

**პალიატიური მზრუნველობის
საქართველოს ეროვნული
პროგრამა**

2011-2015 წლების სამოქმედო გეგმა

დოკუმენტი წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის საშუალოვადიან სახელმწიფო პროგრამას.

იგი იხილავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პალიატიური მზრუნველობის კლინიკურ, მეთოდურ, საკადრო, ორგანიზაციულ და ფინანსურ მხარეებს.

საზღვრავს პალიატიური მზრუნველობის, როგორც უწყვეტი სამედიცინო დახმარების განუყოფელი შემადგენელი ნაწილის, განვითარებისა და ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში საფესურებრივი ინკორპორაციის გეგმას.

პროგრამაში მოცემულია საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარების არსებული ვითარების ანალიზი, ასევე სახელმწიფოს მიერ აღიარებული სტატისტიკური ინფორმაცია და სხვადასხვა სპეციალური კვლევების შედეგები.

მომზადებულია საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტთან არსებული პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამის კოორდინატორის ოფისის მიერ

პროფ. დიმიტრი კორძაიას საერთო რედაქციით

შემდგენლები:

დიმიტრი კორძაია

პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამის კოორდინატორი

პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია

სვიმონ დალაქიშვილი

მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მედიცინის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი

რემა ღვამიჩავა

ა/ო “ონკოპრევენციის ცენტრის” (ოც) დირექტორი, ოც პოსპისის ხელმძღვანელი, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია

თამარ რუხაძე

პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სპეციალისტი, ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის ხელმძღვანელი, პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია

იოსებ აბესაძე

პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სპეციალისტი, ონკოპრევენციისა და პალიატიური მზრუნველობის ინსტიტუტი

ფატი პოწენიძე

ტკივილისა და პოლიტიკის საერთაშორისო პროგრამის სტიპენდიანტი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია

რევაზ გაგუა

ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პრეზიდენტი

თენგიზ ცერცვაძე

შიდსის, ინფექციური პათოლოგიისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრის ხელმძღვანელი

გივი ჯავაშვილი

თსუ საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი

მემედ ჯინჭარაძე

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის კოორდინატორი

ცისმარ ალადაშვილი

ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის მობილური გუნდის ექიმი

მარინე თურქაძე

ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის მობილური გუნდის ექიმი

კონსულტანტები:

მერი კალავეი

ღია საზოგადოების ინსტიტუტი, “პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ინიციატივების პროგრამის” დირექტორი, აშშ

ფრანკ ფერისი

პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (სან დიეგოს ჰოსპისი) საერთაშორისო პროგრამების დირექტორი

იან სტრჯერსფორდი

ჯანმოს საერთაშორისო ექსპერტი, შვედეთი

ხავეერ გომეშ ბატისტე

კატალონიის პალიატიური მზრუნველობის პროექტის (ჯანმოს სადემონსტრაციო პროექტი) დირექტორი, ესპანეთი

კარენ რაიანი

ტკივილისა და პოლიტიკის საერთაშორისო პროგრამის დირექტორი, ვისკონსინის უნივერსიტეტის ჯანმოს კოლაბორაციული ცენტრი

კატალინ მუზბეკი

ცენტრალური ევროპის ჰოსპისის ხელმძღვანელი (ბუდაპეშტი, უნგრეთი)

ამირან გამყრელიძე

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს წარმომადგენლობა

ვახტანგ სურგულაძე

ჯანმრთელობის დაცვის და სოციალური პროგრამების სააგენტოს უფროსი

თამაზ კვირკველია

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის განყოფილების უფროსი

პალიატიური მზრუნველობა – ახალი მიმართულება ჯანდაცვის სისტემაში

XXI საუკუნის დამდეგი აღინიშნა მოსახლეობის გლობალური დაბერებით, ონკოლოგიურ სნეულებათა რიცხვის ზრდით, შიდსის გავრცელებით, ქრონიკული მოპროგრესე დაავადებების რაოდენობის მატებით. ყოველივე ამის შედეგად ყალიბდება იმ ინკურაბელურ ავადმყოფთა დიდი ჯგუფი, რომლებიც დაავადებით გამოწვეული მტანჯველი სიმპტომების გამო ადეკვატურ კომპლექსურ სამედიცინო-სოციალურ მზრუნველობას საჭიროებენ. სწორედ ამ საქმეს ემსახურება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ახალი მიმართულება – პალიატიური მზრუნველობა.

ტერმინი “პალიატიური” წარმოიშვა ლათინური სიტყვისაგან “პალლიუმ”, რაც “ნიღაბს” ან “ლაბადას” ნიშნავს. სწორედ ეს არის პალიატიური მზრუნველობის არსი – უკურნებელი დაავადების გამოვლინებათა შენიღბვა, შერბილება, დაფარვა.

1970-იან წლებში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ეგიდით ექსპერტთა მცირე ჯგუფი პალიატიური მზრუნველობის განვითარების მიზნით იწყებს მოძრაობას 40-ზე მეტ სახელმწიფოში, რომელთა შორის წამყვანები არიან: შვეიცარია, აშშ, დიდი ბრიტანეთი, კანადა, ჰოლანდია, ბელგია, საფრანგეთი და ავსტრალია. პალიატიურ მზრუნველობას დღეს გააჩნია ოფიციალური სტატუსი, აგრეთვე, იურიდიული, მეთოდური, კლინიკური, აკადემიური, სამეცნიერო და ორგანიზაციული სტანდარტები. 1996 წელს ტერმინი “პალიატიური მზრუნველობა” ჩართული იქნა Index Medicus-ში და დაემატა განსაზღვრებებს “ტერმინალური მზრუნველობა” (1968წ) და “ჰოსპისი” (1980წ).

მთელ მსოფლიოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის სწრაფ ზრდასთან დაკავშირებით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1990 წელს განაცხადა, რომ საჭიროა შეიქმნას ჯანდაცვის ახალი მიმართულება და ჩამოაყალიბა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება. ამ განსაზღვრების თანახმად, პალიატიური ეწოდება “აქტიურ, მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება. მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა” (Geneva: World Health Organization, 1990). ეს განსაზღვრება დღეს მთლიანად შესულია საქარდველოს კანონებში “ჯანდაცვის შესახებ” და “საექიმო საქმიანობის შესახებ”.

პალიატიური მზრუნველობა განკუთვნილი იყო მხოლოდ იმ ავადმყოფთათვის, რომელთა რადიკალური მკურნალობა უკვე აღარ იყო ნაჩვენები. თანამედროვე შეხედულებით (ჯანმო, 2002 წ.) პალიატიური მკურნალობა უნდა გამოვიყენოთ ნებისმიერი ქრონიკული უკუზრუნებელი დაავადების შემთხვევაში. ეს ცვლილება განაპირობა იმის გაცნობიერებამ, რომ ადამიანის სიცოცხლის ბოლოს წამოჭრილი პრობლემები დაავადების ადრეულ სტადიაზევე ისახება.

დღეისათვის აღიარებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობა:

- ამკვიდრებს ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის ფილოსოფიას;
- ისწრაფვის, რაც შეიძლება ღიდხანს უზრუნველყოს ავადმყოფის აქტიური ცხოვრების წესი;
- სთავაზობს დახმარებას პაციენტის ოჯახს ავადმყოფობის მიმე პერიოდში და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უცხადებს ახლობელი ადამიანის დაკარგვის გამო.
- მიმართავს მრავალმხრივ (ინტერდისციპლინურ) მიდგომას პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრთა პრობლემების შემსუბუქებისათვის;
- ახდენს ტკივილის მოხსნას და სხვა სიმპტომების კონტროლს;
- აუწყობს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და ამით, გარკვეულწილად, დადებითად მოქმედებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე;
- ემსახურება სოციალური და იურიდიული საკითხების მოგვარებას და სამედიცინო ბიოეთიკის საკითხების გადაწყვეტას.

ამდენად, პალიატიური მზრუნველობის ორი მთავარი ამოცანაა: ავადმყოფის მდგომარეობის შემსუბუქება ავადმყოფობის მოელი პერიოდის განმავლობაში (რადიკალურ მკურნალობასთან ერთად) და მულტიპროფილური დახმარება სიცოცხლის უკანასკნელ თვეებში, დღეებსა და საათებში.

დღესდღეობით “ავადმყოფზე მზრუნველობა სიცოცხლის დასასრულს” (end-of-life care) პალიატიური მზრუნველობის (ზოგიერთ ქვეყანაში კი საერთოდ მედიცინის) დამოუკიდებელ მიმართულებად იქცა. ამ მიმართულების მთავარი კომპონენტია განსაკუთრებული ფილოსოფიის ჩამოყალიბება, რომელიც გულისხმობს ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრების სამედიცინო, სოციალურ, სულიერ და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას.

პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციის ფორმები.

პალიატიური მზრუნველობის მრავალი ფორმა არსებობს. სხვადასხვა ქვეყანაში ეს ფორმები განსხვავებულია, რადგანაც თითოეულ მათგანში ეს მიმართულება

დამოუკიდებელი გეგმით ვითარდება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად, მთელი ეს მრავალფეროვნება შეიძლება ორ ძირითად ჯგუფად დაეყოთ: პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე და სტაციონარში.

პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარული დაწესებულებებია ე.წ. დამოუკიდებელი ჰოსპისები, ონკოლოგიური და ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების, დისპანსერების, აგრეთვე, სოციალური დაცვის სისტემის სტაციონარების ბაზაზე არსებული პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებები (პალატები).

იმის გათვალისწინებით, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობას (გამოკითხულთა 80%-ზე მეტს, მათ შორის საქართველოში) სურს, სახლში გაატაროს სიცოცხლის უკანასკნელი დღეები და სახლშივე დაასრულოს სიცოცხლე, პალიატიური მზრუნველობა უმთავრესად ბინაზე ხორციელდება.

პალიატიური მზრუნველობის პრინციპებისა და მეთოდების სწავლების საჭიროება.

სამწუხაროდ, ექიმებისა და მედლების ცოდნაში არის გარკვეული, ზოგჯერ კი მნიშვნელოვანი ხარვეზები ინკურაბელური და მომაკვდავი ავადმყოფისათვის დახმარების საკითხებში. კვალიფიციური პალიატიური სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად აუცილებელია ცოდნისა და ჩვევების ათვისება შემდეგი მიმართულებებით:

- ავადმყოფისათვის სიცოცხლის დასასრულს დახმარების გაწევის წინასწარ დაგეგმვა;
- ინკურაბელურ ავადმყოფებთან და მათი ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის ფსიქოლოგიური თავისებურებანი; როგორ მივაწოდოთ ავადმყოფს "ცუდი ამბავი" დიაგნოზისა და პროგნოზის შესახებ. დებრესიის, შემფოთების, დელირიუმის მოხსნა;
- რა ფიზიოლოგიური ცვლილებები ვითარდება სიცოცხლის მიწურულს? როგორ უნდა მოიქცნენ ექიმები, მომვლელები და ნათესავები;
- ადეკვატური გაუტკივარება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ტკივილის გაყუჩების სამსაფეხურიანი სქემის მიხედვით და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების კონტროლი სამედიცინო მეცნიერების უკანასკნელ მიღწევათა შესაბამისად;
- სიკვდილისა და სულის უკვდავების ფილოსოფიური, ეთიკური და რელიგიური პრობლემები;

- სიცოცხლის შემანარჩუნებელი თერაპიის დანიშნისა და მოხსნის წესები და მიდგომები; სიცოცხლის დასასრულს ავადმყოფისათვის პარენტერალური კვებისა და სითხეების შეყვანის მიზანშეწონილობა, ჩვენებები და უკუჩვენებები;
- ავადმყოფის სიკვდილის შემდეგ ახლობლებისათვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა (ახლობელი ადამიანის დაკარგვის გამო ჩვეულებრივი და არაადეკვატური რეაქციის დროს).

პალიატიური და პოსპისური მზრუნველობის ეფექტურობის უმნიშვნელოვანესი პირობაა კვალიფიციური პერსონალის მომზადება და მათი უწყვეტი დახელოვნების უზრუნველყოფა. პალიატიური მზრუნველობა საკმაოდ დროს საჭიროებს, ამიტომაც, მნიშვნელოვანია, საკმარისი რაოდენობით სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის არსებობა.

პალიატიური მზრუნველობის განვითარებაში მსოფლიო მასშტაბით მიღწეული პროგრესის მიუხედავად, საზოგადოდ, პალიატიური მზრუნველობის რაობის სწორად გააზრების პრობლემა დღემდე რჩება ერთ-ერთ არსებით დაბრკოლებად ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემებში პალიატიური მზრუნველობის ინკორპორაციის გზაზე. განსაკუთრებით თვალშისაცემია ეს განვითარებად და გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში.

ამ მოსაზრების სისწორე დაადასტურა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის თანდათანობითი დამკვიდრების პროცესზე დაკვირვებამაც, კერძოდ:

პალიატიური მზრუნველობის ინიციაციის საწყის ეტაპზე ჩატარებულმა გამოკითხვამ უჩვენა, რომ პალიატიური მზრუნველობისათვის საჭირო ადამიანური რესურსების მომზადების, წამალთა ხელმისაწვდომობის და პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკული იმპლემენტაციის უზრუნველსაყოფად, შესაბამისი პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიღებასა და ფინანსების გამოყოფას მნიშვნელოვნად აფერხებს პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო მნიშვნელობის სწორად შემეცნებას შესაბამისი სამთავრობო სტრუქტურების წარმომადგენლებისა და დარგის მესვეურთა მიერ. აღნიშნული კატეგორიის გამოკითხულთა 83 პროცენტს არ ესმოდა პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობა და როლი ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემაში საერთოდ, და პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, კერძოდ. საკითხის სწორად გააზრებას ასევე ხელს უშლის საბჭოთა პერიოდში კიბოს დიაგნოზის დატაბუებისა და ოპიოდოფობიის წლობით დამკვიდრებული ტრადიცია.

პალიატიური მზრუნველობის რაობა ძნელად შესამეცნებელი აღმოჩნდა მისი მომხმარებელი საზოგადოებისათვის – პაციენტებისა და მათი ოჯახის

წევრებისათვის. კიბოს დიაგნოზის დატაბუებისა და ოპიოფობიის ტრადიციამ, ასევე, მართალია უფასო და საყოველთაო, მაგრამ ნაკლები ხარისხისა და არა ხარჯეფექტური სამედიცინო მომსახურების სისტემის არსებობამ (როდესაც ტერმინალური პაციენტების მკურნალობა (და არა პალიატიური მზრუნველობა) შეიძლება გაგრძელდეს სიცოცხლის ბოლო დღემდე, თუმცა ნაკლებად მიიღწეოდა ტკივილის გაყუჩება და სხვა შემაწუხებელი სიმპტომების მართვა და კომფორტი), ძნელად აღსაქმელი გახდა ხარჯეფექტური და ინდივიდუალური მიდგომაზე დაფუძნებული პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობისა და ეფექტიანობის გაგება.

არადა, თავისთავად ცხადია, ნებისმიერ ქვეყანასა და საზოგადოებაში პალიატიური მზრუნველობის დანერგვის ინიციატივა წარმატებული ვერ იქნება, ერთი მხრივ, ამ მზრუნველობის პოტენციურ მომხმარებელთა, ხოლო მეორე მხრივ, ჯანდაცვის სისტემის მესვეურთა მხარდაჭერის გარეშე.

პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობა სახელმწიფოებრივ ტრილში:

ქვეყნის მოსახლეობა ჯანმრთელობის მიხედვით შეიძლება დაიყოს 3 ძირითად ჯგუფად: ჯანმრთელებად, პოტენციურად განკურნებად ავადმყოფებად და ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილებად.

