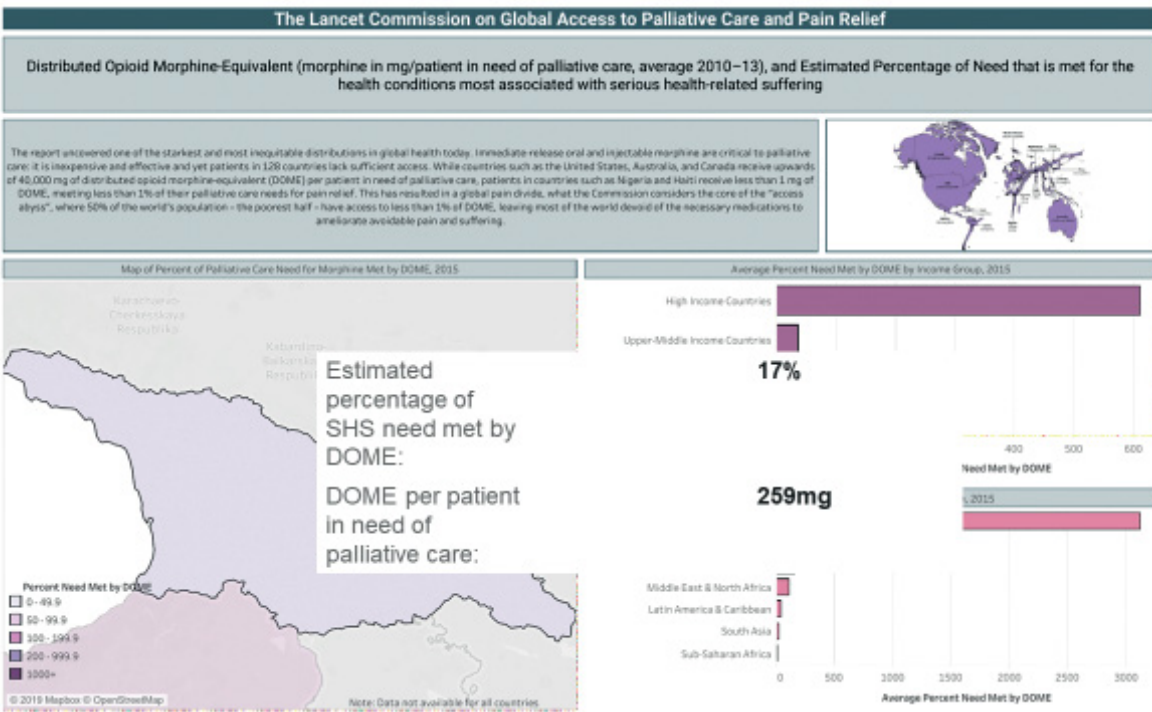


იმისათვის რომ გამოემჟღავნებინათ დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკატორის მიხედვით (ICD 10) - ყველაზე მეტად თუ რომელი (ძირითადი) დაავადებები საჭიროებენ სიცოცხლის დასასრულს პალიატიურ მზრუნველობას, ჯანმომდელფის მეთოდით ჩაატარა 2 კვლევა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებში. შედეგები ასახავს დაავადებებს, რომლებსაც ყველაზე ხშირად თან ახლავთ სერიოზულ ტანჯვის განმპირობებელი (“serious health related suffering”) ტკივილი. ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებში ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ სიმპტომს, შესაბამისად ტკივილის მართვის ადეკვატურობა წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობის ინდიკატორს. ამიტომ, მიჩნეულია, რომ ეს არის ის დაავადებები, რომლებიც სიცოცხლის დასასრულს ყველაზე მეტად საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას; სადაც სიცოცხლის დასასრულად მოიპოვება ცხოვრების ბოლო ერთი წელი . ამავე სისტემაზე დაყრდნობით, გამოთვლილი იქნა საქართველოს მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ძირითად ტკივილგამაყურებელ მედიკამენტებზე, ოპიოიდებზე. გაირკვა, რომ ტკივილგამაყურებლებზე ხელმისაწვდომობა ქონ-

და საჭიროების მქონე პაციენტების მხოლოდ 17%-ს (Distributed opioids morphine equivalent).იხ. გრაფიკი N 8 Serious Health-Related Suffering Database File created on: 10/12/2019 10:15:49 AM. მაშინ როდესაც, ოპიოიდურ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა და ხარჯვა წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობაზე ხელმისაწვდომობის შემფასებელ ინდიკატორს (WHO & WPCA, 2014)

გრაფიკი №8

პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკივილის გაყუჩებაზე გლობალური ხელმისაწვდომობის შემსწავლელი ლანცეტის კომისია, „დაავადებით განპირობებული სერიოზული ტანჯვის მქონე“ - თა დაკმაყოფილებული საჭიროებების % მაჩვენებლის გამოთვლა



დელფის მეთოდით ჩატარებულ კვლევაში გამოვლინდა შემდეგი შედეგი (დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკატორის მიხედვით (ICD 10)) - დაავადებები, რომლებიც ყველაზე მეტად საჭიროებენ სიცოცხლის დასასრულს პალიატიურ მზრუნველობას (15 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობა):

- ალცჰაიმერის დაავადება და სხვა დემენციები;
- კიბო;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები;

- ღვიძლის ციროზი;
- ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები;
- დიაბეტი;
- აივ / შიდსი;
- თირკმლის უკმარისობა;
- გაფანტული სკლეროზი;
- პარკინსონის დაავადება;
- რევმატოიდული ართრიტი;
- წამალ -რეზისტენტული ტუბერკულოზი.

გლობალური ატლასის ექსპერტები გვაფრთხილებენ, რომ მხოლოდ დიაგნოზის მიხედვით შეფასებისას სიფრთხილეს საჭირო, თუ რომელი დაავადებების მქონე პაციენტები საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას, რადგან ყველა პაციენტს, რომელსაც აქვს გარკვეული „მიძიმე“ დიაგნოზი დასმული, არ ესაჭიროება პალიატიური მზრუნველობა. ზოგადად, დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება პაციენტთა 3 ძირითადი ჯგუფი გამოვყოთ:

1. დაავადებას აქვს პროგრესული მიმდინარეობა და პაციენტებს ესაჭიროებათ პალიატიური მზრუნველობა;
2. სტაბილური ან სიმპტომებისგან თავისუფალი დაავადება, რის გამოც პაციენტები არ საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას და შესაძლოა დადგეს უეცარი ან მოულოდნელი გარდაცვალება;
3. ისინი, ვისაც აქვს ქრონიკული დაავადება, დაავადება არ პროგრესირებს, მაგრამ შეიძლება ჰქონდეს გამწვავების პერიოდები, შემდგომი რემისიის პერიოდებით; დაავადების გამწვავების დროს ისინი საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას.

ვინაიდან ძირითადად უცნობია ამ სამ ჯგუფს შორის პაციენტთა გადანაწილების პროპორცია, დოკუმენტის ავტორები პალიატიური მზრუნველობის მოცულობის საჭიროების დადგენისას, ხელმძღვანელობენ ცხოვრების ბოლო წელს პაციენტებში გამოვლენილი სიმპტომთა სიხშირით, რომელთა შორის, როგორც ზრდასრულებში, ასევე ბავშვებში, სიცოცხლის დასასრულს ავთვისებიანი და არავთვისებიანი ქრონიკული მდგომარეობების დროს წამყვანი ადგილი უკავია ტკივილს. გამოთვლისთვის, ავტორები გუნდი ვეყრდნობით ფაქტს, რომ ტკივილი წარმოადგენს ყველაზე ხშირ სიმპტომს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებში.