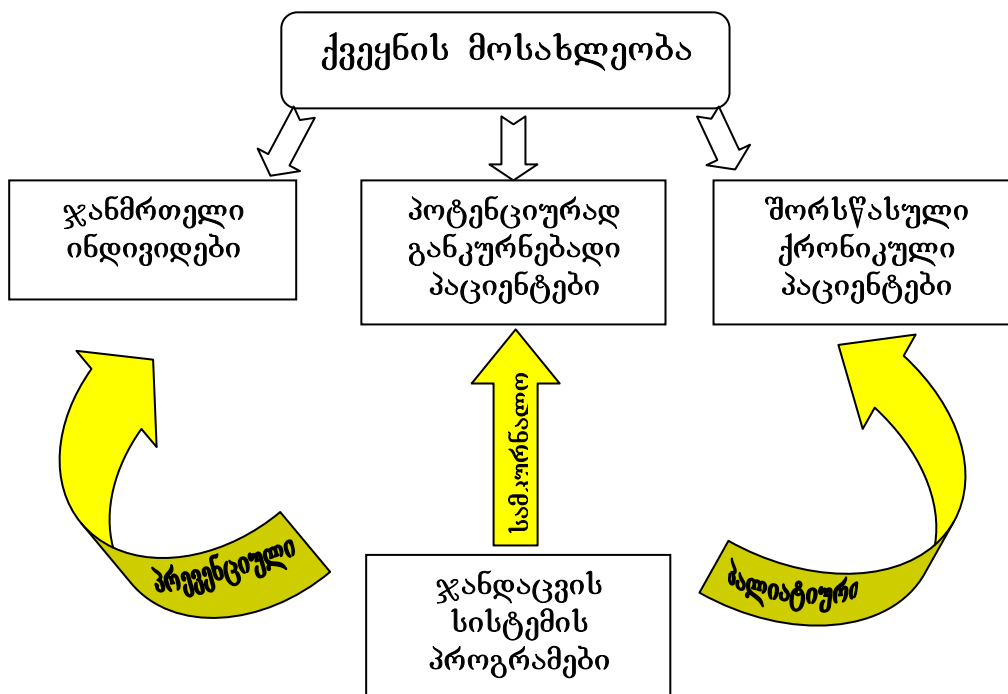
თუ ქვეყნის მოსახლეობის ზემოთ ჩამოთვლილ ჯგუფებს გავითვალისწინებთ, ჯანდაცვის სისტემასაც გააჩნია (უნდა გააჩნდეს) სამი ძირითადი მიმართულება:

- **პრევენციული** (ჯანმრთელთათვის), რომლის მიზანია ჯანმრთელობის შენარჩუნება და დაავადებათა თავიდან აცილება;
- **სამკურნალო** (განკურნებად ავადმყოფთათვის), რომლის მიზანია ავადმყოფის გამოჯანმრთელება და რეაბილიტაცია;
- **პალიატიური** (ქრონიკული ინკურაბელური სენით შეპყრობილთათვის), რომლის მიზანია პაციენტის სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლო მაღალი ხარისხის შენარჩუნება.

თუ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას რომელიმე ამ მიმართულებათაგანი არ გააჩნია, ის არ შეიძლება ჩაითვალოს სრულყოფილად, რადგან რომელიმე მიმართულების არარსებობის პირობებში, ქვეყნის მოსახლეობის რომელიმე ნაწილი რჩება ჯანდაცვის სისტემის გარეშე, ანუ რაც იგივეა, სამედიცინო მომსახურების გარეშე.

პრაქტიკულად იგივე შედეგი მიიღება, თუ რომელიმე მიმართულება (პრევენციული, სამკურნალო, პალიატიური) არ ხორციელდება სწორი

მეთოდოლოგიით, მეთოდიკებითა და მეთოდებით, სათანადო თეორიული ცოდნითა და პრაქტიკული ჩვევებით. ასე მაგალითად, არასწორად დაგეგმილი თუ არასწორი მეთოდებით განხორციელებული პრევენციული პროგრამები ვერ მოახდენს, ან არასწორად მოახდენს, დაავადებათა თავიდან აცილებას; არასწორად დაგეგმილი და წარმართული სკრინინგული პროგრამების ადრეული დიაგნოსტიკური ეფექტურობა ვერ იქნება ადეკვატური, ხოლო არასწორი მკურნალობა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის გამოჯანმრთელებას; ასევე, არასწორი პალიატიური მზრუნველობა ვერ უზრუნველყოფს სიცოცხლის შესაძლო ხარისხის და კომფორტის მიღწევას.

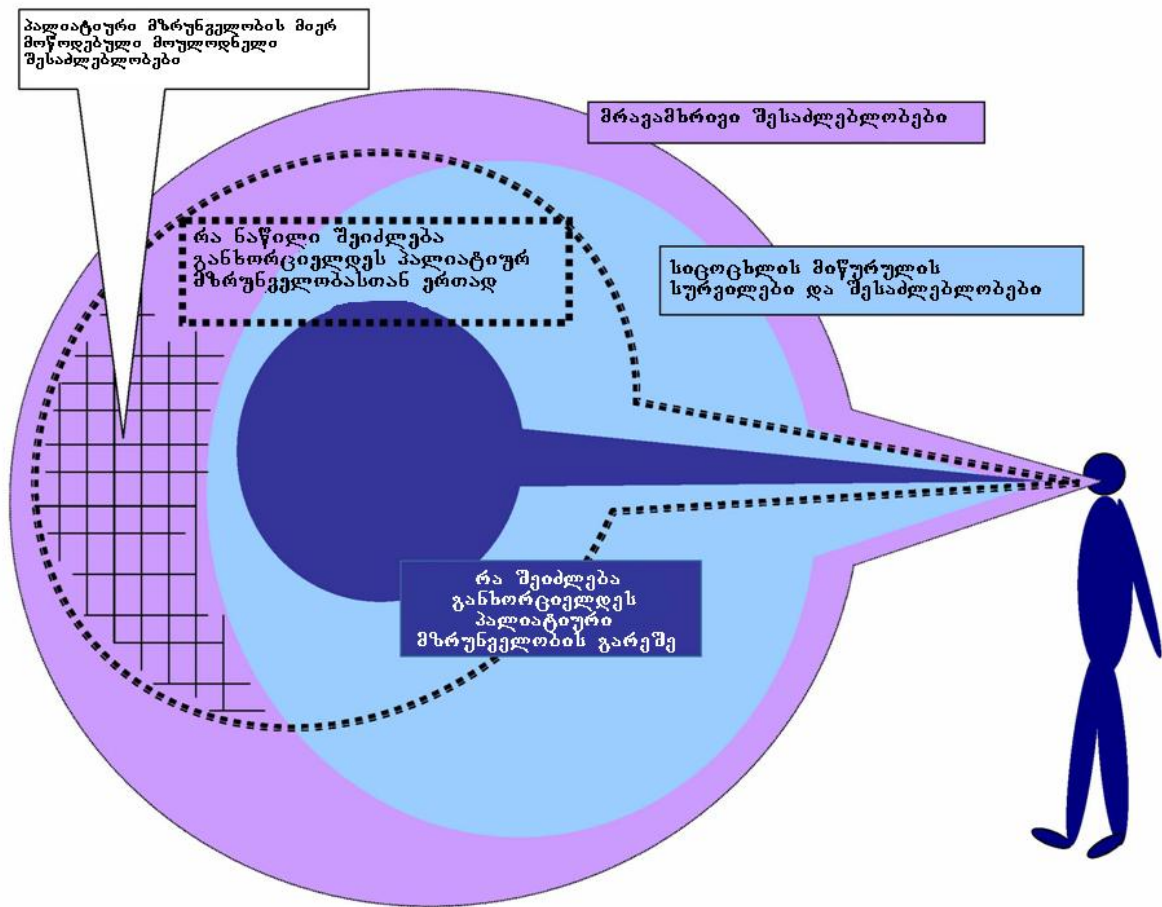


პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობა პერსონულ ჭრილში:

თითოეულ ადამიანს მთელი მისი სიცოცხლის მანძილზე აქვს უამრავი სურვილისა და შესაძლებლობის რეალიზაციის საშუალება. ქვემოთ მოტანილ სქემაზე ეს მრავალმხრივი შესაძლებლობანი (Overall life Possibilities) ასახულია დიდი იასამნისფერი წრით. ეს წრე მოიცავს ისეთ სურვილებსა და შესაძლებლობებს, როგორიცაა, სიყვარული, ოჯახის შექმნა, მეგობრებთან ურთიერთობა, მოგზაურობა, სპორტი, შემოქმედება, უსაფრთხოება, კომფორტი, გამდიდრება, შრომა, დასვენება და სხვა...

ცხადია, რომ ქრონიკულ დაავადებათა შორსწასული ფორმით შეპყრობილ პაციენტებში დაავადებით გამოწვეული მდგომარეობის გამო, სიცოცხლის

მიწურულისათვის, არა მარტო შესაძლებლობათა, არამედ სურვილითა წრეც მცირდება.



ნაკლებია შორეული გეგმების რეალიზაციასთან დაკავშირებული განწყობებიც. კონცენტრაცია ძირითადად ხდება ისეთ სურვილებსა და მათ რეალიზაციაზე, როგორიცაა ოჯახური სიმშვიდე, დასვენება, უსაფრთხოება, კომფორტი, დაავადების ჩივილებისაგან განთავისუფლება. ამ მდგომარეობას ასახავს მეორე, პირველთან შედარებით მცირე ზომის, ლურჯი წრე.

სამწუხაროდ, აღნიშნულ კონტინგენტს, უმეტეს შემთხვევაში ამ შემცირებულ სურვილთა და შესაძლებლობათა მხოლოდ ნაწილის რეალიზაციის საშუალება ეძლევა. დაავადების სხვადასხვა მტანჯველი და დამთრგუნველი სიმპტომები, განსაკუთრებით კი ტკივილი, აიძულებს პაციენტს უარი თქვას იმ შეზღუდულ სურვილთა და შესაძლებლობათა რეალიზაციაზეც, რაც მან თავისი სიცოცხლის მიწურულისათვის ივარაუდა. ამ მკვეთრად შეზღუდულ შესაძლებლობათა ამსახველია მე-3, მუქი ლურჯი წრე.

პალიატიური მზრუნველობა მოწოდებულია სწორედ მტანჯველი სიმპტომების შემცირებისა და პაციენტთა მაქსიმალური კომფორტის მიღწევისათვის. ტკივილის მოხსნა და სხვა სიმპტომების (გულისრევა, პირღებინება, კახექსია, ნაწოლები, და

მისთ.) კონტროლი საშუალებას აძლევს პაციენტს ბიოლოგიურად და სოციალურად შედარებით აქტიურად წარმართოს თავისი სიცოცხლის მიწურული, მით უფრო, თუ ის გარემოცულია არამარტო სამედიცინო, არამედ სოციალური და სულიერი დახმარებითაც.

ამდენად, დადასტურებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობით მნიშვნელოვნად იზრდება პაციენტის შესაძლებლობათა არეალი (ეს წრე სქემაზე მოცემულია პუნქტირით).

თავისთავად შეიძლება არაფერი იყოს იმაში გასაკვირი, რომ ასეთ პაციენტთა შესაძლებლობის ზღვარი ცხოვრების მიწურულს პალიატიური მზრუნველობის შემთხვევაში, უფრო ფართოა, ვიდრე მის გარეშე, რომ არა ერთი გარემოება: სქემაზე მოცემულია დაშტრიხული არე წარწერით: “პალიატიური მზრუნველობის მიერ შემოთავაზებულ მოულოდნელი შესაძლებლობები”.

სრულფასოვანი პალიატიური მზრუნველობით მოგვრილი კომფორტი შეიძლება იმდენად მნიშვნელოვანი იყოს, რომ ტერმინალურ პაციენტს, მისთვის მოულოდნელად, მიეცეს ისეთი შესაძლებლობა, რომელსაც ვერ ივარაუდებდა და რაც ნამდვილად ვერ მოხერხდებოდა პალიატიური მზრუნველობის გარეშე.

მაგალითად მოვიტან ცნობილი ქართველი რეჟისორის და საზოგადო მოღვაწის, პოეტისა და მთარგმნელის, რ. თაბუკაშვილის ლექს-შედევრს “ჩემს შვილიშვილებს – რეზოს და ბომბოს“, რომელიც მან, განუკურნელი სენით შეპყრობილმა, სიკვდილის წინა დღეს დაწერა და ანდერძად დაუტოვა არა მხოლოდ თავის შვილიშვილებს არამედ მთელ საქართველოს.

ტკივილის მოხსნით და სიმპტომთა კონტროლით მიღწეულმა კომფორტმა ბატონ რეზოს სულის სიმტკიცე დაუბრუნა, შემოქმედის აღმაფრენით კიდევ ერთხელ გამსჭვალა და ლექსი-შედევრით გაანათებინა თავისი უკანასკნელი გზა.

ამრიგად, კითხვას: “რას ნიშნავს პალიატიური მზრუნველობა პიროვნებისათვის?” შეიძლება ორი სიტყვით ასე გაეცეს პასუხი: **მოულოდნელ შესაძლებლობებს.**

და რადგანაც ამ მოულოდნელ შესაძლებლობებთან ზიარების შანსი რეალურად არსებობს, არ არსებობს ამ შანსის უგულებელყოფის უფლება. ძველი ბერძნული გამოთქმის თანახმად “ვაწყდები მოულოდნელობას – ე.ი. ვცოცხლობ”.

* * *

ამ სფეროში დაგროვილი დიდი საერთაშორისო გამოცდილების გაანალიზების საფუძველზე, 2003 წელს ევროსაბჭოს მიერ გამოცემული იქნა დოკუმენტი “ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის (2003) 24 რეკომენდაცია ევროსაბჭოს წევრ-ქვეყნებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციის თაობაზე”, როგორც სახელმძღვანელო, ქვეყნის პოლიტიკური, ჯანდაცვისა და სოციალური სფეროს ხელმძღვანელობისათვის.

ზოგიერთი ამონარიდი ამ დოკუმენტიდან:

- ქვეყნების მთავრობებმა უნდა “მიიღონ პალიატიური მზრუნველობის ყოვლისმომცველი ეროვნული პოლიტიკისათვის აუცილებელი საკანონმდებლო და სხვა ნორმატივები;
- პოპულარიზაცია გაუწიონ პალიატიური მზრუნველობის სფეროში აქტიურად მომუშავე ორგანიზაციებს, კვლევით ინსტიტუტებსა და სხვა სტრუქტურებს შორის საერთაშორისო ქსელურ თანამშრომლობას;

მაგალითისათვის, მოვიტანთ ინფორმაციას სამი სახელმწიფოს თაობაზე:

ესპანეთმა შეიმუშავა პალიატიური მზრუნველობის გეგმა, რომელიც მიღებული იქნა ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ინტერრეგიონული საბჭოს მიერ The Plan Nacional de Cuidados Paliativos; Bases Para Su Desarrollo (18 December 2000). გეგმა ითვალისწინებს უპირატესად საზოგადოებრივ დაფინანსებაზე მყოფი, პაციენტის საჭიროებებზე დაფოკუსებული პალიატიური მზრუნველობის შეთავაზებას; ჯანდაცვის სხვადასხვა დონეს შორის კოორდინაციის ხელშეწყობას; თანასწორობის უზრუნველყოფას, ხარისხის, ეფექტურობისა და ქმედითობის გაუმჯობესებას; სახელმწიფო გეგმის მიზანია, ხელი შეუწყოს:

- სხვადასხვა სექტორებს (არა მხოლოდ ჯანდაცვის სფეროს) შორის ინტერდისციპლინურ და კოორდინაციულ მუშაობას;
- ყურადღების გამახვილებას პალიატიური მზრუნველობის ისეთ ყველაზე გავრცელებულ ფორმაზე, როგორიცაა ბინაზე მოვლა;
- გაიდლაინებისა და სტანდარტების შემუშავებას;
- პროფესიონალებისა და ოჯახის წევრების განათლებას.

განათლებასთან მიმართებაში გეგმა განასხვავებს საწყის, შუალედურ და უმაღლესი განათლების აუცილებლობას, იმის გათვალისწინებით, თუ ჯანდაცვის სისტემის რომელ დონეზე ხდება მედიკოსისა და პაციენტის კომუნიკაცია. ესპანური

გეგმა ასევე მოიცავს ამ დიფერენცირებული განათლების მკაფიო აღწერილობას და კომპეტენციებს.

უნგრეთში, 1997 წლის ჯანდაცვის კანონი მოიცავს პალიატიური მზრუნველობის დეტალურად შემუშავებულ რეკომენდაციებს, რომლებიც ოფიციალურად ანიჭებს პაციენტებს სიმპტომების მართვისა და ახლობლების გარემოცვაში ცხოვრების მოთხოვნის უფლებას. კანონში მკაფიოდ არის აღწერილი ოჯახის წევრებისა და ნათესავების დახმარების და სულიერი მხარდაჭერის საკითხები.

უნგრეთის ჯანდაცვის სამინისტრომ, ორმოცდათექვსმეტმა პოსპისის გამაერთიანებელმა ფონდმა და პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციამ დაბეჭდა და გაავრცელა პროფესიონალური სახელმძღვანელოები (გაიდლაინი).