სიცოცხლის დასასრულს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანთა რაოდენობის გამოთვლის მეთოდიკა - ამ დროს ვიყენებენ მონაცემებს

თუ რამდენი ადამიანი გარდაიცვალა საანგარიშო წელს შესაბამისი მდგომარეობით/დიაგნოზით და გამოგვყავს ამ დაავადებისთვის დამახასიათებელი ტკივილის შესაბამისი პროცენტი. რაც ნიშნავს რომ ამდენი ადამიანი ამა და ამ დაავადებით საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას (იხ. ცხრილი N1).

ცხრილი N1

დაავადებათა ნუსხა, ტკივილის სიხშირის % მაჩვენებლით

| დაავადებათა კატეგორიები, რომლებიც სიცოცხლის დასასრულს საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას | სიცოცხლის დასასრულს ტკივილის % სიხშირე |
|---|--|
| ზრდასრულები | |
| კიბო | 84% |
| აივ/ შიდსი | 80% |
| პროგრესირებადი არამალიგნანტური დაავადებები | |
| ალცჰაიმერის დაავადებადა სხვა დემენციები | 47% |
| გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები | 67% |
| ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები | 67% |
| ღვიძლის ციროზი | 34% |
| დიაბეტი | 64% |
| გაფანტული სკლეროზი | 43% |
| თირკმლის უკმარისობა | 50% |
| პარკინსონის დაავადება; | 82% |
| რევმატოიდული ართრიტი; | 89% |
| წამალ - რეზისტენტული ტუბერკულოზი. | 90% |

თუ ჩვენ გამოვიყენებთ N1 ცხრილში მოწოდებულ მონაცემებს საქართველოში 2019 წელს კიბოს დიაგნოზით გარდაცვლილი პაციენტებისათვის (7873), მაშინ გამოვა, რომ მხოლოდ ამ დიაგნოზით გარდაცვლილ 6613 პაციენტს (84%-ს), ამა თუ იმ ეტაპზე ესაჭიროებოდა ოპიოიდებით ტკივილის მართვა. თუმცა, პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობა არ აღემატება 3344 პაციენტს (2020 წ.); ამბულატორიული პაციენტებისთვის ოპიოიდების მიღების სხვა გზა კი საქართველოში პრაქტიკულად არ არსებობს.

პრაქტიკული მოსაზრებიდან გამომდინარე და იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ბევრ ქვეყანაში დაავადებასთან მიმართებით დამაჯერებელი მხოლოდ სიკვდილიანობის სტატისტიკური მონაცემები არსებობს, ჯანმო და პმ მსოფლიო ალიანსი პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებას გასაზღვრავენ (მხოლოდ) სიცოცხლის დასასრულის მქონე პაციენტებისათვის. კერძოდ: თუ განვიხილავთ ჯამურ სიკვდილის მაჩვენებელს, მაშინ ყველა მიზეზით გარდაცვლილთა 37.4% სიცოცხლის დასასრულს საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას. ეს საშუალო რიცხვია და მნიშვნელოვნად განსხვავდება რეგიონებისა და შემოსავლის კატეგორიების მიხედვით. უფრო მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში პროცენტული მაჩვენებელი შეიძლება აღემატებოდეს მთლიანი მოსახლეობის სიკვდილიანობის 60% - ს, ხოლო დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ეს მაჩვენებლები გაცილებით დაბალია, ინფექციური დაავადებების შედეგად განვითარებული მაღალი სიკვდილიანობის გამო.

ცხრილი №2

საქართველო, სიკვდილიანობის მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, სიცოცხლის დასასრულს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტთა რაოდენობის გამოთვლა

| წელი | ჯამური სიკვდილის მაჩვენებელი | სიცოცხლის დასასრულს რამდენი პაციენტი საჭიროებს პალ. მზრუნველობას (37.4%) | რამდენს გაეწია მომსახურება |
|------|------------------------------|--|----------------------------|
| 2017 | 47 822 | 17885 | 1891 (10.5 %) |
| 2018 | 46 524 | 17400 | 2810 (16%) |
| 2019 | 46 659 | 17450 | 2986 (17 %) |
| 2020 | 50537 | 18900 | 2227 (12 %) |

სტაციონარული მომსახურებისთვის უპირატესობის მინიჭების ტენდენცია გამოხატულია პალიატიური მზრუნველობის პროგრამაში ჩართულ მომსახურების მიმწოდებლებში (იხ. ცხრილი N3), რომელიც 2019 წლისთვის, ჯამში ფარავს სიცოცხლის დასასრულს მყოფ, პაციენტთა 17% -ის საჭიროებს, სადაც ამბულატორული მომსახურების წილი მხოლოდ 28% -ია. 2020 წელს ამბულატორული სერვისები და მათი წილი კიდევ შემცირდა 25% -დე. ეს კი ნიშნავს, რომ პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტთა მხოლოდ 3% -მა მიიღო ეს სერვისი ამბულატორიულად. ბოლო ორი წლის განმავლობაში, სტაციონარული მომსახურება თითქმის 2,5 -ჯერ გაიზარდა, მაშინ როდესაც

ამავდროულად ადგილი აქვს ბინაზე მომსახურების შემცირების ტენდენციას. რაც მიუთითებს პმ სერვისების განვითარების არასწორ მიმართულებაზე.

2019 წელს სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობის შემთხვევაში ინკურაბელურ პაციენტთა საშუალო დაყოვნება შეადგენდა 17 დღეს. 2020 წლისთვის ეს მაჩვენებელი გაიზარდა 21 დღემდე. ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის ფარგლებში კი თითო პაციენტზე საშუალოდ განხორციელდა 21 ვიზიტი; თუ გავითვალისწინებთ სახელმწიფო პროგრამის თვიურ ლიმიტს (8 ვიზიტი) - საშუალოდ უნდა ვიფიქროთ რომ პაციენტთა პროგრამით სარგებლობა საშუალოდ შეადგენს ორ თვე ნახევარს.