1999 წელს, ირლანდიაში, ჯანმრთელობისა და ბავშვთა სამინისტრომ დააარსა პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული საკონსულტაციო კომიტეტი, რომელმაც გამოაქვეყნა პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკის განზოგადებული რეკომენდაცია, რომელიც ეხება დაფინანსებასა და საორგანიზაციო საკითხებს. აღნიშნულ რეკომენდაციაში პალიატიური მზრუნველობა სახელმწიფო დაფინანსების ცალკე სფეროდ არის გამოყოფილი.

დღეისათვის არსებობს ხელმისაწვდომი და მეცნიერულად დასაბუთებული მკურნალობის საშუალებები ტკივილის, ასევე იმ სხვა მრავალი სიმპტომის მოხსნისათვის, რომლებიც ტანჯვას აყენებს არა მხოლოდ კიბოთი დაავადებულებს, არამედ ისეთი ქრონიკული სენით შეპყრობილ და დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ადამიანებს (მათ შორის, ხანში შესულებს და ბავშვებს), როგორცაა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ინსულტი, შიდსი და სხვა. ამდენად, არაეთიკურია იმ შესაძლებლობების გამოუყენებლობა, რასაც პალიატიური მზრუნველობა იძლევა აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების სიცოცხლის (ცხოვრების) ხარისხის გაუმჯობესებისათვის.

ტკივილი ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა ქრონიკულ ინკურაბელურ, განსაკუთრებით კი – ონკოლოგიურ პაციენტებში, სადაც მისი სიხშირე 55-95% -ს შეადგენს. აშშ-ის და საფრანგეთის მიერ წარმოებულმა მულტიცენტრულმა კვლევებმა უჩვენა, რომ კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის კონტროლი ხშირად არაადეკვატურია. ამის გამო მილიონობით ადამიანი იტანჯება და სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში განიცდის მკვეთრ დისკომფორტს. ქრონიკული ტკივილი იწვევს ფსიქოლოგიურ, ემოციურ, აფექტურ და უარყოფით

ეკონომიკურ ზემოქმედებას არა მხოლოდ პაციენტზე, არამედ მათი ოჯახის წევრებზეც.

არსებობს ტკივილის კონტროლის მეცნიერულად დასაბუთებული და მარტივი მეთოდი, რომლის დირექტულობა არ არის მაღალი და შესაძლებელია მოსახლეობის დიდი ნაწილის დახმარება. პალიატიური მზრუნველობა ყველა ადამიანის უფლებაა. პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებისათვის ამ მზრუნველობაზე უარის თქმა არა მარტო სამედიცინო და იურიდიული, არამედ ეთიკური "დანაშაულიცაა". დღეისათვის მსოფლიოში ტკივილის მართვისა და პალიატიური მზრუნველობის საქმეში დაგროვილი უზარმაზარი ცოდნის გამოყენება საშუალებას იძლევა სწრაფად და მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდეს როგორც კიბოთი შეპყრობილი ადამიანების, ისე ქრონიკული დაავადებების მქონე ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების სიცოცხლის ხარისხი.

ამასთანავე, საჭიროა სწორად გააზრება, რომ სიკვდილი სიცოცხლის ბუნებრივი გაგრძელებაა, ხოლო ამ ფენომენთან დაკავშირებული საზოგადოების ეროვნული, კულტურული, სოციალურ-ეკონომიკური და რელიგიური ტრადიციები ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც სამედიცინო დახმარება.

ქვეყნის პოლიტიკური ნება, სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მომზადება, საზოგადოების განათლება, საჭირო მედიკამენტების გამოყენების ნებადართულობა და ხელმისაწვდომობა კულტურული, რელიგიური და სოციალურ-ეკონომიკური დახმარების სისტემების უზრუნველყოფა – ეს ის საკითხებია, რომელთა მოგვარებაც ნაკლებად მტანჯველს გახდის ქრონიკული უკურნებელი სენით დაავადებულთა სიცოცხლეს.

დღეს მსოფლიოში არსებობს მნიშვნელოვანი ცოდნა არასაჭირო ტანჯვისაგან განთავისუფლებისათვის. ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე სტრატეგია გთავაზობს საუკეთესო მიდგომას იმისათვის, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული თანამედროვე ცოდნა და უნარ-ჩვევები მოსახლეობის ნებისმიერი წევრისათვის იქნება ხელმისაწვდომი.

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უფრო ეფექტური რომ გახდეს, ქვეყნების მთავრობებმა ეს სტრატეგიები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა დონეზე უნდა გამოიყენონ.

**ზოგადად პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების თაობაზე
(ზოგიერთი სტატისტიკური მონაცემი) (ჯანმოს მასალებიდან).**

- წელიწადში მთელს მსოფლიოში კვდება ~ 58 მილიონი ადამიანი (45 – მილიონი განვითარებად ქვეყნებში, 13 მილიონი – განვითარებულ ქვეყნებში). გამოკვლეულია, რომ მინიმუმ 60% (35 მილიონი) კვდება ხანგრძლივი, მძიმე დაავადებისაგან და საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას.
- ამჟამად, მსოფლიოში 60 წლის და ამ ასაკს გადაცილებული 600 მილიონი ხანდაზმული ადამიანი არსებობს, რომელებიც ამა-თუ-იმ დოზით ასევე საჭიროებენ პალიატიურ მზრუნველობას.
- თუ ჩავთვლით, რომ თითოეული პაციენტის მზრუნველობაში ოჯახის მინიმუმ ორი წევრი იღებს მონაწილეობას, და ეს მათთვის მნიშვნელოვანი ტვირთია, მაშინ ცხადი ხდება, რომ პალიატიური მზრუნველობის საშუალებით მთელს მსოფლიოში, ყოველწლიურად მრავალი მილიონი ადამიანის სიცოცხლის ხარისხი გაუმჯობესდება.

პალიატიური მზრუნველობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სიმსივნითა და შიდსით დაავადებულ პაციენტთათვის, ვინაიდან მტანჯველი სიმპტომებით განპირობებული პრობლემები მათთვის განსაკუთრებით მძიმეა.

- ყოველწლიურად სიმსივნით ახლად დაავადებული ყოველი 10 მილიონი პაციენტიდან ~ შვიდი მილიონი არ განიკურნება და გარდაიცვლება დიაგნოზის დასმიდან ერთი წლის განმავლობაში.
- სიმსივნით დაავადებულთა 60% განიცდის მძიმე ტკივილს.
- შიდსით ყოველწლიურად სამი მილიონი პაციენტი კვდება.

ჯანმოს ექსპერტთა აზრით, მსოფლიოს მოსახლეობის ასაკის სწრაფმა ტემპსთან დაკავშირებული მრავალრიცხოვანი ე.წ. “არაკომუნიკაციური” დაავადებების მატეხასთან ერთად, მომავალი 50 წლის განმავლობაში მოთხოვნილება პალიატიურ მზრუნველობაზე შესამჩნევად გაიზრდება.

- თანამედროვე გამოთვლით ყოველწლიურად სიმსივნით ახლად დაავადებულთა რიცხვი 24 მილიონია. 2050 წლისათვის სიმსივნით დაავადების კოეფიციენტი ორჯერ და მეტად გაიზრდება.

- თუ პრევენციული ზომები შედეგს არ გამოიღებს, შიდსით გამოწვეული წლიური სიკვდილიანობა 2015 წლისათვის ოთხ მილიონამდე, ხოლო 2030 წლისათვის კი ექვს მილიონამდე გაიზრდება.

მრავალი პაციენტი მთელს მსოფლიოში დაგვიანებით მიმართავს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას უკვე დაავადების შორსწასული ფორმით მათი დაავადების კონტროლისათვის საჭირო მკურნალობა ხშირად არაეფექტურია და დაკავშირებულია მრავალრიცხოვან გვერდით მოვლენასთან, რაც იწვევს ტანჯვის მატებას და ამასთანავე, მკურნალობის ხარჯების გაძვირებას. თუ ასეთი პაციენტებისათვის პალიატიური მზრუნველობა ხელმისაწვდომი იქნება, ის მათ უდიდეს სარგებლობას მოუტანს მინიმალურ ფასად – მათი შეზღუდული სიცოცხლის ხანგრძლივობის მთელ დარჩენილ პერიოდში.

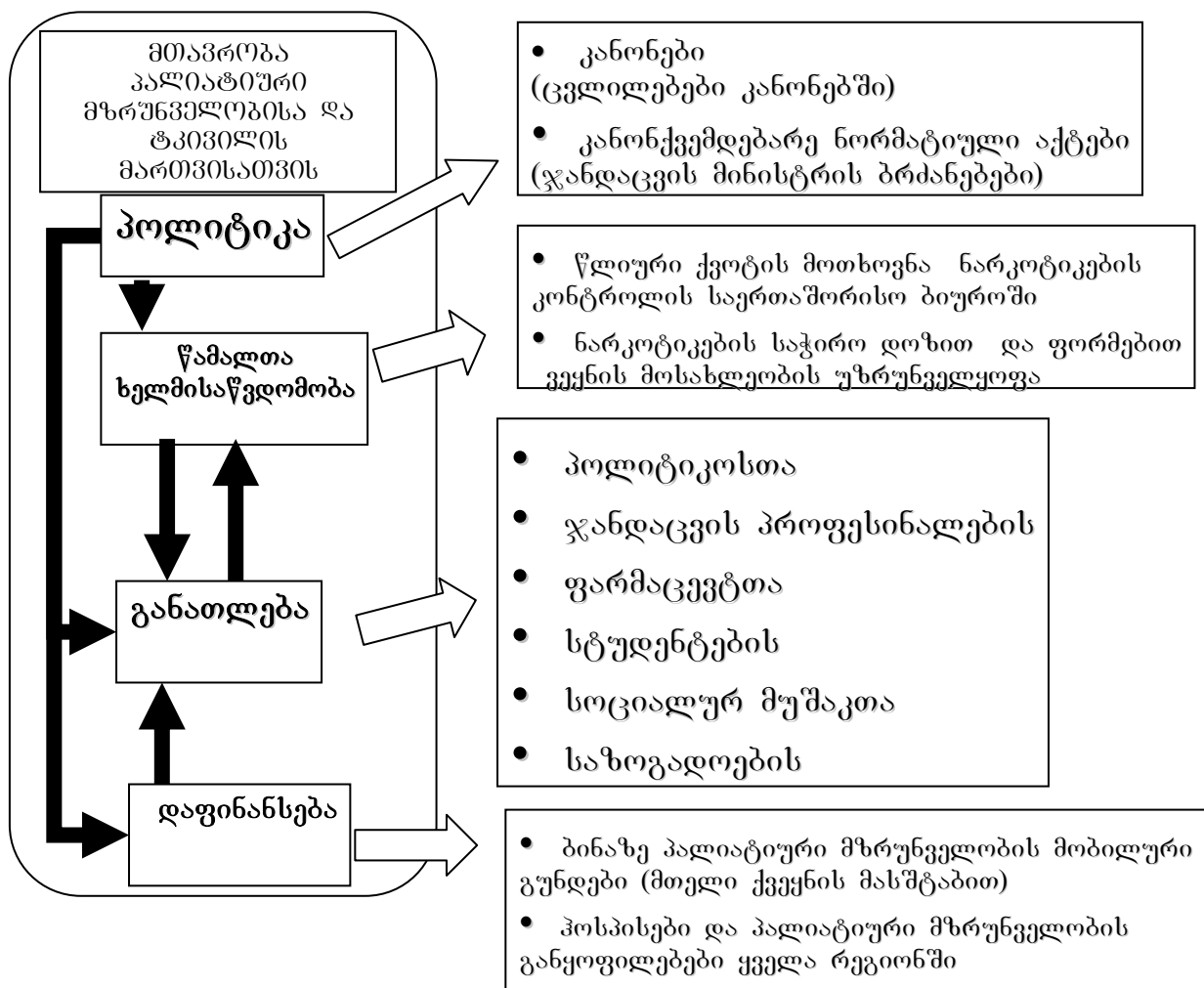
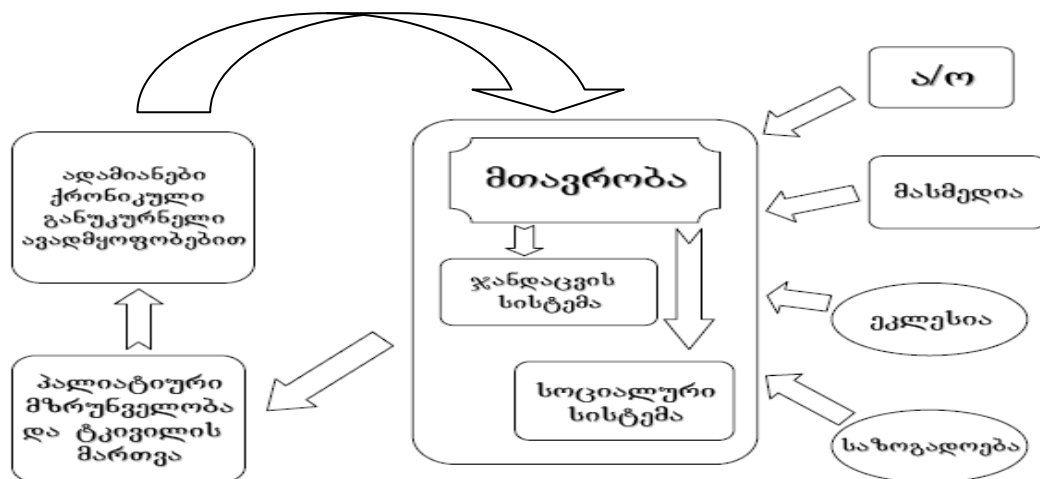
მსოფლიოს განვითარებულ ნაწილშიც კი, როდესაც პაციენტები უფრო დროულად მიმართავენ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას და როდესაც არსებობს მათი განკურნების შანსი, მკურნალობა-მოვლაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა უზრუნველყოფს მათი სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას.

სამწუხაროდ, მიუხედავად იმისა, რომ ტკივილის კონტროლისა და ტანჯვის შემცირების ცოდნაც და გამოცდილებაც არსებობს, ტრაგედიაა, რომ მსოფლიოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის პალიატიური მზრუნველობა არ არის ხელმისაწვდომი. ამასთანავე, პალიატიური მზრუნველობის სისტემის არსებობის ყველაზე დიდი საჭიროება სწორედ განვითარებად ქვეყნებშია, რომელიც მსოფლიო სიკვდილობის 3/4 მოდის (~45 მილიონი შემთხვევა), ხოლო ჯანმრთელობის დაცვის რესურსები კი ძალიან მწირია.

ტკივილი, როგორც პრობლემა

ტკივილის მართვის გარეშე პალიატიური მზრუნველობა შორს არის სრულყოფილებისაგან. ასეთ ვითარებაში კი, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ზოგადად, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაც არასრულყოფილია.

ტკივილის მართვის პრობლემის მოგვარება პალიატიურ მზრუნველობას დაქვემდებარებული ავადმყოფებისათვის დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე (იხ. სქემები)



მათ შორის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია:

- შესაბამისი კანონმდებლობის მიღება (არსებულის დახვეწა-გაუმჯობესება) და მისი სწორი და დროული იმპლემენტაცია;
- ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლება;

- ტკივილგამაყუჩებელ წამალთა (ოპიოიდთა) ფორმების მრავალფეროვნებისა და მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების განათლება და ადეკვატური ინფორმირება (რაც იგივეა – საზოგადოების განათლება და ინფორმირება);
- საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბება, რომ ტკივილი არამარტო სამედიცინო-ბიოლოგიური და/ან პერსონული პრობლემაა, არამედ ეთიკურიც და სოციალურიც, ამიტომაც მისი მოგვარება მთელი საზოგადოების ამოცანაა.

ყველა ამ პრობლემების მოგვარებას გააჩნია მნიშვნელოვანი პოლიტიკური და მეთოდური წანადგვრები. მათ შორის:

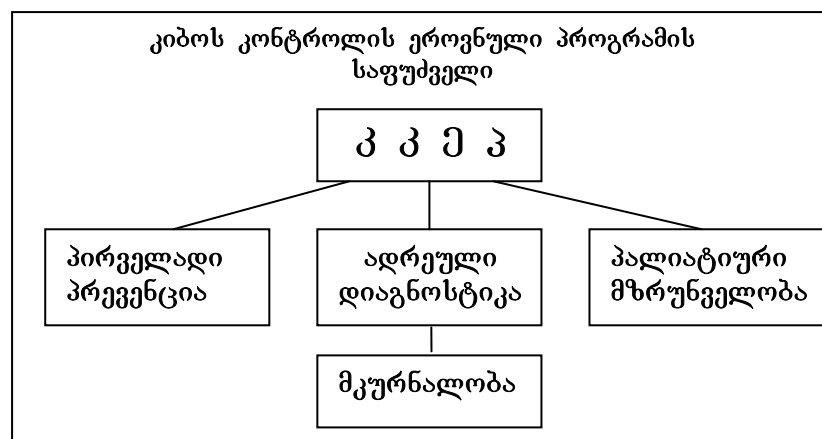
I. ევროსაბჭოს მინისტრთა კაბინეტის რეკომენდაციები 2003 (2/4) წევრ ქვეყნებს (ზემოთ აღვნიშნეთ).

II. *ჯანმო-ს რეკომენდაციები წონასწორობის მიღწევა ოპიოიდების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში (2000 წ.)*

პირველი იძლევა რეკომენდაციებს პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მოხსნის პოლიტიკურ, ორგანიზაციულ და ადამიანის უფლებათა დაცვის, ხოლო მეორე – სამედიცინო და ჯანდაცვის ორგანიზაციის კუთხით.

ჯანმო-ს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი

1990 წელს ჯანმო-მ მიმართა წევრ ქვეყნებს, რომ პალიატიური მზრუნველობა შესულიყო ჯანმრთელობის დაცვის არსებულ სისტემაში. ეს მიმართვა მოიცავდა მთავრობებისადმი რჩევებსა და მითითებებს იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა დაინერგოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამები. კერძოდ, ნაჩვენები იყო, რომ პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს კიბოს კონტროლის ოთხი ძირითადი კომპონენტიდან ერთ-ერთს. ამასთანავე, სხვადასხვა სიმსივნის შემთხვევაში აღნიშნული კომპონენტების ხვედრითი წილი სხვადასხვაა.



პრიორიტეტები მსოფლიოში ცხრა ყველაზე გავრცელებული სიმსივნისათვის

სიმსივნის ტიპი	პირველადი პრევენცია	ადრეული აღმოჩენა	მკურნალობა	პალიატიური მზრუნველობა
ფილტვის	++	-	-	++
კუჭის	+	-	-	++
კოლორექტალური	+	+	+	++
ძუძუს	-	++	++	++
საშვილოსნოს ყელის	++	++	++	++
პირის ღრუს/ხახის	++	++	++	++
საყლაპავის	-	-	-	++
ღვიძლის	++	-	-	++

მოტანილი სქემის გათვალისწინებამ მრავალი ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მოდელში ხელი შეუწყო სწორედ იმ კომპონენტების განვითარებას, რომელიც ზემოთ იყო ჩამოთვლილი, კერძოდ:

- 1) სათანადო პოლიტიკის შემუშავება,
- 2) შესაბამისი წამლების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა,
- 3) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე სპეციალისტებისა და საზოგადოების განათლება,
- 4) პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის დანერგვის ორგანიზაციული და ფინანსური ხელშეწყობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ყველა რგოლში და შესაბამისად, საზოგადოების ყველა ფენაში.

ქვემოთ მოტანილია ჯანმრთელობის ექსპერტთა მიერ მოწოდებული სქემა, თუ რა და რა მიმართულებების და როგორი პოლიტიკური გადაწყვეტილებებია მისაღები ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის, როგორც ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის განუყოფელი ნაწილის განვითარებისათვის.

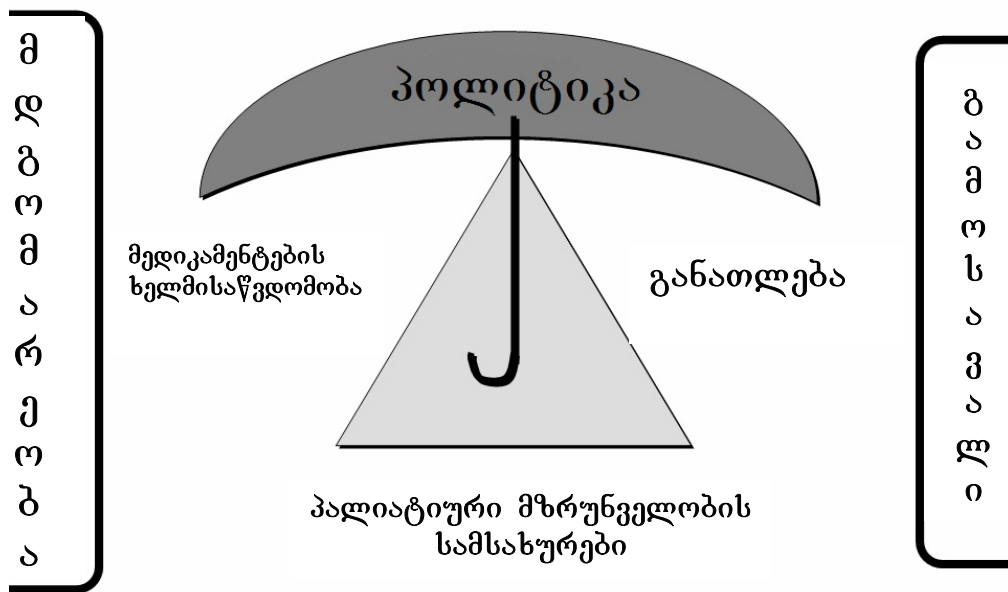
ამასთანავე, ეს პროცესები ყოველთვის უნდა განხორციელდეს ისეთ რეალობათა გათვალისწინებით, როგორიცაა ეროვნული კულტურა, დაავადებათა დემოგრაფიული მაჩვენებლები, სოციალური-ეკონომიკური ფაქტორები და ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მოდელი.

ჯანმო -ს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგია

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში დოქტორ იან სტჯერნსვორდის (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კიბოს ცონტროლის განყოფილების ყოფილი ხელმძღვანელი, *ჟენევა, შვეიცარია*) ხელშეწყობით შემუშავდა ჯანმოს საზოგადოებრივის ჯანდაცვის სტრატეგია, რომელიც გამიზნული იყო ჯანდაცვის არსებულ სისტემაში პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრირებისათვის.

“საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანია დაიცვას და გააუმჯობესოს საზოგადოების ჯანმრთელობა და სიცოცხლის ხარისხი - ახალი ცოდნის და უნარების გარდაქმნით მტკიცებით მედიცინაზე დაფუძნებულ, ხარჯთეფექტურ ღონისძიებებში, რაც ყველასათვის ხელმისაწვდომს გახდის მათ”

ჯანმოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პალიატიური მზრუნველობის მოდელი



განვითარების საფეხურები

პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ექსპერტებმა – ი. სტჯერნსვორდმა, კ. ფოლეიმ და ფ. ფერისმა (*შენიშვნა: სამივე დასახელებულმა ექსპერტმა დიდი წვლილი შეიტანა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის, როგორც სისტემის საფუძვლების შექმნაში*) გამოყვეს არსებულ ჯანდაცვის სისტემაში პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციის განვითარების საფეხურები. ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარებასა და დანერგვისათვის აუცილებელია:

- დაინტერესებული მხარეების განსაზღვრა (ეს ეხება როგორც ეროვნულ, ასევე რეგიონულ გადაწყვეტილების მიმღებებსა და განმახორციელებლებს);
- საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის პერმანენტული ანალიზი იმის კონტროლისათვის, განიხილება თუ არა ტკივილის მოხსნა და პალიატიური მზრუნველობა, როგორც პრიორიტეტები;
- ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფის შესაძლო დაფინანსებისა და მომსახურების მიწოდების მოდელის ანალიზი (განსაზღვრა, თუ რამდენად შეიძლება იყოს უზრუნველყოფილი პალიატიური მზრუნველობა, როგორც ბინაზე, ასევე მოკლე თუ გრძელვადიანი მკურნალობის ორგანიზაციებში – (სპეციალიზებული სამსახურებისა და პალიატიური მზრუნველობის მობილური ჯგუფების ჩათვლით);
- პალიატიური მზრუნველობის აღმოჩენი ექიმებისა და სხვა პროფესიონალების ცოდნის, დატვირთვის და ანაზღაურების შეფასება.

* * *

როგორც აღინიშნა, ტკივილის კონტროლი წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის ერთ-ერთ უმთავრეს მიზანს. ამის მიღწევა კი შეუძლებელია ოპიოიდების (ნარკოტიკული ანალგეზიურ საშუალებების) გამოყენების სწორი პოლიტიკის გარეშე.

ნარკოტიკული საშუალებების ხელმისაწვდომობა

ვინაიდან ოპიოიდებს გააჩნიათ მიჩვევის პოტენციალი - ისინი მიეკუთვნებიან კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებებს, რომლებიც რეგულირდება გაეროს 1961 წლის “ერთიანი კონვენციით” – ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ (1972 წლის პროტოკოლის ცვლილებებით), რომელიც ძალაშია 1964 წლიდან.

“ერთიანი კონვენციის” არსია: ადამიანთა კეთილდღეობისთვის, სამედიცინო მიზნით აუცილებელია ნარკოტიკული საშუალებების ადეკვატური მარაგის შექმნა; ასევე, კონვენცია აღიარებს, რომ წამალზე დამოკიდებულება წარმოადგენს სოციალურ და ეკონომიურ საფრთხეს მსოფლიო მასშტაბით; 1961 წლის კონვენციის მიზანია, რომ ნარკოტიკების მოხმარება შემოიფარგლოს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებით უზრუნველყოფილ იყოს კანონიერი გამოყენების ხელმისაწვდომობა, ამასთანავე, ხორციელდებოდეს მისი არამიზნობრივი

გამოყენების და დივერსიის მკაცრი კონტროლი და აღკვეთა. კონვენციის თანახმად 17-2^ა

ქვეყნების მთავრობები უნდა ითვალისწინებდნენ ამ კონვენციის რეკომენდაციებს, რომელსაც 2005 წლისთვის მსოფლიოს 210 ქვეყნიდან 181 შეუერთდა, მათ შორის საქართველოც.

ნარკოტიკული საშუალებების საერთაშორისო კონტროლის კომპეტენცია ორ საერთაშორისო ორგანიზაციას გააჩნია: ნარკოტიკული საშუალებების კომისია (CND) და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტი (INCB).

ნარკოტიკული საშუალებების კომისია - შეიმუშავებს რეკომენდაციებს ნარკოტიკული საშუალებების ლეგალური ბრუნვის თაობაზე (ჯანმო-ს რეკომენდაციების გათვალისწინებით);

INCB წარმოადგენს მაკონტროლირებელ ორგანოს, რომელიც 1968 წლიდან ნერგავს გაეროს ზემოაღნიშნულ კონვენციას,

ამოწმებს თუ რამდენად ადექვატურია ამა თუ იმ ქვეყნის მომარაგება ნარკოტიკული საშუალებებით სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის და აკონტროლებს, რომ არ მოხდეს კანონიერი ბრუნვის კალაპოტიდან წამლის დივერსია არაკანონიერ ბრუნვაში. 17-2^ბ

ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის მიერ მოწოდებულია და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ გამოიყენება ტკივილგაყუჩებისათვის საჭირო ოპიოიდების რაოდენობის გამოთვლის შემდეგი მეთოდები:

- 1) პოპულაციაზე დაფუძნებული – ეყრდნობა მოსახლეობაში გავრცელებული ძირითადი დაავადებების ეპიდემიოლოგიურ მაჩვენებლებს;
- 2) მომსახურეობაზე დაფუძნებული – ემყარება ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მომსახურეობის სახეებს და რესურსებს;
- 3) ხარჯვაზე დაფუძნებული – ემყარება წინა წლების მოხმარების მაჩვენებელს. (ეს მეთოდი გამართლებულია იმ ქვეყნებისათვის, სადაც ხარჯვის მაჩვენებელი ემყარება რეალურ მოთხოვნებს).
- 4) ხარჯვაზე დაფუძნებულ გამოთვლებს ემატება მოხმარების ზრდის მოხმარების ზრდის კოეფიციენტი.

საქართველოში ნარკოტიკულ საშუალებებზე მოთხოვნის დადგენა ხდება პოპულაციაზე დაფუძნებული მეთოდით, ანუ ავადობის სტრუქტურის მიხედვით, ხოლო ამ საშუალებების შესყიდვა ემყარება წინა წლების მოხმარების მაჩვენებელს, ანუ ხარჯვაზე დაფუძნებულ მეთოდს.

“ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება აუცილებელია ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქებისთვის უნდა შეიქმნას ადექვატური მარაგი მსგავსი

მიზნებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების უზრუნველსაყოფად.” (შესავალი, პარ. 3)

“INCB კვლავ მოუწოდებს ყველა დაინტერესებულ მთავრობას თავის ქვეყანაში შეისწავლონ ტკივილის სამკურნალოდ ოპიოიდური საშუალებების გამოყენების ხელის შემშლელი ფაქტორების იდენტიფიკაცია და მიიღონ ზომები, რომ გააუმჯობესონ ნარკოტიკული საშუალებების სამედიცინო მიზნით ხელმისაწვდომობა, ჯანმო-ს რეკომენდაციების შესაბამისად.”

ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებას წარმოადგენს, რომ იყოს ტკივილისგან თავისუფალი. ეს უფლებაა და არა მოთხოვნა, იმის გამო, რომ ტკივილი არის დაუშვებელი (კონტროლირებადი) ფენომენი. ეს უფლება აგიარებულია ეკოსოკოს (გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის (UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ECOSOC)) მიერ და წარმოადგენს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებას.

ეს უფლება რაც ხშირად ირღვევა იმ მთელი რიგი კომპლექსური მიზეზების გამო, რომელიც უკავშირდება ოპიოიდების ლეგალურ ბრუნვას, მათ მარეგულირებელ ნორმატიულ აქტებს, განათლების ნაკლებობას და სტიგმას, რომელსაც მყარად აქვს გადგმული ფესვები როგორც ექიმთა, ასევე ფართო საზოგადოებაში.

ეკოსოკოს მიერ მთავრობებისათვის განსაზღვრულ 4 ფუნდამენტურ ვალდებულებებს შორის ერთ-ერთი ეხება “ძირითადი სამკურნალო საშუალებების (ჯანმოს “ძირითადი სამკურნალო საშუალებების” შესაბამისად) ხელმისაწვდომობას /ტკივილის მართვა და ჯანმრთელობის უფლება/.

ჯანმო-ს კიბოსმიერი ტკივილის მართვისა და აქტიური დამხმარე მზრუნველობის საექსპერიმენტო კომიტეტმა (WHO Expert Committee On Cancer Pain Relief and Active Supportive Care) 1990 წელს განაცხადა, რომ: “ტკივილისგან გათავისუფლება უნდა განვიხილოთ როგორც თითოეული ონკოლოგიური ავადმყოფის უფლება, ხოლო ტკივილგამაყუჩებელთა ხელმისაწვდომობა – როგორც ამ უფლებისადმი პატივისცემის გამოხატულება”.

1996 წელს ვისკონსინის უნივერსიტეტის მრავალდარგობრივ ონკოლოგიურ ცენტრში (ამჟამად პოლ პ. კარბონის სახელობის მრავალდარგობრივი ონკოლოგიური ცენტრი, მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სკოლა) შექმნილი ტკივილისა და პოლიტიკის შემსწავლელი ჯგუფი (PPSG) მუშაობდა მეთოდების შემუშავებისათვის, რომელიც იმ ეროვნულ პოლიტიკათა შეფასებისა და

გაუმჯობესებისათვის, რომელიც მართავს ძლიერი ტკივილის გაყუჩებისათვის აუცილებელი წამლების ხელმისაწვდომობას მთელს მსოფლიოში.

ცოტა ხნის წინ ეს ჯგუფი იქცა ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციასთან (ჯანმო) თანამშრომლობის ცენტრად (ჯანმოთც). თანამშრომლობა გათვალისწინებულია 2010 წლამდე. ჯგუფის მიერ მოწოდებულია ტკივილის გაყუჩებისათვის საჭირო წამლებით უზრუნველყოფის გაუმჯობესების დამატებითი საშუალებები:

www.painpolicy.wisc.edu/Achieving_Balance/index.html

რატომ უნდა იყოს გამახვილებული ყურადღება ოპიოიდურ ანალგეტიკებზე?

ოცზე მეტი წლის წინ, ჯანმრთელობის დაცვის სართაშორისო ორგანიზაციებმა დაადგინეს, რომ სიმსივნით გამოწვეული ტკივილი უმეტესწილად შეიძლება მოიხსნას ტკივილგაყუჩების მარტივი მეთოდის საშუალებით და რომ ყველა ეროვნულმა მთავრობამ უნდა დანერგოს სიმსივნით გამოწვეული ტკივილისაგან გათავისუფლების პროგრამა. ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულია ტკივილგაყუჩების მეთოდი, რომელიც ასევე მისაღებია აივ/შიდსით და არაონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული ტკივილის გაყუჩებისათვის. ეს მეთოდი დამოკიდებულია მორფინისა და სხვა ოპიოიდების გამოყენების ნებადართულობაზე და პაციენტისათვის მათ ხელმისაწვდომობაზე.