ცხრილი №3

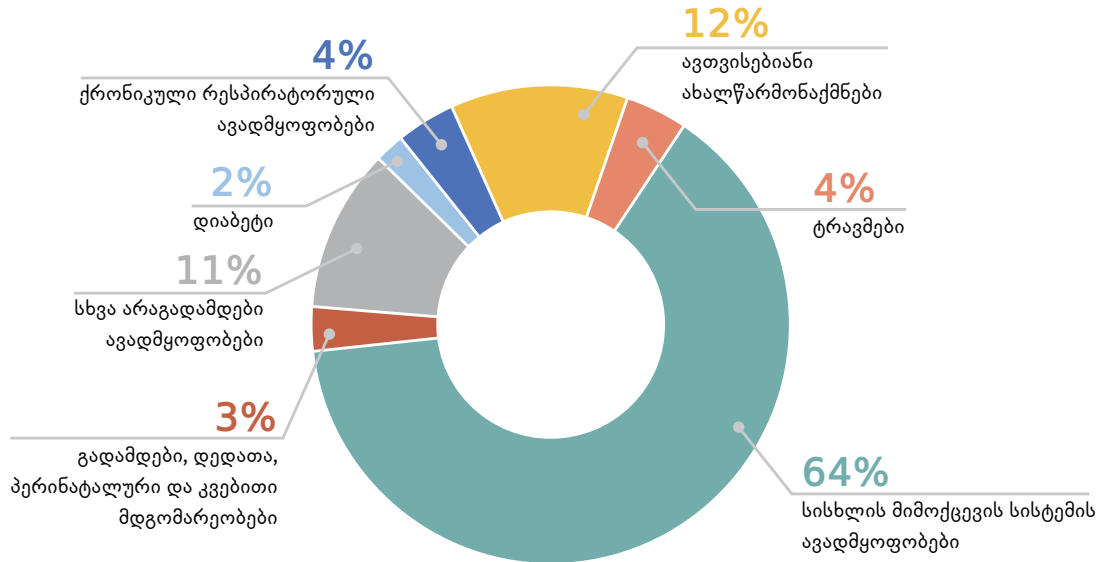
ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გაწეული სტაციონარული და ამბულატორიული სერვისების N / %

| წელი | N / % გაწეული ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა | N /% გაწეული სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა | გაწეული მომსახურების ჯამური N / % |
|------|--|--|-----------------------------------|
| 2017 | 894 (47%) | 997 (53%) | 1891 (100%) |
| 2018 | 957 (34%) | 1853 (66%) | 2810 (100%) |
| 2019 | 826 (28%) | 2160 (72%) | 2986 (100%) |
| 2020 | 574 (25%) | 1703 (75%) | 2277 (100%) |

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2018 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილიანობის 97% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებითა და ტრავმით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 64% მოდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე, 12% - ონკოლოგიურ დაავადებებზე, 2% - დიაბეტზე, 4% - ქრონიკულ რესპირატორულ, 11% - სხვა არაგადამდებ დაავადებებზე, 4% კი - ტრავმაზე (იხ.გრაფიკი N9). 2019 წლისთვის საქსტატის მონაცემებზე დაყრდნობით ბოლო წლებში სიმსივნით გარდაცვლილთა პროცენტული მაჩვენებელი გაიზარდა და შეადგენს 14.8% - 2017 წელს და 15.8% - ს - 2018 წელს (იხ. ცხრილი N4) . ეს სწორედ ის დაავადებებია, რომლებიც დაავადების ტერმინალურ ფაზაში საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას და ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს.

გრაფიკი №9

სიკვდილიანობის სტრუქტურა საქართველო, 2018; ჯანმო (დაავადებათა სტატისტიკური ცნობარი; 2019 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი)



ცხრილი №4

გარდაცვლილთა წილი (%) საქართველოში დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატი) 2018 წლის მონაცემები; ბუნებრივი მოძრაობის სტატისტიკა საქართველოში)³

| კლასი | გარდაცვალების ძირითადი მიზეზები ⁷ | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|---|------|------------------|------|
| I | ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობა | 1.1 | 1.5 / 1.3 (2018) | |
| II | სიმსივნეები | 13.5 | 14.8 | 15.8 |
| III | სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები და იმუნური მექანიზმის ჩათრევით გამოწვეული ზოგიერთი დარღვევა | 0.7 | 1.2 | 1.1 |
| IV | ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები | 1.5 | 2.1 | 1.5 |

3. <https://www.geostat.ge/media/26802/2019-09-25---VS-Report-%28geo%29.pdf>

| | | | | |
|-------|---|-------|-------|-------|
| V | ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები | 0.2 | 0.2 | 0.1 |
| VI | ნერვიული სისტემის ავადმყოფობები | 0.9 | 1.3 | 1.1 |
| VII | თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| VIII | ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| IX | სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები | 35.4 | 41.5 | 46.3 |
| X | სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები | 4.9 | 5.5 | 7.9 |
| XI | საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები | 3.1 | 2.9 | 3.4 |
| XII | კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| XIII | ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| XIV | შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები | 1.2 | 1.7 | 1.4 |
| XV | ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| XVI | პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობა | 0.7 | 0.7 | 0.6 |
| XVII | თანდაყოლილი ანომალიები (განვითარების მანკები), დეფორმაციები და ქრომოსომური დარღვევები | 0.2 | 0.3 | 0.2 |
| XVIII | კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით გამოვლენილი სიმპტომები, ნიშნები და გადახრები ნორმიდან, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში | 33.1 | 22.1 | 14.9 |
| XIX | ტრავმები, მოწამვლები და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი | 3.2 | 3.8 | 4.3 |
| სულ | | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

თვალსაჩინოა, რომ გულსისხლძარღვთა დაავადებებს და სიმსივნეებს კვლავ წამყვანი ადგილი უკავიათ სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზების ჩამონათვალში (იხ. ცხრილი N4 და N5). გარდა ამისა გამოხატულია სიმსივნეების მაჩვენებლის ზრდა.

ცხრილი №5

სიკვდილიანობა ძირითადი მიზეზების მიხედვით (მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე), საქართველო, 2018 (დაავადებათა სტატისტიკური ცნობარი; 2019 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი)⁴

| | რაოდენობა | მაჩვენებელი |
|--|--------------|---------------|
| სულ | 46524 | 1247.4 |
| ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობა | 588 | 15.8 |
| სიმსივნეები | 7329 | 196.5 |
| სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები და იმუნური მექანიზმის ჩართვით გამოწვეული ზოგიერთი დარღვევა | 491 | 13.2 |
| ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები | 675 | 18.1 |
| ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები | 52 | 1.4 |
| ნერვული სისტემის ავადმყოფობები | 521 | 14.0 |
| თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები | 0 | 0 |
| ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები | 0 | 0 |
| სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები | 21549 | 577.8 |
| სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები | 3676 | 98.6 |
| საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები | 1,587 | 42.6 |
| კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები | 20 | 0.5 |
| ძვალ-კუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები | 30 | 0.8 |
| შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები | 642 | 17.2 |
| ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა | 20 | 0.5 |
| პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობა | 297 | 8.0 |
| არაიდენტიფიცირებული მიზეზები | 6927 | 185.7 |
| ტრავმები, მოწამვლები და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი | 2015 | 54.0 |

რაც შეეხება სიკვდილიანობას და პალიტიკური მზრუნველობის საჭიროებას 2019 წლ-ს რეგიონების მიხედვით, ამ მონაცემზე დაყრდნობით შემდეგნაირად გამოიყურება (იხ. ცხრილი N 6)⁵

4. <https://test.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=a9ee8a02-ef7a-4d3a-b510-39aefd5872da>
 5. <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/320/gardatsvaleba>

ცხრილი №6

გარდაცვლილთა და პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით საქართველო

| რეგიონი | 2019 | პალ.მზრუნ. საჭიროება - 37.4% |
|---------------------------------|---------------|------------------------------|
| აჭარა | 3370 | 1260 |
| თბილისი | 12 549 | 4693 |
| კახეთი | 4 520 | 1690 |
| იმერეთი | 8 008 | 2995 |
| სამეგრელო და ზემო სვანეთი | 4 874 | 1822 |
| შიდა ქართლი | 3 275 | 1224 |
| ქვემო ქართლი | 4 372 | 1635 |
| გურია | 1 749 | 654 |
| სამცხე – ჯავახეთი | 1 945 | 727 |
| მცხეთა – მთიანეთი | 1 311 | 490 |
| რაჭა – ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი | 686 | 256 |
| საქართველო | 46 659 | 17450 |

საქსტატის 2019 წლის გარდაცვლილთა რაოდენობის შესახებ მონაცემებზე დაყრდნობით (იხ. ცხრილი N7), რეგიონების მიხედვით ქალაქად თუ სოფლად, შეგვიძლია მიახლოებით გამოვთვალოთ სიცოცხლის დასასრულს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტები ქალაქად (ურბანულ დასახლებაში) თუ სოფლად საქართველოში (37.4%) .