იმის გათვალისწინებით, რომ ოპიოიდები მკაცრად კონტროლდება, როგორც ნარკოტიკული საშუალებები, მათი ბოროტად გამოყენებისა და წამლებზე დამოკიდებულების განვითარების საშიშროების გამო, ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულია, რომ მთავრობებმა შეაფასონ ნარკოტიკული ნივთიერებების კონტროლთან დაკავშირებული თავიანთი პოლიტიკა და ინსტრუქციები იმის უზრუნველსაყოფად, რომ პაციენტებმა შეუფერხებლად მიიღონ ოპიოიდური პრეპარატები, რომლებიც აუცილებელია ტკივილის მოსახსნელად. ასევე, წაახალისონ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს თანამშრომლები, რომ მიმართონ შესაბამის სახელისუფლებო ორგანოებს ნებისმიერ შემთხვევაში, როდესაც სიმსივნით დაავადებული პაციენტებისათვის პერორალური ოპიოიდები არ იქნება ხელმისაწვდომი.

ნარკოტიკული ნივთიერებების კონტროლის საერთაშორისო კომისია მიუთითებს ოპიოიდების საჭიროებისა და მოხმარების შეუსაბამობაზე: განვითარებადი ქვეყნების უმრავლესობას აქვს ოპიოიდების მაღალი საჭიროება და

მოხმარების დაბალი მაჩვენებლები, ხოლო განვითარებული ქვეყნების გარკვეული ნაწილი მარაგის უდიდეს წილს მოიხმარს.

ვითარების გამოსწორებისათვის მნიშვნელოვანია, რომ მთავრობებმა დაიცვან ბაპრო-ს შეთანხმების სპეციალური პირობები, რომლიც არეგულირებს ოპიოიდების მოხმარებას: 1961 წლის ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკული ნივთიერებების თაობაზე, 1972 წლის პროტოკოლის მიხედვით შეტანილი შესწორებებით.

აუცილებელია, რომ ის პირები, ვისაც ეხება სიმსივნითა და აივ/შიდსით გამოწვეული ტკივილის გაყუჩების პრობლემის მოგვარება და/ან პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესება, უნდა სწავლობდნენ ნარკოტიკულ ნივთიერებათა რეგულაციის სისტემას და მზად უნდა იყვნენ თავიანთ მთავრობებთან თანამშრომლობისათვის. ამ დებულებას ჯანმო ასე აყალიბებს: “პალიატიური მზრუნველობის პროგრამა ვერ იარსებებს, თუ ის არ იქნება დაფუძნებული რაციონალურ, ნარკოტიკული ნივთიერებების მართვის ეროვნულ პოლიტიკაზე და იმ ინსტრუქციებზე, რომლებიც ტანჯვაში მყოფი პაციენტებისათვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის გაადვილების საშუალებას იძლევა”.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ 2000 წელს ჯანმო-მ გამოაქვეყნა დოკუმენტი სახელწოდებით “ბალანსის მიღწევა ოპიოიდების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში” (ამჟამად არსებობს მისი ვერსიები 22 ენაზე, მათ შორის ქართულზეც (დანართი 17) ქართული ვერსია მომზადებულია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამის კოორდინატორის ოფისის მიერ. ამ დოკუმენტში წარმოდგენილია 16 კრიტერიუმი, რომლებიც შეიძლება გამოყენებული იქნას ქვეყნების მთავრობებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალების მიერ ოპიოიდების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის შესაფასებლად, რათა განისაზღვროს, არსებობს თუ არა გაუმართლებელი შეზღუდვები. რეკომენდაციები გამომდინარეობს წამლების კონტროლის პოლიტიკაში “ბალანსის” საერთაშორისო პრინციპიდან, რომელიც ამტკიცებს, რომ მთავრობებს აქვთ არა მხოლოდ ნარკოტიკული ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების თავიდან აცილების, არამედ აგრეთვე ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების სამედიცინო მიზნებისათვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ვალდებულება. მეტიც, ნარკოტიკული ნივთიერებების ბოროტად გამოყენებისა და გავრცელების თავიდან აცილების მცდელობები არ უნდა მოქმედებდეს პაციენტის ტკივილისაგან გათავისუფლებისათვის საჭირო, სათანადო ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების ხელმისაწვდომობაზე.

ოპოიდეური ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენების ნებადართულობისა და სათანადო ხელმისაწვდომის უზრუნველყოფის ხელშეწყობისაკენ მიმართული ნებისმიერი მცდელობა უნდა შეესაბამებოდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას, რომლის შემადგენელი ნაწილებიც, თავის მხრივ, უნდა ახორციელებდეს და პასუხობდეს პაციენტებზე ზრუნვასთან დაკავშირებულ ამოცანებს:

- სახელმწიფოს მიერ კონტროლირებული ნარკოტიკული ნივთიერებების მართვის პოლიტიკისა და გავრცელების სისტემების ცოდნა;
- სუსტი მხარეებისა და იმ შეზღუდვების გამოვლენა, რომლებიც ხელს უშლიან ოპოიდების ხელმისაწვდომობას ლეგალური მოხმარებისათვის;
- აუცილებელი მკურნალობის დანიშვნა;
- შედეგების მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში განახლებული მკურნალობა.

შენიშვნა:

საკანონმდებლო დონეზე, ეს პრობლემები საქართველოში მოგვარებულია: კერძოდ, 2008 წელს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულია ცვლილებები და დამატებები საქართველოს ოთხ კანონში (კანონები: “ჯანდაცვის შესახებ”, “საექიმო საქმიანობის შესახებ”, “პაციენტის უფლებების შესახებ” და “ნარკოტიკების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეპურსორების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ”), რომლიც ხელს უწყობს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარებასა და მის ინტეგრაციას ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში; მათ შორის:

კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“

მუხლი 1. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში (პარლამენტის უწყებანი, №47-48, 31.12.1997, გვ. 126) შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილებები და დამატებები:

1. მე-3 მუხლის:

ა) „ტ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ტ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას;“;

ბ) „ტვ“ ქვეპუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის „ტ4“ და „ტ5“ ქვეპუნქტები:

„ტ4) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება;

გ) „ქ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ე) სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება“;

დ) „ჩ1“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ჩ1) სამედიცინო საქმიანობა – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან და შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო მომსახურების პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს“;

ე) „ც“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ც) სამედიცინო ჩარევა – ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელსაც ატარებს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით“.

.....

7. კანონს დაემატოს შემდეგი შინაარსის 1542 მუხლი:

„მუხლი 1542

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 2007 წლის 1 ოქტომბრამდე შეიმუშაოს და დაამტკიცოს „ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ“.

მუხლი 2. ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

*საქართველოს პრეზიდენტი მიხეილ სააკაშვილი
თბილისი, 2007 წლის 8 მაისი.*

კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“

მუხლი 1. „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 33, 23.12.2002, მუხ. 162) მე-8 მუხლს დაემატოს შემდეგი შინაარსის 11 პუნქტი:

„11. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა მიზნებისათვის, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად“.

მუხლი 2. ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი მიხეილ სააკაშვილი

თბილისი, 2007 წლის 8 მაისი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა 2008 წლის 10 ივლისს № 157/ნ ბრძანებით დაამტკიცა პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქცია,

აღიარებულია, რომ სისტემის გამართული მუშაობა მისი ყველაზე სუსტი რგოლის მდგომარეობაზე დამოკიდებული.

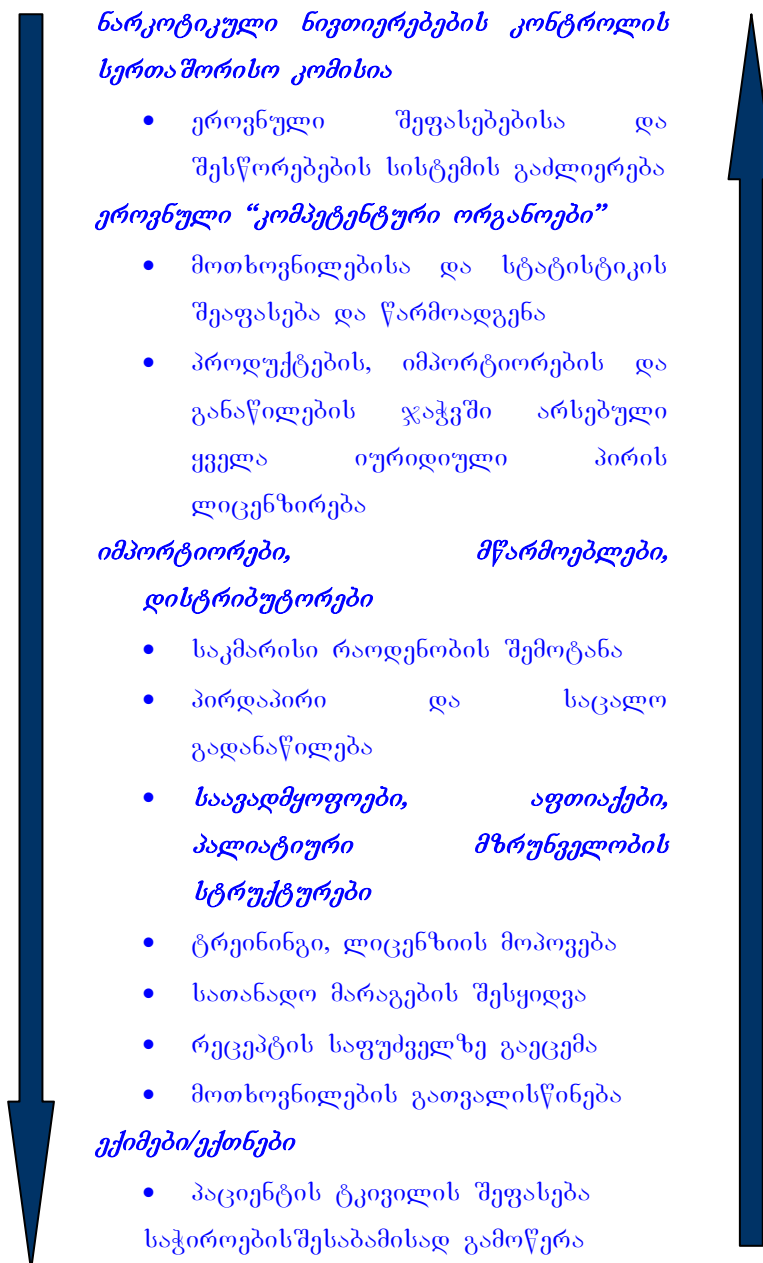
ამრიგად, მნიშვნელოვანია, გაირკვეს, თუ რა უშლის ხელს საკანონმდებლო-ნორმატიულ მოთხოვნათა კვალიფიციურ იმპლემენტაციას, რა ცვლილებებია

განსახორციელებელი პაციენტთა ოპიოიდებით უზრუნველყოფის პროცესის პროტოკოლში?!

2006 წელს PPSG-მ გადააკეთა და გააფაროვა საკუთარი ვებ-გვერდის საერთაშორისო ნაწილი (ახალი URL: www.painpolicy.wisc.edu) სადაც განთავსებულია მრავალმხრივი ინფორმაცია ოპიოიდების გლობალური, რეგიონული და ეროვნული მასშტაბით მოხმარების შესახებ და ქვეყნის პროფილები.

ქვემოთ მოტანილი სქემა ასახავს ოპიოიდების გავრცელების სისტემის ძირითად კომპონენტებს, და მიუთითებს, რომ ინფორმაცია ოპიოიდებზე მოთხოვნის შესახებ აღმავალი გზით უნდა ვრცელდებოდეს (პაციენტებისაგან – რეგულატორებისაკენ), ხოლო ორგანიზაციული უზრუნველყოფა კი - დაღმავალია გზით:

განაწილების სისტემა, როგორც - ხელმისაწვდომობის გარანტია



საერთაშორისო სტიპენდია ტკივილის პოლიტიკაში

ტკივილის მართვისა და პალიატიური მზრუნველობის პროფესიონალთა რიცხვის გაზრდის მიზნით, რომლებიც მხარს დაუჭერენ ოპიოიდების ხელმისაწვდომობას, PPSG-მ ღია საზოგადოების ინსტიტუტის გრანტის დახმარებით დააწესა საერთაშორისო სტიპენდია ტკივილის პოლიტიკაში (International Pain Policy Fellowship - IPPF). 2006 წლის ოქტომბერში, მედისონში ჩატარებულ პირველ სასწავლო სესიაზე ერთკვირიან სასწავლო ტრეინინგის პროგრამაში მონაწილეების მისაღებად სხვადასხვა ქვეყნიდან რვა სტიპენდიანტი ჩავიდა. 2008 წლიდან საქართველოსაც ყავს თავისი სტიპენდიანტი (ფატი ძოწენიძე).

ამასთანავე, PPSG აღიარებს, რომ არ არსებობს მოდელი “ყველა შემთხვევისათვის”, რომელიც ზუსტად მიესადაგება ნებისმიერი ქვეყნის მოთხოვნებს.

მსოფლიოში არსებობს ეროვნული კანონმდებლობების დიდი მრავალფეროვნება. ნარკოტიკების კონტროლის თითოეული ეროვნული კანონი მრავალი თვალსაზრისით უნიკალურია. უნიკალურობა განპირობებულია იმით, თუ წამლების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა ოპიოიდებთან მიმართებაში განსხვავებულია სხვადასხვა კულტურის ქვეყნებსა და საზოგადოებებში. ეს გულისხმობს ოპიოიდების შესყიდვის, ლიცენზირების, გავრცელების, პაციენტისათვის გამოწერისა და გაცემის განსხვავებულ წესებს. გაუმართლებელი იქნება ამ უნიკალური მიდგომების შეცვლა სტანდარტული მოდელით. ამასთანავე, ეროვნული პოლიტიკა ყველა შემთხვევაში ფასდება საერთაშორისოდ აღიარებულ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით, იმ ფაქტორების ერთობლიობით, რომლებიც აძლიერებენ ან აბრკოლებენ წამლების ხელმისაწვდომობასა და ნებადართულობას.

ხშირად ტკივილის მოხსნასა და მისი მართვის სრულყოფილებაზე მოქმედებს წამალზე დამოკიდებულების წარმოშობის გაზვიადებული შიში.

წარსულში, თვით ჯანმო-ს ფროთხილმა განცხადებებმა გარკვეულად იმოქმედა დამოკიდებულება/მიჩვევის არასწორ შეფასებაზე. წამალზე დამოკიდებულების შეფასების თვალსაზრისით ჯანმო-ს ავტორიტეტი მსოფლიოში ძალიან დიდია. ამჟამად, ჯანმო მულტიცენტრული კვლევების საფუძველზე მიღებულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით შემუშავებულ თავის რეკომენდაციებში არწმუნებს

მთავრობებს, წამლის რეგულატორებს, პროფესიონალებსა და საზოგადოებას, რომ ოპიოიდები ფართოდ უნდა იყოს გამოყენებული სიმსივნითა და აივ/შიდსით გამოწვეული ტკივილის მართვისათვის და რომ მათი გამოყენება შესაძლებელია მიხვევა/დამოკიდებულების განვითარების მნიშვნელოვანი რისკის გარეშე (WHO – Cancer Pain Relief, 1996; Improving availability of Essential Pain medicines for cancer and HIV/AIDS Pain Relief Report for 2007//World Health Organization, Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care, August 2008).

მიჩნეულია, რომ ოპიოიდების მარაგის მნიშვნელოვანი ნაწილი ხმარდება სიმსივნური ტკივილის კონტროლს. ქვეყანაში სიმსივნით დაავადებული პაციენტებისათვის ოპიოიდების საჭირო რაოდენობის განსაზღვრისათვის მოწოდებულია მარტივი სტრატეგია (**ჰანმო**):

სიმსივნის ბოლო სტადიის მქონე პაციენტების ~ 60% საჭიროებს ოპიოიდებს; თითოეული მათგანი დღეში საშუალოდ 100 მგ პერორალურ მორფინს მოიხმარს სიცოცხლის უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში – (ე.ი. ჯამში, დაახლოებით 9 გ მორფინი თითოეულ პაციენტზე). მაგალითად, ისეთი ქვეყანისათვის, როგორიც საქართველოა – ოთხნახევარი მილიონიანი მცხოვრებითა და სიმსივნით გამოწვეული სიკვდილობის 4661 შემთხვევით წელიწადში: 4661 პაციენტის 60% ანუ 2796 ადამიანი გარდაცვალებამდე საჭიროებს 9 გ მორფინს თითოეული. შესაბამისად, ქვეყანას მხოლოდ სიმსივნით დაავადებული ტერმინალური პაციენტების ტკივილის მართვისათვის წელიწადში სჭირდება 25169 გ პერორალური მორფინი.