ცხრილი №7

საქსტატის 2015 წლის მონაცემები - გარდაცვლილთა რაოდენობა რეგიონებში და პალიტიკური მმართველობის საჭიროების მქონეთა რაოდენობის გამოთვლა.

| რეგიონი | გარდაცვლილი ჯამში | პალ. მმრუნ. საჭიროება სულ | ქალაქში ცენტრი გარდაც | პალიტიკური საჭირ. 37,4% ქალაქად | სოფელში გარდაცვ. | პალ. მმრუნ. საჭიროება სოფელად |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| აჭარა | 3475 | 1300 | 1805 | 675 | 1670 | 625 |
| თბილისი | 12377 | 4630 | 12032 | 4500 | 345 | 130 |
| კახეთი | 4957 | 1854 | 1101 | 412 | 3856 | 1442 |
| იმერეთი | 8725 | 3263 | 3936 | 1472 | 4789 | 1791 |
| სამეგრელო და ზემო სვანეთი | 5397 | 2018 | 2366 | 885 | 3031 | 1133 |
| შიდა ქართლი | 3570 | 1335 | 1296 | 487 | 2274 | 848 |
| ქვემო ქართლი | 4444 | 1662 | 1782 | 667 | 2662 | 995 |
| გურია | 1786 | 668 | 467 | 175 | 1319 | 493 |
| სამცხე – ჯავახეთი | 2086 | 780 | 757 | 283 | 1329 | 497 |
| მცხეთა – მთიანეთი | 1464 | 547 | 452 | 169 | 1012 | 378 |
| რაჭა – ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი | 840 | 314 | 145 | 54 | 695 | 260 |
| საქართველო | 49121 | 18370 | 26139 | 9775 | 22982 | 8595 |

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში არსებობს პალიტიკური მმართველობის ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაციის საფუძველი და 2000 წლიდან მოყოლებული არაერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადაიდგა მის განსავითარებლად, ზრდასრულთა პალიტიკური მმართველობა ხელმისაწვდომია სიცოცხლის დასასრულს მყოფ პაციენტთა მაქსიმუმ 17% - თვის.

მოყვანილი მონაცემები მიუთითებს რთულ, კომპლექსურ პრობლემაზე, ვინაიდან პაციენტთა ეს 83% არიან სიცოცხლის დასასრულს მყოფნი, რომელთათვისაც ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების დანიშვნა კანონმდებლობით დაშვებულია და აკმაყოფილებენ პალიტიკური მმართველობის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმებს.

სახელმწიფო პროგრამა „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“

სახელმწიფო პროგრამა „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ საქართველოში მუშაობს 2006 წლიდან. პროგრამა, რომელიც ისედაც განკუთვნილი იყო უკურნებელი პაციენტებისათვის, 2013 წლიდან დამატებით მოითხოვს რომ ბენეფიციარებად უნდა ჩაითვალოს მხოლოდ ის უკურნებელი პაციენტები, რომელთაც აქვთ დაავადების ტერმინალური სტადია და სიცოცხლის დასასრულს საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას. შესაბამისად, 2013 წლიდან პროგრამის მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მოსარგებლეები არიან - ინკურაბელური პაციენტები, რომელთაც **სიცოცხლის დასასრულს** ესაჭიროებათ სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ...“.

პროგრამის ბენეფიციარებად მოიაზრებიან

- ა.ა) მე-4 კლინიკური ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი;
- ა.ბ) ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი;
- ა.გ) არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში.

მომსახურების მოცულობა - პროგრამის ფარგლებში იფარება:

- ა) ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა, რომელიც მოიცავს ქ. თბილისის, ქ. ქუთაისის, თელავის, ზუგდიდის, ოზურგეთის და გორის მუნიციპალიტეტებში ინკურაბელურ პაციენტთა ბინამე ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას პალიატიური მობილური გუნდის (ექიმი/ექთანა) მიერ);
- ბ) ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული-პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომური მკურნალობა;
- გ) ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა:

ბოლო პერიოდში კი პროგრამას **დაემატა შემდეგი მოთხოვნები:**

- სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არაუმეტეს 3-6 თვისა;
- შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული)
- მოსარგებლეს მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურება მიეწოდება არაუმეტეს 6 თვის ვადით.

დაფინანსების მეთოდოლოგია და ანაზღაურების წესი

„პროგრამით განსაზღვრული კომპონენტების დაფინანსება და ანაზღაურების წესი განისაზღვრება შემდეგი პირობების შესაბამისად:

ა) პროგრამის მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების ანაზღაურების ერთეულია ვიზიტი, ერთი ვიზიტის ანაზღაურება შეადგენს 11 ლარს;

ბ) პროგრამის მე-3 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების ანაზღაურების ერთეულია საწოლდღე. საწოლდღის მაქსიმალური ღირებულებაა 75 ლარი და პროგრამით იფარება:

ბ.ა) მომსახურების ფაქტობრივი ხარჯის 70%, ხოლო მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 30%-ს;

ბ.ბ) საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებით დამტკიცებული დანართი N1-ის (საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა) მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის – მომსახურების ფაქტობრივი ხარჯის 80%, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 20%-ს, ხოლო საპენსიო ასაკის პირებისთვის პროგრამით იფარება მომსახურების ფაქტობრივი ხარჯის 90%. მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს.

გ) პროგრამის მე-3 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების ფარგლებში თანაგადახდას არ ექვემდებარება ამავე პროგრამით გაწეული მომსახურება:

გ.ა) საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებით დამტკიცებული დანართი N1-ის (საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა) მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის:

გ.ა.ა) „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის;

გ.ა.ბ) „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებიდან:

გ.ა.ბ.ა) 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლებისა და შშმ ბავშვებისათვის;

გ.ა.ბ.ბ) ასაკით პენსიონერი ვეტერანებისა და მკვეთრად გამოხატული შშმ ვეტერანებისათვის.

გ.ბ) შიდსით დაავადებული პირებისათვის.

დ) პროგრამის მე-3 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების ფარგლებში პროგრამის მოსარგებლეთათვის აღნიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა ხდება უსასყიდლოდ (თანაგადახდის გარეშე) პროგრამისათვის გამოყოფილი ასიგნებების ფარგლებში.“

სახელმწიფო პროგრამა „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ ეწინააღმდეგება პალიატიური მზრუნველობის შესახებ საქართველოში არსებულ კანონმდებლობას მის უწყვეტობისა და უნივერსალური ხელმისაწვდომობის შესახებ. კერძოდ, პროგრამა, რომელიც ისედაც განკუთვნილია უკურნებელი პაციენტებისათვის, ხაზს უსვამს, რომ მომსახურების ბენეფიციარები არიან მხოლოდ ის უკურნებელი პაციენტები, რომელთაც აქვთ დაავადების ტერმინალური სტადია და მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას.