აღიარებულია რომ, ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტიდან (INCB) ქვეყნისათვის ოპიოიდების კვოტის (მისი გაზრდის) მოთხოვნა უნდა მოხდეს ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე ის გახდება საჭირო. მოთხოვნა უნდა დასაბუთდეს გასული წლების ფაქტობრივი მოხმარებითა და მომავალი წლის მოხმარების ზრდის არგუმენტირებული შეფასებით.

ჰანმო-ს ექსპერტების რეკომენდაციით, რომელიც საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზის საფუძველზეა შემუშავებული პაციენტების ტკივილის მართვა გაადვილდება თუ ქვეყანა უზრუნველყოფს ისეთი მომარაგებას, რომელის 30%-ს სწრაფად მოქმედი (სწრაფად ხსნადი) დატაბლეტებული მორფინი შეადგენს, 60%-ს ნელი მოქმედების (ნელა ხსნადი) დატაბლეტებული მორფინი, 5%-ს პარენტერალური მორფინი, ხოლო 5%-ს სხვა ოპიოიდები. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ დღეისათვის ყველაზე იაფია მორფინის დასალევი ხსნარის ფორმა.

რატომ არის ტაბლეტური მორფინის სულფატის გენერიული ფორმა ტკივილის კონტროლის საუკეთესო საშუალება და როგორ უნდა განისაზღვროს მასზე სამომავლო მოთხოვნილება?

მორფინი ოპტიმალური ეფექტის, გვერდითი მოვლენების განვითარების მინიმალური რისკის, ამასთანავე, ყველაზე მისაღები ღირებულების მქონე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებაა.

მეცნიერულად დადასტურებულია, რომ მორფინი, როგორც პერორალური, ისე პარენტერალური სახით, წარმოადგენს ყველაზე ეფექტურ დამოუკიდებელ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებას. ის ერთნაირი წარმატებით გამოიყენება ხანმოკლე, ხანგრძლივი, შეტევითი, თუ პროცედურებთან დაკავშირებული ტკივილის მართვისთვის. მას გააჩნია მინიმალური გვერდითი მოქმედება. მორფინის ტკივილის მოსახსნელად მოხმარების შემთხვევაში პაციენტთა მხოლოდ 0,1%-ზე ნაკლებს უვითარდება მისი ბოროტად გამოყენების ტენდენცია. პერ-ორალური მორფინის საშუალებით შესაძლებელია პაციენტთა უმრავლესობაში ქრონიკული ტკივილის მართვა. პარენტერალური მორფინის ინიექციები და ინფუზიები საჭიროა მხოლოდ პაციენტთა 3-5%-ში - ძნელად მართვადი ქრონიკული ტკივილის სინდრომების დროს.

შედარებისათვის: სხვა უფრო ძვირადღირებული ოპიოიდებიდან კარგი კივილგამაყუჩებელი ეფექტით ხასიათდება მაგალითად, ტრანსდერმული ფენტანილი. მას არ გააჩნია მნიშვნელოვანი უპირატესობანი სარგებლიანობის (ეფექტურობის) მხრივ, ამასთანავე შეიცავს გაცილებით დიდ რისკს წამალდამოკიდებულების განვითარებისა და ე.წ. "შავი ბაზრის" თვალსაზრისით. ამასთანავე, მისი ეფექტური გამოყენება გაცილებით ძნელია უხვთმიანი კანის მქონე პირებში, განსაკუთრებით ცხელი ჰავის და შესაბამისად, მაღალი ოფლიანობის პირობებში, რაც ართულებს ეფექტური დოზების მიღებას (შეწოვას).

რაც შეეხება ასევე ხშირად გამოყენებულ ნარკოტიკულ საშუალებას - პეტიდინს, (ფიქრობდნენ, რომ ის წარმოადგენს მე-3 საფეხურის ოპიოიდს), ის მხოლოდ მე-2 საფეხურის ანალგეზიური საშუალებაა, რომელიც სუსტი ეფექტით ხასიათდება. ამასთანავე, ტოქსიკური მეტაბოლიტების აკუმულაციის გამო მისი გამოყენება დაკავშირებულია სერიოზულ გვერდით მოვლენებთან და ამდენად არ არის გამართლებული ქრონიკული ტკივილის მართვისათვის.

ხარჯთეფექტურობა: როგორც სწრაფად ხსნადი (დაუფოვნებელი მოქმედების), ისე ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) მორფინის გენერიული ფორმების ღირებულება საზოგადოდ, შესაძლებელია გაუტოლდეს აცეტილსალიცილის მუავას

(ასპირინის) ტაბლეტების ღირებულებას, მაშინ როდესაც ტრანსდერმული ფენტანილის ეკვივალენტური დოზის ღირებულება გაცილებით უფრო მეტია.

ოპიოიდური პრეპარატების შედარებითი ღირებულება შემდეგია:

მედიკამენტი	მორფინი			ფენტანილი
გამოშვების ფორმა	პერორალური (დაუყოვნებელი მოქმედების) (IRM)	პერორალური (ნელი მოქმედების) (SRM)	პარენტერალური	ტრანსდერმული
შედარებითი ღირებულება	1 X	3 X	5 X	> 20 X

ცხრილში წარმოდგენილია ჯანმო-ს ექსპერტთა რეკომენდაცია ქვეყანაში ლეგალურ ბრუნვაში მყოფ ოპიოიდთა სხვადასხვა ფორმების პროცენტული თანაფარდობის თაობაზე:

პერორალური დაუყოვნებელი მოქმედების მორფინი (IRM)	პერორალური დაუყოვნებელი ნელი მოქმედების მორფინი (SRM)	პარენტერალური	სხვა ოპიოიდები
30%	60%	5%	5%
10 მგ 20მგ	30მგ 60მგ (100 მგ)	2მგ/მლ 10მგ/მლ 50მგ/მლ	

მნიშვნელოვანია, რომ ნარკოტიკების 90%-ს შეადგენდეს სწრაფად ხსნადი (დაუყოვნებელი მოქმედების) და ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) მორფინის ტაბლეტირებული ფორმები. სამწუხაროდ, გამოცდილებამ აჩვენა, რომ დიდი ფარმაცევტული კომპანიები აწარმოებენ უფრო ძვირადღირებულ წამლებს, რომლებიც ტკივილის კონტროლის თვალსაზრისით კეთესად ვერ მიიჩნევა.

პრაქტიკული რჩევა:

ნიშვნელოვანია:

- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის/სტრატეგიის პრინციპებისა და აუცილებელი სამკურნალო საშუალებების ნუსხის (EMDL - Essential Medicine Drug List) ურთიერთშესაბამისობაში მოყვანა;

- სწრაფად ხსნადი (დაუყოვნებელი მოქმედების) და ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) მორფინის ტაბლეტირებული ფორმების მწარმოებელ კომპანიებთან დაკავშირება და ქვეყნის შეუფერხებელი მომარაგების უზრუნველყოფა;

- სწრაფად ხსნადი (დაუყოვნებელი მოქმედების) და ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) მორფინის გენერიული ფორმებით ქვეყნის ადეკვატური უზრუნველყოფის შემდეგ, პალიატიური მზრუნველობის სისტემაში ჩართული ყველა

პირის (ექიმი, ექთანი, ფარმაცევტი, სოციალური მუშაკი) უშუალოდ ”საწოლთან” სწავლებისა და ტრენინგების ორგანიზება;

- მორფინის მოხმარებისა და მომხმარებელ პაციენტთა რაოდენობის მონიტორინგი და დოკუმენტაცია.

შეგახსენებთ: გენერირული მორფინის ღირებულება უტოლდება ან ნაკლებია ასპირინის ღირებულებაზე. მაგალითად, კერალაში (ინდოეთი) 10 მგ სწრაფად ხსნადი მორფინის ღირებულება შეადგენს 2 ამერიკულ ცენტს. უგანდაში პერორალური მორფინის ერთი თვისათვის საჭირო რაოდენობის ღირებულება შეესაბამება პურის 2 კვირის მარაგის ღირებულებას. ამდენად, სწრაფად ხსნადი (დაუყოვნებელი მოქმედების) და ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) მორფინის ტაბლეტირებულ ფორმებზე გადასვლა ეფექტურია, როგორც სამედიცინო, ისე სოციალური და ფინანსური თვალსაზრისით. ამასთანავე, აღიარებულია, რომ მორფინის ტაბლეტების გამოყენება მკვეთრად ამცირებს მისი ლეგალური ბრუნვიდან გადინების რისკს (საინიექციო ფორმებთან შედარებით).

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო ბიუროში ქვეყნის კვოტის მოთხოვნისას მორფინის საჭირო რაოდენობა განისაზღვრება (ითვლება) სხვადასხვა მეთოდით. სასუალოდ, მიღებულია, რომ 1 კგ მორფინი საკმარისია 100 პაციენტისათვის.

კიბოს ტიპის, დაავადების სტადიისა და მკურნალობის ვადების გათვალისწინებით მორფინის საერთო რაოდენობა შეიძლება იცვლებოდეს. მორფინის შენახვის ოფიციალური ვადა 2 წელია, თუმცა ბიოლოგიურად ის აქტიურია გაცილებით მეტი ხნის მანძილზე. დაწყებული ტკივილის საწინააღმდეგო თერაპიის შეწყვეტა არაჰუმანური ქმედებაა პაციენტის მიმართ, ამდენად, მორფინის მარაგის ”ამოწურვა“- მიუღებელია.

მას შემდეგ რაც მოხდება ქვეყნის უზრუნველყოფა სწრაფად ხსნადი (დაუყოვნებელი მოქმედების) და ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) ტაბლეტირებული მორფინის საჭირო რაოდენობით, აუცილებელია ექიმებისა და ექთანებისათვის სასწავლო კურსების ჩატარება, რომელიც მოიცავს 1-კვირიან ინტერაქტიულ თეორიულ, და მინიმუმ, 2-კვირიან პრაქტიკულ მეცადინეობებს.

ჯანდაცვის სამინისტროში უნდა განისაზღვროს სწრაფად ხსნადი (დაუყოვნებელი მოქმედების) და ნელა ხსნადი (ნელი მოქმედების) მორფინის ტაბლეტირებული ფორმების ახალი (გაზრდილი) კვოტები. მორფინის ტაბლეტები

უნდა იქნეს შეტანილი აუცილებელი მედიკამენტების ნუსხაში (EMDL) და გამოყენებული სტანდარტული მკურნალობის პროტოკოლებში.

ამასთანავე, ჯანმო გვაწვდის პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისა და დანერგვის პროცესში გასათვალისწინებელ რეკომენდაციებს რომლებიც უშუალოდ არის დაკავშირებული ოპიოიდებთან, კერძოდ:

სანამ პალიატიური მზრუნველობის დანერგვის გაფართოებული სტრატეგიების განხორციელება დაიწყება, საჭიროა დარწმუნება, რომ პოლიტიკასა და წამლების ხელმისაწვდომობას სათანადო ყურადღება მიექცა. არარეალისტურია ოპიოიდების იმპორტი, სანამ წამლის გამოწერის სათანადო წესები არ მოწესრიგდება და ტერმინალური ავადმყოფის მოვლისა და ტკივილის მართვის სასწავლო/სატრენინგო კურსები არ იქნება უზრუნველყოფილი. ამასთანავე, ტრენინგების დაწყება სათანადო პოლიტიკისა და წამლების ხელმისაწვდომობის გარეშე მხოლოდ გამოიწვევს ექიმების, პაციენტების, მათი ოჯახების და საზოგადოების სასოწარკვეთას.

განათლების მნიშვნელობის თაობაზე ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის დანერგვისათვის

ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის დანერგვისას გამოიკვეთა მრავალი სამიზნე ჯგუფი, რომელთაც ცოდნის ასამაღლებლად და დამოკიდებულებების (განწყობის) შესაცვლელად სჭირდებათ პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებით ცოდნის ამაღლება და გამოცდილების გაზიარება. ეს ეხება როგორც პროფესიონალებს, ისე პედაგოგებს, მედიას, სულიერ მოძღვრებს და მოელს საზოგადოებას, რაც მთავარია, პაციენტებსა და მათ ოჯახებს.

საერთაშორისო გამოცდილება დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტების მომზადებას, მათთვის სპეციალური პროგრამის შემუშავებასა და მათი სტატუსის ოფიციალურად აღიარებას. ეს ექსპერტები, შემდგომში დააკომპლექტებენ რა მაღალი სტანდარტების ეროვნულ ცენტრებს, უზრუნველყოფენ პრაქტიკოსებს კონსულტაციებითა და განათლებით.

საქართველოში, ამჟამად სან დიეგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტისა და ჰოსპისის სპეციალისტთა დახმარებით მომზადებულია პალიატიური მზრუნველობის ორი საერთაშორისო სპეციალისტი.

პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების დანერგვა

ლიდერების განსაზღვრა. შეირჩევა ერთი ან რამოდენიმე საზოგადოებრივი ან ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია, რომელთაც აქვთ იმის პოტენციალი, რომ იქ შეიქმნას პალიატიური მზრუნველობის ცენტრები. ამ ცენტრების შექმნა უნდა ეფუძნებოდეს ამ ორგანიზაციების ავტორიტეტულობას, გამოცდილებას, პაციენტების კონტინგენტს და იმ ვალდებულებას, რომ პალიატიური მზრუნველობა გახდეს საზოგადოების ნაწილი, რომელსაც ისინი ემსახურებიან.

პალიატიური მზრუნველობის პროგრამა შეიძლება დაიწყოს ერთ ან ორ ორგანიზაციაში, რომლიც იქცევა პალიატიური მზრუნველობის წამყვან ცენტრებად. ამასთანავე, მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, რომ ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის დანერგვა მიზნად ისახავს მის ინტეგრაციას ჯანდაცვის სისტემის და საზოგადოების ყველა დონეზე. შეუძლებელია პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარება, თუ ის გამოყოფილი იქნება ჯანმრთელობის დაცვის არსებული სისტემისა და საზოგადოებრივი მხარდაჭერის ქსელისაგან.

პალიატიური მზრუნველობის დანერგვის შედეგების შეფასება

თითოეულ ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციის პროცესის ყოველი საფეხურისათვის არსებობს სწრაფი, შუალედური და გრძელვადიანი შედეგები.

სწრაფი (მყისიერი) შედეგები

- განსაზღვრულია ავტორიტეტები (ლიდერები) - მაღალჩინოსნები, მრჩეველები, კლინიცისტები და ადმინისტრატორები;
- დასრულებულია მოთხოვნებისა და სიტუაციის ანალიზი;
- შემუშავებულია სამოქმედო გეგმა და განრიგი;
- განსაზღვრულია პალიატიური მზრუნველობის წამყვანი ცენტრები;
- განსაზღვრულია შედეგების ინდიკატორები.