თუ გავითვალისწინებთ რომ სტაციონალურ მომსახურებას პაციენტი მიმართავს უკვე პრაქტიკულად უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაში, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტთა მომსახურებას ბინაზე. თუმცა „ბინაზე მომსახურების“ პროგრამაში ჩართვის მკაცრი და ბუნდოვანი მოთხოვნები და კრიტერიუმები პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის პალიატიურ მომსახურების სრულყოფილ განხორციელებას (ბინაზე მომსახურებას იღებს უკურნებელ პაციენტთა მხოლოდ 3 - 4 %). არსებული ვითარება გავლენას ახდენს პაციენტთა მომსახურების ხარისხზე და განაპირობებს დაგვიანებულ პალიატიურ მზრუნველობას.

გარდა ამისა პრობლემები შეიმჩნევა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისითაც (პალიატიური შინმოვლის სახელმწიფო პროგრამა 76 მუნიციპალიტეტიდან ფუნქციონირებს მხოლოდ თბილისში, ქუთაისში და საქართველოს 4 მუნიციპალიტეტში, ჯამში 6 მუნიციპალიტეტში; ამ ეტაპზე პროგრამულ ჰმ გამოეთიშა თელავი).

ამავე დროს, მცირე დაფინანსების გამო, სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობს ექიმი/ექთანი, რაც ვერ უზრუნველყოფს სრულფასოვან და ჰოლისტურ ზრუნვას (ბიო-ფსიქო-სოციალურ მიდგომას) და ხდება მხოლოდ ფიზიკური მდგომარეობის მართვა, ისიც დაგვიანებით და მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს, მიუხედავად გამოვლენილი სიმპტომების ხანგრძლივობისა და მათგან განპირობებული ტანჯვისა. შესაბამისად სახელმწიფო პროგრამა ვერ უზრუნველყოფს პალიატიური მზრუნველობის მთავარ მიზანს - ჰოლისტურ ზრუნვას და ცხოვრების შესაძლო მაქსიმალურ ხარისხს და „კარგად ყოფნას“(Wellbeing). არსებული პროგრამა მოითხოვს გადახედვას და გაუმჯობესებას.

ძირითადი ბარიერები პალიატიური მზრუნველობის განვითარებაში

შეჯამება

პალიატიური მზრუნველობის სერვისების ხელმისაწვდომობის პრობლემა - ქვეყანაში მოქმედებს პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია ინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება პალიატიურ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. მიუხედავად ამისა, მრავალი პრობლემა და გამოწვევა არსებობს პალიატიური მზრუნველობის კუთხით საქართველოში. კერძოდ, პრობლემაა სერვისებზე ხელმისაწვდომობა პროგრამაში ჩართვის და მართვის მკაცრი და ბუნდოვანი კრიტერიუმები და პროგრამაში მონაწილე პროვაიდერების მწირი დაფინანსება.

- ✓ პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის დაფინანსება ანუ სერვისების ანაზღაურება არ გაზრდილა 2004 წლიდან; თუ გავითვალისწინებთ ეროვნული ვალუტის გაუფასურებას, ინფლაციას, მაშინ მივიღებთ, რომ ამ მომსახურების ანაზღაურება განახევრებულია. პალიატიური მზრუნველობის სერვისების ანაზღაურების სიმწირე შეუძლებელს ხდის პალიატიური და ჰოსპისური მზრუნველობის ძირითად არსს - მულტიდისციპლინარულ მიდგომას (ფიზიკური, სოციალური, ფსიქოლოგიური, სულიერი და ა.შ), ვინაიდან ეს დარგი, სამედიცინო პროფესიონალის გარდა (ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი და სხვა), მოითხოვს სხვა დარგის სპეციალისტების, როგორცაა: ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, მზრუნველი და სხვა ჩართულობას. ამიტომ, არსებული პრობლემების მოგვარებისა თუ დარგის განვითარებისთვის საჭირო ნაბიჯების გადასადგმელად, საჭიროა სვხადასხვა პროფესიის ადამიანების ძალისხმევა და სხვადასხვა ინსტიტუციების მხარდაჭერა. დაფინანსების სიმწირე, გარდა მომსახურების ხარისხის და მოცულობისა, ასევე გავლენას ახდენს მომსახურების რაოდენობაზე. როგორც წინამდებარე კვლევამ აჩვენა, სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების სიმწირის გამო, სერვის პროვაიდერები აუქმებენ პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიწოდებას, ნაცვლად იმისა, რომ სერვისების მიწოდების გაზრდა მოხდეს.
- ✓ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს არასაკმარისი სერვისების არსებობა. საწოლების რაოდენობა შეზღუდულია და არსებული, ძირითადად კონცენტრირებულია თბილისში (ჰოსპისი, პალიატიური მზრუნველობის ცენ-

ტრი), ხოლო რამდენიმე რაიონში არსებობს მხოლოდ ცალკეული პალატები ან საწოლები. გამოცდილებაზე დაყრდნობით, რეკომენდებულია მილიონ მოსახლეზე 80-დან 100-დე პალიატიური მზრუნველობის საწოლის არსებობა. (EAPC, 2009) საწოლების ეს რაოდენობა მოიცავს არა-ონკოლოგიურ პაციენტების საჭიროებასაც. საქართველოს პოპულაციის რაოდენობაზე დაყრდნობით მაშინ საჭირო საწოლფონდის რაოდენობა იქნება 300 -370. ამ ეტაპზე სხვადასხვა ფორმით (საწოლი, პალატა, განყოფილება თუ ჰოსპისის სახით) საქართველოში არსებობს 148 საწოლი; თუმცა, პანდემიის პირობებში, ამ ეტაპზე, მოქმედებს მხოლოდ ნაწილი.

- ✓ ბინაზე მომსახურება შესაძლებელია საქართველოს 76 მუნიციპალიტეტიდან მხოლოდ 6 -ში (თბილისის, ქუთაისის, **ოზურგეთის**, ზუგდიდის, გორის და თელავის მუნიციპალიტეტებში, თუმცა უკანასკნელმა ამ ჩამონათვალში შეაჩერა შესაბამის პროგრამაში ჩართულობა) და ეს სერვისი არ არსებობს 70 მუნიციპალიტეტში.
- ✓ ზოგადი პროფილის მე-2 და მე-3 დონის კლინიკებში არ არსებობს პალიატიური მზრუნველობის საკონსულტაციო სამსახური, რაც გავლენას ახდენს, როგორც პაციენტების მართვაზე ასევე საჭიროების შემთხვევაში მათ გადამისამართებაზე შესაბამის ცენტრებში. ეს თავისთავად განაპირობებს პალიატიური მზრუნველობის და მისი სერვისების არაცნობადობას და ან დაგვიანებულ მიმართვიანობას.

განათლება - პალიატიური მზრუნველობის სერვისების მიმწოდებლების უმრავლესობას არ აქვს პაციენტის ჰოლისტური შეფასების და ასევე ხარისხის მონიტორინგისთვის აუცილებელი თვითშეფასების მეთოდები. სერვისის მიმწოდებლები ნაკლებად სარგებლობენ შესაბამისი პროტოკოლებით და პალიატიური მზრუნველობის სერვისები ძირითადად ბიო-სამედიცინო ხასიათისაა; მათი განათლებაც ძირითადად შემოიფარგლება მხოლოდ სამედიცინო ასპექტებით.

- ✓ შესაბამისი განათლების მქონე ექიმების და ექთნების დეფიციტი.
- ✓ არასამედიცინო პროფილის (ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ძიძა, მზრუნველი და სხვა) პალიატიური მზრუნველობის სხვა პროფესიონალების პრაქტიკულად არარსებობა. დაბალი ცნობადობა და ცნობიერების გამო მოხალისეთა არარსებობა.

პალიატიური მზრუნველობის ძირითად მედიკამენტების - ოპიოიდების მარეგულირებელი რეგულაციები, რომლებიც ზღუდავს ექიმებს და ექიმების მიერ ამბულატორიულად ოპიოიდების დანიშვნას და შესაბამისად განაპირობებს პაციენტების თავიდანაცილება და არასაჭირო ტანჯვას.

- ✓ პალიატიური მზრუნველობის აუცილებელი მედიკამენტის – ოპიოიდებზე ხელმისაწვდომობის მკვეთრი დეფიციტი. ამბულატორიული სერვისების მომწოდებლებიდან მხოლოდ 25% უზრუნველყოფს ოპიოიდების დანიშვნას და შესაბამისად ტკივილის მართვის შესაძლებლობას ბინაზე. რაც ჯამში იწვევს დარღვევას არასწორ, არარაციონალურ და არახარჯთეფექტურ განვითარებას (2020 წელს ბინაზე მომსახურების დაბალი წილი -3%). ყოველივე ეს მიუთითებს რომ პალიატიური მზრუნველობის სერვისების საჭიროების მქონე უკურნებელი პაციენტები იტანჯებიან და ვერ იღებენ სათანადო მომსახურებას.

რეკომენდაციები

- **პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების გაზრდა**, რათა სრულყოფილად შესრულდეს პროგრამის მიზანი, კერძოდ: გაუმჯობესდეს ინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხი. აღსანიშნავია, რომ ხარისხი გაუმჯობესდება პალიატიურ მზრუნველობაზე ხელმისაწვდომობის და დაფინანსების გაზრდით და ქვეყანაში სწორი პოლიტიკის გატარებით. ამისთვის საჭიროა განხორციელდეს ჰოლსტური ბრუნვა და უწყვეტი მომსახურების მიწოდება ბენეფიციარებისათვის. მნიშვნელოვანია, რომ ფინანსური მხარდაჭერის გაზრდა უნდა მოხდეს ორივე კომპონენტის, როგორც სტაციონარული ასევე ამბულატორიული სერვისების მიმართულებით, რათა უზრუნველყოს მულტი და ინტერდისციპლინური უწყვეტი ჰოლსტური ბრუნვა ~„იქ სადაც ის პაციენტი და მათი მზრუნველებისათვის ყველაზე კომფორტული“ (იგულსხმება ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, სამყოფელი, ანუ ძირითადად პაციენტის სახლი. ბინაზე მომსახურება უნდა გაიზარდოს, რაც ასევე საჭიროებს სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას);
- **სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა და თანაბრი გეოგრაფიული განაწილება** პალიატიური მზრუნველობაში. მნიშვნელოვანია, რომ სერვისების მიწოდების დროს აქცენტი უნდა გაკეთდეს ბინაზე მოვლასა და ამბულატორიულ კომპონენტზე. ეს ორივე კომპონენტი განსაკუთრებით რეგიონებში უნდა განვითარდეს;
- **სტაციონარული სერვისების გაუმჯობესება**. ამ მიმართულებით აუცილებლად ქმედითი ნაბიჯები უნდა გადაიდგას. კერძოდ, გაიზარდოს ან შეიქმნას საწოლების რაოდენობა იქ, სადაც შეინიშნება მათი დეფიციტი, რათა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესდეს საქართველოს მასშტაბით ჰოსპიტალურ პალიატიურ სერვისებზე.

- ამბულატორიული სერვისების განვითარებისათვის და მათი ეფექტური მუშაობისათვის მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გადამზადება ან/და უნარჩვევების განვითარება და განმტკიცება პალიატიურ/ჰოსპისურ მზრუნველობაში; ასევე, სასწავლო კურიკულუმების შემუშავება/განახლება პალიატიურ მედიცინაში, სადაც მოცემული იქნება არა მხოლოდ კლინიკური უნარჩვევების საკითხები, არამედ ბიოეთიკის, კომუნიკაციის, ფსიქოლოგიის და ა.შ. საკითხები და კომპეტენციები (Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers).
- პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო კურსების სავალდებულო ჩართვა სამედიცინო და საექთნო განათლების სასწავლო კურიკულუმებში (საბაკალავრო); რეკომენდებულია პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო კურიკულუმის მინიმალური სტანდარტის შექმნა სამედიცინო და საექთნო სკოლებისთვის;
- პალიატიური მზრუნველობის მოდული უნდა შევიდეს ყველა სპეციალობის სარეზიდენტო პროგრამებში;
- უნდა შეიქმნას პალიატიური მზრუნველობის მულტიდისციპლინური გუნდები - მინიმუმ ექიმის, ექთანის, სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგის და სასულიერო პირის ჩართულობით; ამისთვის რეკომენდებულია პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო ტრენინგის შემუშავება მულტიდისციპლინარულ გუნდში ჩართული თითოეული წევრის პროფესიის შესაბამისად.
- კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, პალიატიური მზრუნველობისათვის აუცილებელი მედიკამენტზე, კერძოდ ოპიოიდებზე ხელმსაწვდომობის გაზრდა, როგორც საინექციო ფორმებზე ისე ტაბლეტირებულზე.
- პალიატიური მზრუნველობის მაქსიმალურად ინტეგრაცია ჯანდაცვის სისტემაში. საბაზისო პალიატიური მზრუნველობის გაწევა შესაძლებელი უნდა იყოს მზრუნველობის ყველა ტიპის დაწესებულებებში (ამბულატორიებში, პირველადი სამედიცინო დახმარების სამსახურებში, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში, საავადმყოფოებში და სხვა). თუმცა, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს სათემო და პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების ქსელებში პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის განვითარებასა და ინტეგრაციაზე (Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers ISBN 978-92-4-151447-7) რათა პალიატიური მზრუნველობის სერვისები მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი იყოს საჭიროების მქონე ყველა პირისთვის. პალიატიური მზრუნველობა უმზრუნველყოფილი უნდა იყოს ჯანდაცვის ყველა დონეზე სხვადასხვა სირთულის პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების მქონე ადამიანთათვის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

Allen, M. J., Asbridge, M. M., MacDougall, P. C., Furlan, A. D., & Tugalev, O. (2013). Self-reported practices in opioid management of chronic noncancer pain: A survey of Canadian family physicians. *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society*, 18(4), 177.