შუალედური და გრძელვადიანი შედეგები მოტანილია ცხრილში:

(შედგენილია ჯანმრთელობის ექსპერტების მიერ)

	შუალედური შედეგები	გრძელვადიანი შედეგები
პოლიტიკა	- პოლიტიკა და კანონები ითვალისწინებს პალიატიურ მზრუნველობას, როგორც პრიორიტეტს; - ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია; - სიმსივნის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა; შიდსის ეროვნული პოლიტიკა; - გერონტოლოგიური ეროვნული პოლიტიკა და ა.შ.; - პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პოლიტიკა; - დაფინანსებისა და მომსახურების მიწოდების მოდელების შექმნა პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფის მხარდაჭერისათვის; - პალიატიური მზრუნველობის სფეროში მომუშავე ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალების დაფინანსება.	- ეროვნული პოლიტიკა და კანონები იცავენ პალიატიური მზრუნველობის უწყვეტ მიწოდებას; - პალიატიურ მზრუნველობის ეროვნული პოლიტიკა დანერგილია; - მრავალმა არასამთავრობო სტრუქტურამ ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციებმა პალიატიური მზრუნველობა ჩართო თავის სტრატეგიაში; - პალიატიური მზრუნველობის სამსახური სათანადოდ დაფინანსებულია; - პალიატიური მზრუნველობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალები და საზოგადოებრივი მხარდაჭერის ორგანიზაციების თანამშრომლები სათანადოდ არიან დაფინანსებული.
წამლების ხელმისაწვდომობა	- ოპიოიდების გამოწერის შესახებ კანონები და ნორმატივები ხელს უწყობენ ტკივილის მოხსნასა და პალიატიურ მზრუნველობას; - ოპიოიდებით მომარაგება დამაკმაყოფილებელია; - სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი პრეპარატები და ძირითადი ოპიოიდები – სწრაფი! ნელი მოქმედებისა და საინექციო მორფინი – ხელმისაწვდომია; - ოპიოიდების ქვოტა გაზრდილია;	- ექიმები გამოწერენ ოპიოიდებს პაციენტის საჭიროების შესაბამისად; - ოპიოიდები და სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი პრეპარატების საკმარისი მარაგი ხელმისაწვდომია საზოგადოებრივ აფთიაქებში; - ოპიოიდების კვოტა და მოხმარება გაზრდილია;
განათლება	- მედია კამპანია ამოქმედებულია; - ამოქმედებულია საგანმანათლებლო კურსები, რათა უზრუნველყოფილი იყოს: ✓ ძირითადი ცოდნა და უნარ-ჩვევები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე მრავალი პრაქტიკოსი პროფესიონალისათვის; ✓ ექსპერტული ცოდნა და უნარ-ჩვევები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე რამოდენიმე პროფესიონალისათვის, რომლებიც უხელმძღვანელებენ პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებს; - ხდება ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიული ტრეინინგის პროგრამებში პალიატიური მზრუნველობის საკითხების სწავლება; - პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურსები შეტანილია სამედიცინო, საექთნო, ფარმაცევტული და სოციალურ მუშაკთა სკოლების სასწავლო პროგრამებში;	- მედიის, საზოგადოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალთა ცოდნა პალიატიური მზრუნველობის თაობაზე ამაღლებულია; - ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალთა დიდ რაოდენობას აქვს პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი ცოდნა და უნარ-ჩვევები; - დანერგვა - დასაქმებულია პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტების მნიშვნელოვანი რაოდენობა; - საზოგადოება მოიხმარს და მხარს უჭერს პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებს; - დაფარვის ზონის მაჩვენებელი მაღალია, საჭიროების მქონე პაციენტების 80%-ზე მეტი ღებულობს პალიატიურ მზრუნველობას; - ტერმინალური პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხი გაუმჯობესებულია (რაც დასტურდება შედეგების მეცნიერული შეფასებით);
დანერგვა	- პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული გეგმა ამოქმედებულია; - პალიატიური მზრუნველობის სამსახურები ფუნქციონირებენ წამყვან ცენტრებში; - პალიატიური მზრუნველობის სამსახურები ამოქმედებულია ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციებში, მაგ., ონკოლოგიურ ცენტრებში და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში; - შემუშავებულია ხარისხის გაუმჯობესების სტრატეგიები.	- ეროვნული მოდელი, სტანდარტები, რეკომენდაციები და შედეგების შეფასების კრიტერიუმები არეგულირებს პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკულ საქმიანობას; - დაწესებულია ტესტირებისა და აკრედიტაციის პროცესი პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების შედარებისა და გაუმჯობესებისათვის.

დედამიწის მოსახლეობის გლობალური ზრდის, ასაკის მატებისა და ყოველწლიურად 56 მილიონი ადამიანის გარდაცვალების ფონზე, 2003 წელს, ლანკასტერის უნივერსიტეტში დაფუძნდა სიცოცხლის დასასრულის მზრუნველობის საერთაშორისო ობსერვატორია (სღმსო). ეს ოყო პირველი სამეცნიერო კვლევითი პროექტი, რომელიც ახდენდა მთელს მსოფლიოში ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარების შედარებით ანალიზს.

სღმსო რუკაზე ასახავს ჰოსპისებისა და პალიატიური მზრუნველობის გავრცელებას საერთაშორისო მასშტაბით, განსაკუთრებით ღარიბი რესურსების მქონე რეგიონებში. 2003 წლის შემდეგ სღმსო-მ 60-ზე მეტ ქვეყანაში ჩაატარა ანალიზი და ეს ინფორმაცია განთავსებულია ობსერვატორიის ვებ-გვერდზე (www.eolc-observatory.net). ქვეყნების მიმოხილვის მეთოდოლოგია მოიცავს სამთავრობო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების წყაროების გამოყენებით შეგროვილ, ქვეყნის ეპიდემიოლოგიურ, დემოგრაფიულ და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების თაობაზე მონაცემების შედარებას.

გლობალური ასახვა (მეშინები)

ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის (ტიპოლოგიის) განვითარების და საქმიანობის ხარისხის კლასიფიკაციის ასახვის მიზნით სღმსო განასხვავებს ოთხ დონეს:

1. ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საქმიანობის შესახებ ინფორმაციის არქონა;
2. შეინიშნება საქმიანობა ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის შესაძლებლობათა შექმნისათვის;
3. ქვეყნები, რომლებშიც ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფას ლოკალური ხასიით აქვს;
4. ქვეყნები, რომლებშიც ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საქმიანობები მიახლოებულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის გაფართოებულ სისტემაში ინტეგრაციასთან;

ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების განვითარების ხარისხის კლასიფიკაცია			
I. არანაირი საქმიანობა	II. შესაძლებლობათა შექმნა	III. ლოკალური უზრუნველყოფა	IV. ინტეგრაციასთან მიახლოებული
	• დაინტერესებული პერსონალის არსებობა; • კავშირი მნიშვნელოვან საერთაშორისო ორგანიზაციებთან; • მომსახურების საერთაშორისო პროვაიდერებთან კავშირების დამყარება; • კონფერენციებში მონაწილეობა; • ვიზიტები ჰოსპისებსა და პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციებში; • საგანმანათლებლო კურსებისა და ტრენინგების ინიციატორი (მოწვეული სპეციალისტების მიერ); • საზღვარგარეთ ტრენინგის კურსების გავლა; • სტრატეგიის მომზადება განვითარებისათვის; • მაღალი რანგის პოლიტიკოსებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მხრიდან ლობირება.	• ორგანიზაციულ-მეთოდური საფუძვლების შექმნა საქმიანობის შესაძლებლობისათვის ერთ ან მეტ ადგილას; • ჩამოყალიბებული სამსახურები - ხშირად დაკავშირებული ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფასთან; • ადგილობრივი (ინსტიტუციური, რეგიონული) მხარდაჭერა; • დაფინანსების დადგენილი წყაროები, თუმცა შესაძლოა დონორზე დიდად დამოკიდებული, ერთმანეთისაგან შედარებით იზოლირებული და ჯანდაცვის საერთო პოლიტიკაზე მცირე ზემოქმედების მქონე; • მორფინის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;	• ორგანიზაციულ-მეთოდური საფუძვლების შექმნა საქმიანობის შესაძლებლობისათვის რამოდენიმე (ბევრ) ადგილას; • ქვეყნის მასშტაბით მომზადებული კადრების და აქტივისტების მნიშვნელოვანი რაოდენობა; • პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ფართო ცნობიერების (ცოდნის, ინფორმაციის) დამკვიდრებულობა; • პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მიმართულების ინტეგრაციის მაღალი ხარისხი ჯანდაცვითი მომსახურების პროვაიდერებთან • ზემოქმედება ჯანდაცვით და სოციალურ პოლიტიკაზე; • პალიატიური მზრუნველობის ჩამოყალიბებული საგანმანათლებლო ცენტრების არსებობა; • აკადემიური და კვლევითი საქმიანობა; • ეროვნული ასოციაციების არსებობა

მსოფლიოს 234 ქვეყნიდან დაახლოებით ნახევარში შეიქმნა პალიატიური მზრუნველობისა და ჰოსპისის ერთი ან მეტი სამსახური. ჯერ მხოლოდ 35 ქვეყანამ (15%) მიაღწია ძირითადი მიმართულების მომსახურების სხვა პროვაიდერებთან ინტეგრაციის ზღვარს და პოლიტიკის გაფართოებას. 78 ქვეყანაში (33%) საერთოდ არ აღინიშნება პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული რაიმე საქმიანობა. ქვემოთ მოტანილ ცხრილში ქვეყნები დაჯგუფებულია პალიატიური მზრუნველობის განვითარების ზემოაღნიშნული დონეების მიხედვით.

პალიატიური მზრუნველობის განვითარების კატეგორიზაცია	
ჯგუფი 4, ინტენსივობის მთავარი მოახლოებული (n = 35)	ამერიკის შეერთებული შტატები, ავსტრალია, ავსტრია, არგენტინა, ახალი ზელანდია, ბელგია, გაერთიანებული სამეფო, გერმანია, დანია, ესპანეთი, იაპონია, ირლანდია, ისლანდია, ისრაელი, იტალია, კანადა, კენია, კოსტა-რიკა, მალაიზია, მონღოლეთი, ნორვეგია, პოლონეთი, რუმინეთი, სამხრეთ აფრიკა, საფრანგეთი, სინგაპური, სლოვენია, უგანდა, უნგრეთი, ფინეთი, შვედეთი, შვეიცარია, ჩილე, ჰოლანდია, ჰონ-კონგი.
ჯგუფი 3 ლოკალური უზრუნველყოფა (n = 80)	ალანდის კუნძულები, ალბანეთი, აზერბაიჯანი, ბანგლადეში, ბარბადოსი, ბელგორუსია, ბერმუდები, ბოსნია და ჰერცეგოვინა, ბოტსვანა, ბრაზილია, ბუენოს-აირესი, გამბია, კამერუნი, კაიმანის კუნძულები, ჩინეთი, კოლუმბია, კონგო, სორვატია, კუბა, კვიპროსი, ჩეხეთის რესპუბლიკა, დომინიკანური რესპუბლიკა, ეკვადორი, ეგვიპტე, სალვადორი, ესტონეთი, საქართველო, შიბრაღტარი, გერნსი, საბერძნეთი, გუადელუპე, გუატემალა, გვიანა, ჰონდურასი, ინდოეთი, ინდონეზია, ერაყი, მენის კუნძული, იამაიკა, ჯერსი, იორდანი, ყაზახეთი, კორეა (სამხრეთი), ყირგიზეთი, ლატვია, ლიტვა, ლუქსემბურგი, მაკაო, მაკედონია, მალავი, მალტა, მექსიკა, მოლდავეთი, მაროკო, მიანმა (ბირმა), ნეპალი, ნიგერია, პაკისტანი, პანამა, პერუ, ფილიპინები, პორტუგალია, რუსეთი, საუდის არაბეთი, სერბია, სიერა ლეონე, სლოვაკია, შრი-ლანკა, სვაზილენდი, სომხეთი, ტანზანია, ტაილანდი, ტრინიდადი და ტობაგო, უკრაინა, ურუგვაი, არაბთა გაერთიანებული ემირატები, ვენესუელა, ვიეტნამი, ზამბია, ზიმბაბუე.
ჯგუფი 2 შესაძლებლობათა შექმნა (n = 41)	ალჟირი, ბაჰრეინი, ბაჰამის კუნძულები ბელიზი, ბოლივია, ბრუნეი, გაერთიანებული სამეფოს ვირგინიის კუნძულები, განა, კამბოჯა, კონგოს დემოკრატიული რესპუბლიკა, დომინიკა, ეთიოპია, ფიჯი, ჰაიტი, ვატიკანი, ირანი, კუვეიტი ლებანონი, ლესოტო, მადაგასკარი, მავრიკია, მოზამბიკი, ნამიბია, ნიკარაგუა, ომანი, პალესტინა, პაპუა-ახალი გვინეა, პარაგვაი, კატარი, რეუნიონი, რუანდა, სენტ ლუსია, სეიშელის კუნძულები, სუდანი, სურინამი, სპილოს ძეგლის სანაპირო, ტაჯიკეთი, ტუნისი, თურქეთი, უზბეკეთი, პუერტო რიკო.
ჯგუფი 1, არანაირი საქმიანობა (n = 78)	ავღანეთი, ამერიკული სამოა, ანდორა, ანგოლა, ანგუილა, ანტიგუა და ბარბუდა, არუბა, ბენინი, ბუტანი, ბურკინა ფასო, ბურუნდი, მწვანე კონცხის კუნძულები, ცენტრალური აფრიკის რესპუბლიკა, ჩადი, კომოროსის კუნძულები, კუეის კუნძულები, ჯიბუტი, ეკვატორული გვინეა, ერიტრეა, ფალკლენდის კუნძულები, საფრანგეთის გვიანა, საფრანგეთის პოლინეზია, გაბონი, გრენლანდია, გრენადა, გუამი, გვინეა, გვინეა-ბისსაუ, კირიბატი, ჩრდილოეთ კორეა, ლაოსი, ლიბერია, ლიბია, ლისტენშტეინი, მალდივის კუნძულები, მალი, მარშალის კუნძულები, მარტინიკის კუნძული, მავრიტანია, მაიოტი, მიკრონეზია, მონაკო, მონტენეგრო, მონსერატი, ნაურუ, ჰოლანდიის ანტილიები, ახალი კალედონია, ნიგერი, ნუე, ნორფოლკის კუნძული, ჩრდილოეთ მარიანას კუნძულები, პალაუ, პიტკერნის კუნძული, წმინდა ელენეს კუნძული, სენტ-კიტსი და ნევისი, სენტ-პიერი და მიქლონი, სენტ ვინსენტი და გრენადინები, სამოა, სან მარინო, სან ტომე და პრინსიპი, სენეგალი, სოლომონის კუნძულები, საომალი, სვალბარდი, სირია, ტიმორ ლორესა, ტოგო, ტოკელაუს კუნძულები, ტონგა, თურქმენეთი, ტუვალუ, აშშ ვირგინიის კუნძულები, ვანუატუ, ვალისე და ფორტუნა, დასავლეთ საჰარა, იემენი.

პალიატიური მზრუნველობა და საზოგადოების განვითარების დონეები

საზოგადოების განვითარების ინდექსი (სბ0-HD) ასახავს ქვეყნის განვითარების ხარისხს რამდენიმე პარამეტრის გამოყენებით – როგორცაა სოცოცხლის ხანგრძლივობა, განათლება და ცხოვრების სტანდარტები. პალიატიურ მზრუნველობასა და საზოგადოების განვითარებას შორის ძლიერი კავშირი არსებობს. ზემოთ ნაჩვენებ IV ჯგუფში, 35 ქვეყნიდან 29-ს (83%), აქვს საზოგადოების მაღალი განვითარების დონე, მხოლოდ ერთს (3%) - დაბალი. I

ჯგუფის 78 ქვეყანიდან, მხოლოდ ორს (3%) აქვს საზოგადოების განვითარების მაღალი დონე. ამ ჯგუფის 42 ქვეყანას (54%) კი - საერთოდ არ გააჩნია (სბ0-HD) მაჩვენებელი.

საზოგადოების განვითარების ინდექსი და პალიატიური მზრუნველობის განვითარების დონეები ჯგუფების მიხედვით									
ქვეყნები	სულ ქვეყნები	მაღალი განვითარება		საშუალო განვითარება		დაბალი განვითარება		კბ0-HD არ აღინიშნება	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
ჯგუფი 4	35	29	83	5	14	1	3	0	0
ჯგუფი 3	80	20	25	41	51	7	9	12	15
ჯგუფი 2	41	6	15	23	56	8	20	4	10
ჯგუფი 1	78	2	3	19	24	15	19	42	54

ამდენად, კორელაცია ქვეყნის საზოგადოების განვითარების და პალიატიური მზრუნველობის განვითარების მაჩვენებლებს შორის – მაღალია.

სლმსო-ს კვლევის შედეგები უჩვენებს, რომ ნებისმიერ მოცემულ ქვეყანაში შესაძლებელია პალიატიური მზრუნველობის განვითარების არსებული დონეების რუკაზე დატანა და შეფასება. ჯერ-ჯერობით, იმ მზარდი მოთხოვნის მიუხედავად, რომ ტკივილისაგან გათავისუფლების და პალიატიური მზრუნველობის უფლება სრულად იყოს აღიარებული სახელმწიფოს მიერ, მნიშვნელოვანი სამუშაო შესასრულებელი, რომ ეს სამსახური გლობალურად ხელმისაწვდომი გახდეს.