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)

RECOMMENDATION REC (2003) 24 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES ON THE ORGANISATION OF PALLIATIVE CARE. (n.d.). Retrieved from <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=hyXlpOWXtL8%3D&tabid=1709>

Silbermann, M., Fink, R. M., Min, S.-J., Mancuso, M. P., Brant, J., Hajjar, R., ... Strode, D. (2015). Evaluating Palliative Care Needs in Middle Eastern Countries. *Journal of Palliative Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0194>

SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. (n.d.). Retrieved from http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf

Stjernsward, J., Foley, K., & Ferris, F. (2007). 88 The Future of Public Health, Institute of Medicine. In *J Pain Symptom Manage* (Vol. 33). 89 Winslow C E A. The Untilled Fields of Public Health.

Stjernsward, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2007.02.016>

WHO | WHO Definition of Palliative Care. (2012). *WHO*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WHO Model List of Essential Medicines. (2017). Retrieved from <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

WHO, & WPCA. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Retrieved from www.ehospice.com

პაციენტის უფლებების შესახებ | სსიპ "საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე". (n.d.). Retrieved September 6, 2018, from 2000 website: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>

საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ. (2005). Retrieved from <http://www.matsne.gov.ge/470.010.000.05.001.000.925>

საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. (2002). Retrieved from http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pdf

Allen, M. J., Asbridge, M. M., MacDougall, P. C., Furlan, A. D., & Tugalev, O. (2013). Self-reported

practices in opioid management of chronic noncancer pain: A survey of Canadian family physicians. *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society*, 18(4), 177.

Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., ... Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)

RECOMMENDATION REC (2003) 24 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES ON THE ORGANISATION OF PALLIATIVE CARE. (n.d.). Retrieved from <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=hyXlpOWXtL8%3D&tabid=1709>

Silbermann, M., Fink, R. M., Min, S.-J., Mancuso, M. P., Brant, J., Hajjar, R., ... Strode, D. (2015). Evaluating Palliative Care Needs in Middle Eastern Countries. *Journal of Palliative Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0194>

SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. (n.d.). Retrieved from http://apps.who.int/gb/eb-wha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf

Stjernsward, J., Foley, K., & Ferris, F. (2007). 88 The Future of Public Health, Institute of Medicine. In *J Pain Symptom Manage* (Vol. 33). 89 Winslow C E A. The Untilled Fields of Public Health.

Stjernsward, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The Public Health Strategy for Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2007.02.016>

WHO | WHO Definition of Palliative Care. (2012). *WHO*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

WHO Model List of Essential Medicines. (2017). Retrieved from <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

WHO, & WPCA. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Retrieved from www.ehospice.com

პაციენტის უფლებების შესახებ | სსიპ ”საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე”. (n.d.). Retrieved September 6, 2018, from 2000 website: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>

საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ. (2005). Retrieved from <http://www.matsne.gov.ge470.010.000.05.001.000.925>

საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. (2002). Retrieved from http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pdf

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|-------------------------------|----|-------|-----------------------|--------------|---|--------------|--|------------------------|------------------------|
| 6 | შპს მალხაზ კაციაშვილის მრავალპროფილური გადაუდებელი დახმარების ცენტრი | სტაციონარი | 6 | 75 | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 15 (3 ექიმი, 8 მეტანი, 3 ექიმის ასისტენტი, 1 ადმინისტრატორი) | თბილისი | ალ. გობრონიძის ქ. # 10 | ლალი პეტეშვილი | 593319685 |
| 7 | პოსპისი ფეროცვალეზა | პოსპისი, შინ ზრუნვა, სწავლება | 6 | უფასო | ქრონიკული, უკურნებელი | შემოწირულობა | სულ 24 (1 ექიმი, 12 მეტანი, 5 ექიმის დამხმარე, 5 ადმინისტრატორი, 1 სასულიერო პირი) | თბილისი | ურბნისის ქ. 7# | მარიამ ფალავან-დიშვილი | 57724464 57724423 |
| 8 | შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული ცენტრი“ | ამბულატორია, შინ ზრუნვა | 11 | 11 | ქრონიკული/ უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 57 (22 ექიმი, 15 მეტანი, 9 ფსიქოლოგი, 3 სოც მუსაკი, 3 ადმინისტრატორი, 5 ფსიქიატრი) | თბილისი | ჯავახიშვილის ქ.43# (წინამძღვრიშვილის ქ.57) | ირინე ქაროსანიძე | 577445010 599559553 |
| 9 | შპს დენილთა საოჯახო მედიცინის ცენტრი „დიოსკურია“ | ამბულატორია/ ბინა | | 11 | ქრონიკული/ უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 3 (1 ექიმი, 1 მეტანი, 1 ადმინისტრატორი) | თბილისი | ილორის . # 14 | ნანა გერგედავა | 595599462 |
| 10 | შპს საოჯახო მედიცინის ცენტრი „აფხაზეთი“ | ამბულატორია/ ბინა | | 11 | ქრონიკული/ უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 5 (2 ექიმი, 2 მეტანი, 1 ადმინისტრატორი) | თბილისი | ლალის ქ. 8 | ლამზირა ზოდელავა | 599149288 |
| 11 | შპს კლინიკა რუსთავი | სტაციონარი | | 13 | ქრონიკული/ უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 12 (3 ექიმი, 4 მეტანი, 4 ექიმის ასისტენტი, 1 ადმინისტრატორი) | ქვემო ქართლი | რუსთავი, 7# მ/რ | ვლადიმერ ფანცხავა | 571769553 |
| 12 | შპს გორმედი | | | | | | სულ 10 (2 ექიმი, 4 მეტანი, 1 უცროსი ექიმი, 1 ფსიქოლოგი, 1 სასულიერო პირი, 1 ადმინისტრატორი) | შიდა ქართლი | ცხონვალის გზატკეცილი 14#ა | | 595566507 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|----------------------------|----|---------|-----------------------|------------------------|--|------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|
| 13 | შპს პოსტალ სერვისი | სტაციონარი, | 5 | 75 | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 7 (1 ექიმი, 4 ექთანი, 1 ექიმის ასისტენტი, 1 ადმინისტრატორი) | იმერეთი | ქუთაისი, ჩხობავის ქ. 16# | მაია დოღმაშვილი | 577100360 |
| 14 | შპს კლინიკა ბომონდი | სტაციონარი | 10 | 75 | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 13 (5 ექიმი, 5 ექთანი, 1 ოკუპაციური თერაპევტი) | იმერეთი | ქუთაისი, ზ.გამსახურდიას ქ. 15# | მამუკა მიქაძე | 599555770 |
| 15 | შპს ქუთაისის აღდგენითი მეურნეობის საავადმყოფო | ამბულატორ. ბინამე ვიზიტები | | 11 ლარი | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 7 (3 ექიმი, 2 ექთანი, 1 ექიმის ასისტენტი, 1 ადმინისტრატორი) | იმერეთი | ქუთაისი, მ.დვალაშვილის ქ. 13# | სოსო კაჭახიძე | 599535424 |
| 16 | შპს იმერეთი-იმერეთის სამხარეო სამედიცინო ცენტრი (თერჯოლაძემდე) | სტაციონარი | 3 | 75 | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 12 (1 ექიმი, 4 ექთანი, 4 ექიმის და ექთანის ასისტენტი, 1 ფსიქოლოგი, 1 სოც მუშაკი, 1 ადმინისტრატორი) | იმერეთი | თერჯოლა, რუსთაველის ქ.82 | ვლადიმერ კეკელიძე | 598244400 |
| 17 | შპს მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალი მედიცინა | სტაციონარი | 9 | 75 | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო | სულ 11 (2 ექიმი, 6 ექთანი, 1 ფსიქოლოგი, 1 ადმინ, 1ქ.დამხ) დაემატა უმცროსი ექიმი | აჭარა | ბათუმი, პუშკინის ქ. 120/118# | მედეა ქაჯაია | 577140505 |
| 18 | შპს სამეგრელო ზემო-სვანეთის ონკოლოგიური ცენტრი | ამბულატორია | | 11 ლარი | ქრონიკული, უკურნებელი | სახელმწიფო დაფინანსება | სულ 2 (1 ექიმი, 1 ექთანი) | სამეგრელო-ზემო სვანეთი | ზუგდიდი, ტიტაის ქ.7# | ნონა ფიფია | 599789558 |
| 19 | სს სამედიცინო კორპორაცია ევექსი-ფოთის ამბულატორიული ცენტრი | | | | | | | სამეგრელო | ფოთი, კ. გამსახურდიას ქ.6# | | |

დანართი 2

კითხვარი

კითხვარის შევსებას დასჭირდება დაახლოებით 20 წუთი. გაცნობებთ, რომ თქვენი მონაწილეობა ამ კვლევაში ნებაყოფილობითია. კითხვარის შევსებით დასტურდება თქვენი თანხმობა მონაწილეობაზე და შეგიძლიათ შეავსოთ იგი სრულად, ნაწილობრივ ან საერთოდ არ შეავსოთ. თქვენი ინდივიდუალური პასუხები იქნება ანონიმური. ვაცნობიერებთ თქვენ დაკავებულობას, მაგრამ იმედი გვაქვს, რომ დავგვებმარებით კითხვარის შევსებაში. *თქვენ მიერ გაცემული პასუხები დაგვეხმარება პალიატიური მზრუნველობის სერვისების და საჭიროებების შესახებ ინფორმაციის შეგროვებაში. წინასწარ 2 გიხდით მადლობას თანამშრომლობისთვის.*

მომსახურების სახეები

1. მომსახურების აღწერა: (მონიშნეთ ყველა სწორი პასუხი)

- საავადმყოფოს სერვისებზე (პალატა ან საწოლფონდი) დაფუძნებული
- პალიატიური მზრუნველობის განყოფილება
- ჰოსპისი
- ამბულატორიული მომსახურება
- ბინაზე / სახლში მოვლის პროგრამა
- სხვა - გთხოვთ აღწეროთ _____

2. როგორ ესმის თქვენს ორგანიზაციას პალიატიური მზრუნველობა?

3. რას მიიჩნევთ პალიატიური მზრუნველობის უმთავრეს დანიშნულებად?

(მონიშნეთ ყველა სწორი პასუხი)

- ტკივილის შემსუბუქება
- მომაკვდავ ადამიანზე მზრუნველობა
- ტანჯვის შემსუბუქებაზე ორიენტირებული მზრუნველობა
- პაციენტისა და მისი ოჯახის კომფორტზე ორიენტირებული მზრუნველობა
- ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი
- სხვა _____

4. თქვენი ორგანიზაცია სარგებლობს / აქვს მომსახურების სტანდარტები / პროტოკოლები ან გაიდლაინები / სახელმძღვანელო მითითებები? თუ კი, რომელი, გთხოვთ, დაასახელოთ.

5. რა მომსახურებას გვთავაზობს თქვენი პალიატიური მზრუნველობის სერვისი?

6. თითოეული ტიპის პერსონალიდან რომელი და რამდენი მუშაობს თქვენთან?

- ექიმი
- ექთანი
- ექიმის ასისტენტი,
- სოციალური მუშაკი,

- ფსიქოლოგი,
- სულიერი კონსულტანტი (მღვდელი / სულიერი ლიდერი)
- მოხალისე?
- სხვა _____

სერვისებზე ხელმისაწვდომობა - სტრუქტურა და პროცესი (მაგალითად, უწყვეტობა, კომუნიკაცია)

1. საშუალოდ რამდენ პაციენტს უწევთ პალიატიურ მზრუნველობას თვეში?

2. რა არის თქვენი დაფარვის ზონა მოსახლეობის და უბნების / რაიონის / რეგიონის მიხედვით?

3. თუ გაქვთ კავშირი უბნის / რაიონულ ან რეგიონულ ჯანდაცვის სხვა სერვისებთან?

4. საჭიროების შემთხვევაში თუ აქვს თქვენს სამსახურს პაციენტის ან ოჯახის წევრის სხვა მომსახურებისთვის რეფერირების სისტემა (მაგ სოციალური დახმარება, იურიდიული ...?)

5. თუ აქვს თქვენს სამსახურს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სამედიცინო ინფორმაციის მოპოვების (საიდანაც ის გამოწერეს) რაიმე სისტემა ?

6. შეუძლია თუ არა თქვენს სამსახურს პაციენტებისთვის იურიდიული დახმარების გაწევა?

7. არსებობს რაიმე დაბრკოლება თქვენი მომსახურების ხელმსაწვდომობაში?

კი _____ არა _____

თუ კი, რა არის ის (ჩამოთვალეთ)? _____

8. აქვს თუ არა თქვენს მომსახურებას წვდომა ოპიოიდურ საშუალებებზე (პაციენტებისათვის)? თუ კი, როგორ ხდება ამ წამლების მოპოვება?

9. ოპიოიდებთან დაკავშირებით, ვინ არის პასუხისმგებელი:

- დანიშვნაზე?
- მარაგის შენარჩუნებაზე?
- წამლების გაცემაზე?
- წამლების გამოწერაზე?

10. თუ გექმნებათ რაიმე სირთულე ოპიოიდური პრეპარატების მართვისას (შექნა, შენახვა, დანიშვნა და ა.შ.)?

დიახ _____ არა _____

თუ დიახ, რა სირთულეები არსებობს _____

11. მორფინის ტაბლეტირებული ფორმა ხელმისაწვდომია თქვენს სამუშაო ადგილზე?

დიახ _____ არა _____

მორფინის საინექციო ფორმა ხელმისაწვდომია თქვენს სამუშაო ადგილზე?

დიახ _____ არა _____

განათლება და ტრენინგი

1. გაიარეთ თუ არა ტრენინგი პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებით (დაასახელეთ)?

2. რამდენი დღის/ კვირის/ თვის განმავლობაში მიმდინარეობდა ტრენინგი?

3. რა იყო ტრენინგის ძირითადი თემები?

4. რა იცით თქვენი პერსონალისთვის პალიატიურ მზრუნველობაში შემდგომი განათლების მიღების შესაძლებლობების შესახებ?

5. თუ გჭირდებათ უფრო მეტი ტრენინგი? და თუ კი, კონკრეტულად რა თემებში?

მონაცემთა შეგროვება და ინფორმაციის მართვა

1. პაციენტთან პირველად შეხვედრისას რა საკითხებს მოიცავს შეფასება (ფიზიკური, სოციალური, ფსოლოგურ, სულიერი და სხვა)?

2. თუ გაქვთ სტანდარტული ფორმა / სკალები შეფასების ინფორმაციის შესაგროვებლად?

კი _____ არა.....

3. თუ გაქვთ რაიმე სისტემა მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგისთვის?

კი _____ არა_____ თუ კი, დაახასათეთ.