პალიატიური მედიცინის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა:

ძირითადი მოხმარების წამლების სიის შექმნა პალიატიური მზრუნველობისათვის

ძირითადი მოხმარების წამლების ცნება

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით **ძირითადი მოხმარების წამლები** ის პრეპარატებია, რომელიც აკმაყოფილებს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უპირველეს მოთხოვნებს. ეს დებულება 1977 წელს მოწოდებულია ჯანმო-ს მიერ იმ მითითებით, რომ ძირითადი მოხმარების წამლები უნდა შეირჩეს დაავადებათა გავრცელების მიხედვით, მოქმედების ხარისხისა და

უსაფრთხოების დასაბუთებისა და ეკონომიკური ეფექტურობის შესაბამისად. ჯანმო-მ შეადგინა ძირითადი მოხმარების წამლების ე.წ. სამოდულო სია (სს), რომელიც ამ კონცეფციის ნაწილია და ორ წელიწადში ერთხელ განახლებას ექვემდებარება. სია შეიძლება გამოყენებული იყოს ყველა ქვეყანაში. ის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ღარიბი და მწირი რესურსების მქონე ქვეყნებისათვის.

ჯანმო-ს სამოდულო სიაში არ შედის პალიატიური მზრუნველობისათვის სპეციალური, ძირითადი მოხმარების წამლები. ამ დეფიციტის გამოსასწორებლად ჯანმო-ს სიმსივნის კონტროლის პროგრამამ მოითხოვა ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის (ჰპმსა-IAHPC) მხარდაჭერა, რომ პალიატიური მზრუნველობისათვის შექმნილიყო ძირითადი მოხმარების წამლების სია. ჯანმო-მ მოითხოვა ამ სიის მომზადება საერთაშორისო პალიატიური მზრუნველობის კლინიცისტების შეთანხმების საფუძველზე, ორი კრიტერიუმის მიხედვით: ეფექტურობა და უსაფრთხოება. საპასუხოდ ჰპმსა-მ ჩამოაყალიბა ექსპერტთა კომიტეტი (ჯგუფს ხელმძღვანელობდა დოქტორი ნილ მაკდონალდი, თავმჯდომარის მოადგილე იყო დოქტორი კარლა რიპამონტი, ჯგუფის დანარჩენი წევრები არიან საერთაშორისო ექსპერტები: კეტლინ ფოლგი, ედუარდო ბრუერა, დევიდ კაროუ და ლილიანა დე ლიმა. მრჩეველები - პეტერ გლასმანი და კარლ ლორენცი).

კომიტეტი შეთანხმდა რამოდენიმე აუცილებელ წანამძღვრებზე:

1. სახელმძღვანელო პრინციპები

ჰპმსა-ს პალიატიური მზრუნველობისათვის ძირითადი მოხმარების წამლების სიის განვითარებისა და გამოყენებისათვის შემუშავდა და შეთანხმდა ძირითადი მოთხოვნები. მასში გათვალისწინებულია ეთიკური პრინციპები და ხაზგასმულია, რომ საბოლოო სიაში უნდა შევიდეს მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობისათვის ნამდვილად აუცილებელი წამლები, რომლებიც გამოყენებადი იქნება ყველა ქვეყანაში და არ დაექვემდებარება პირად და კომერციულ ინტერესებს (www.hospicecare.com).

2. ყველაზე გავრცელებული სიმპტომები პალიატიურ მზრუნველობაში

კომიტეტის წევრებს შორის რიგი დისკუსიების შედეგად მიღწეული იყო შეთანხმება, რომ დასაწყისისათვის, სიის შესაქმნელად უმჯობესი იქნებოდა პალიატიურ მზრუნველობაში ყველაზე გავრცელებული სიმპტომების სიის შედგენა.

ვინაიდან პროექტი დაიწყო ჯანმო-ს სიმსივნის კონტროლის პროგრამის მხარდაჭერით, ჯგუფმა ყურადღება გაამახვილა შორსწასულ სიმსივნესთან დაკავშირებულ სიმპტომებზე და მათ მკურნალობაზე (სიმსივნის დროს გავრცელებულ სიმპტომებთან დაკავშირებით უკეთ კლასიფიცირებული და მწყობრი ფაქტობრივი მონაცემები არსებობს ვიდრე სხვა შემთხვევებში). ასევე შეთანხმდნენ, რომ ჯგუფის მუშაობა არ უნდა ყოფილიყო დაკავშირებული გამომწვევი მიზეზების მკურნალობისათვის საჭირო წამლებთან.

კომიტეტის მიერ შეიქმნა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტებში გავრცელებული 21 სიმპტომის საწყისი სია, რომელიც წარმოდგენილია ჰპმსა-ს ვებ-გვერდზე განთავსებულ ანგარიშში - <http://www.hospicecare.com>. ეს სიმპტომები და მათი მართვა დეტალურად არის მოცემული ქართულენოვან სახელმძღვანელოში - www.palliativecare.org.ge.

კომისიამ სხვადასხვა ქვეყნის პალიატიური მზრუნველობის ლიდერებს მიმართა თხოვნით, რომ დადგენილი სიმპტომებისათვის წარმოდგინათ შესაფერისი წამლები. მიმართვას ოცდაათოთხმეტი ექიმი გამოეხმაურა, აქედან 15 განვითარებადი ქვეყნებიდან. მათი რეკომენდაციების საფუძველზე განისაზღვრა 120 დასახელების პრეპარატი.

აღნიშნული სია და დელფის მოდიფიცირებული მეთოდით შედგენილი გამოკითხვის (გამოკვლევის) ფორმა ელექტრონული ფოსტის საშუალებით დაეგზავნა 112 ექიმსა და ფარმაცოლოგს (ამათგან 77-ს განვითარებადი ქვეყნებიდან). მონაწილეებს მიმართეს თხოვნით, რომ შეეფასებინათ თითოეული წამლის ეფექტურობა და უსაფრთხოება (1-დან 9-დე) 9 ქულიანი სკალის გამოყენებით.

კვლევაში მონაწილეობის სურვილი გამოთქვა სამოცდათერთმეტმა მონაწილემ. ჯანმო-ს რეკომენდაციების საფუძველზე სამუშაო ჯგუფმა განსაზღვრა, რომ საბოლოო დისკუსიისა და შერჩევის პროცესის განხილვის საგანი გახდებოდა მხოლოდ ის წამლები, რომელთა ორივე პარამეტრი - უსაფრთხოება და ეფექტურობა შეფასდა 7 ან მეტი ქულით მონაწილეთა არანაკლებ 50%-ის მიერ.

რესპონდენტები ერთსულოვნად შეთანხმდნენ 48 დასახელების წამლის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შესახებ 21-დან 18 სიმპტომისათვის.

2006 წლის 30 აპრილიდან 2 მაისამდე, აგსტრიის ქალაქ ზალცბურგში გაიმართა შეხვედრა - ღია საზოგადოების ინსტიტუტის პროგრამის “პალიატიური მზრუნველობის ინიციატივები” თანადაფინანსებით - www.hospicecare.com, სადაც მოხდა საბოლოო სიის და მისი გავრცელების სტრატეგიის პრეზენტაცია.

პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მოხმარების წამლების ჰპმსა-ს საბოლოო სია მოცემულია №5 ცხრილში. მესამე სვეტში წარმოდგენილია პალიატიური მზრუნველობის კუთხით ჰპმსა-ს მონაცემები. მეოთხე სვეტში ნაჩვენებია ჰპმსა-ს სიის ის წამლები, რომლებიც უკვე შესულია ჯანმო-ს სამოდელო სიაში, ასევე ამ წამლებისათვის ჯანმო-ს მიერ განმარტებული ჩვენებები.

ზალცბურგის კონფერენციის მონაწილეები შეთანხმდნენ, რომ დელფის მოდიფიცირებული მეთოდით ჩატარებულ კვლევაში არ არის საკმარისი დასაბუთება, რომ ხუთი სიმპტომისათვის - ძვლის ტკივილი, პირის სიმშრალე, სისუსტე (დაღლილობა), სლოკინი და ოფლიანობა - რეკომენდაცია გაეწიოს რომელიმე წამალს, ერთდროულად როგორც უსაფრთხო და ეფექტურს. დაადგინეს, რომ საჭიროა დამატებითი კვლევა ამ სიმპტომებისათვის უსაფრთხო და ეფექტური წამლების შესარჩევად.

ჰპმსა-ს სია შეიცავს 33 წამალს, რომელთაგან 14 უკვე შესულია ჯანმო-ს სამოდელო სიაში.

ჯანმო, ჰპმსა და პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო ალიანსი (PCWA) მიზნად ისახავენ იმის მიღწევას, რომ ჯანმრთელობის დაცვის გლობალურმა ინსტიტუტებმა, ეროვნულმა მთავრობებმა, არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, საქველმოქმედო დაწესებულებებმა და სხვა მრავალ პროფილიანმა ორგანიზაციებმა, როგორიცაა მაგალითად, მსოფლიო ბანკი, გააცნობიერონ წამლების ნებადართულობის საჭიროება და რომ ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალთა ეროვნული კავშირები იცნობდნენ პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მოხმარების წამლების ჰპმსა-ის სიას.

ჰპმსა, როგორც პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მოხმარების წამლების სიის საავტორო უფლების მფლობელი, ყველა დაინტერესებულ მხარეს აძლევს ნებართვას გადაიღონ და გამოიყენონ ეს სია, როგორც ხელშემწყობი საშუალება პალიატიური მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის. ჰპმსა განსაკუთრებით მიესალმება ამ სიის, როგორც მოდელის გამოყენებას ადგილობრივ მოთხოვნებსა და რესურსებს მორგებული, ეროვნული პალიატიური წამლების სიების განვითარებისათვის, მით უფრო იმ ქვეყნებში, ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლებისა და სხვა პალიატიური მზრუნველობისათვის აუცილებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა შორსაა სრულყოფისაგან.

პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის ძირითადი პრეპარატების ნუსხა

პრეპარატი	ფორმა	ჰამსა-ს ჩვენება კმ-თვის	ჯანმოს-ს მიერ მოწოდებული ძირითადი წამლების სია ჯგუფი, ძველჯგუფი და დანიშნულება
ამიტრიპტელინი*	50-150მგ ტაბლეტები	დეპრესია ნევრალგიური ტკივილები	24.2.1- დეპრესიული დარღვევები
ბისკოდოლი	10 მგ ტაბლეტები 10 მგ რექტალური სანთლები	ყაბზობა	არ შედის
კარბამაზეპინი**	100-200 მგ ტაბლეტები	ნევრალგიური ტკივილები	5-კრუნჩხვის საწინააღმდეგო/ანტი- ეპილეფსიური 24.2.2-ბიპოლარული დარღვევები
ციტალოპრამი (ან ნებისმიერი სხვა ანალოგი ანტიდეპრესანტი სეროტონინის უკუშეწოვის სელექტიური ინჰიბიტორი [SSRI] პაროქსეტინისა და ფლუოქსამინის გარდა)	20 მგ ტაბლეტები 10 მგ/5 მლ პერორალური ხსნარი 20-40 მგ საინექციო ხსნარი	დეპრესია	არ შედის
კოდეინი	30 მგ ტაბლეტები	ღიარეა; ტკივილი: სუსტიდან ზომიერამდე	2.2- ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი 17. 5. 3- ფაღარათის საწინააღმდეგო
დექსამეტაზონი	0,5-4 მგ ტაბლეტები 4 მგ/ მლ საინექციო ხსნარი	ანორექსია გულისრევა ნევრალგიური ტკივილები; ღებინება	3-ალერგიის და ანაფილაქსიის საწინააღმდეგო 8.3-ჰორმონები და ანტიჰორმონები
დიაზეპამი	2,5-10 მგ ტაბლეტები 5მგ/მლ საინექციო ხსნარი 10 მგ რექტალური სანთლები	აგზნება, შფოთვა	1.3-პრეოპერაციული დამაწყნარებელი; მოკლევადიანი პროცედურები; 5-კრუნჩხვის საწინააღმდეგო/ანტი- ეპილეფსიური 24. 3-ძლიერი შფოთვა ძილის დარღვევები
დიქლოფენაკი	25-50 მგ ტაბლეტები 50 და 75 მგ/3მლ საინექციო ხსნარი	ტკივილი: სუსტიდან ზომიერამდე	არ შედის
დიფენილდრამინი	25 მგ ტაბლეტები 50 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	გულისრევა ღებინება	არ შედის

ფენტანილი (ტრანსდერმალური ემპლასტრო)	25 მკ/სთ 50 მკ/სთ	ტკივილი: ზომიერიდან ძლიერამდე	არ შედის
გაბაპენტინი	300-ან 400 მგ ტაბლეტები	ნევრალგიური ტკივილი	არ შედის
პალოპერიდოლი	0,5 მგ ტაბლეტები 0,5-5 მგ დრაჟე 0,5 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	თეთრი ცხელება გულისრევა ღებინება ტერმინალური მოუსვენრობა (აგონია)	24.1- ფსიქიური მოშლილობები
პიოსცინის ბუთილბრომიდი	20 მგ/1 მლ პერორალური ხსნარი 10 მგ ტაბლეტები 10 მგ/მლ საინექციო	გულისრევა ტერმინალური სასუნთქი გზების შეშუპება ვისცერალური ტკივილები ღებინება	არ შედის
იბუპროფენი	200 მგ ტაბლეტები 400 მგ ტაბლეტები	ტკივილი: სუსტიდან ზომიერამდე	2.1 . არაოპიოიდური და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები
ლევომეპრომაზინი	5-50 მგ ტაბლეტები 25 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	თეთრი ცხელება ტერმინალური მოუსვენრობა	არ შედის
ლოპერამიდი	2 მგ ტაბლეტები	დიარეა	არ შედის
ლორაზეპამი***	0,5-2 მგ ტაბლეტები 2 მგ/მლ წვეთები 2-4 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	აგზნება, შფოთვა ძილის დარღვევა (ინსომნია)	არ შედის
მეგესტროლის აცეტატი	160 მგ ტაბლეტები 40 მგ/მლ ხსნარი	ანორექსია	არ შედის
მეტადონი (ტკივილის სწრაფი მოხსნა)	5 მგ ტაბლეტები 1 მგ/მლ პერორალური ხსნარი	ტკივილი: ზომიერიდან ძლიერამდე	24.5-წამალდამოკიდებუ- ლება
მეტოკლოპრამიდი	10 მგ ტაბლეტები 5 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	გულისრევა ღებინება	17.2-ღებინების საწინააღმდეგო (ანტიემეტიკური)
მიდაზოლამი	1-5 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	აგზნება, შფოთვა ტერმინალური მოუსვენრობა	არ შედის
მინერალური ზეთის ოყნა			არ შედის
მირტაზაპინი (ან ნებისმიერი სხვა ორმაგი მოქმედების ნორადრენერგული და სპეციფიკური სეროტონინერგული ანტიდეპრესანტი [NassA] ან სეროტონინის უკუშეწოვის სელექტიური ინჰიბიტორი[SSRI])	15-30 მგ ტაბლეტები 7,5-17 მგ საინექციო ხსნარი	დეპრესია	არ შედის
მორფინი	ტკივილის სწრაფი მოხსნა: 10-60 მგ ტაბლეტები	ქოშინი ტკივილი:ზომიერიდან მწვავემდე	2.2 ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი

	ტკივილის სწრაფი მოხსნა: 10 მგ/5 მლ პერორალური ხსნარი ტკივილის სწრაფი მოხსნა: 10 მგ/ მლ საინექციო ხსნარი ხანგრძლივი გაუტკივარებისთვის: 10 მგ ტაბლეტები ხანგრძლივი გაუტკივარებისთვის: 30 მგ ტაბლეტები		
ოქტროტიდი	100 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	დიარეა; ღებინება	არ შედის
პერორალური რეჰიდრაციული მარილები		დიარეა	17.5.1- პერორალური რეჰიდრატაცია
ოქსიკოდონი	5 მგ ტაბლეტები	ტკივილი:ზომიერიდან მწვავემდე	არ შედის
პარაცეტამოლი (აცეტამინოფენი)	100-500 მგ ტაბლეტები 500 მგ რექტალური სანთლები	ტკივილი: სუსტიდან ზომიერამდე	2.1- არაოპიოიდები და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები
პრედნიზოლონი (როგორც ალტერნატივა დექსამეტაზონისთვის)	5 მგ ტაბლეტები	ანორექსია	3- ალერგიისა და ანაფილაქსიის საწინააღმდეგო პრეპარატები 8.3- ჰორმონები და ანტიჰორმონები 21.2- ანთების საწინააღმდეგო აგენტები
სენა	8.6 მგ ტაბლეტები	ყაბზობა	17.4-საფადარათოები
ტრამადოლი	50 მგ ტკივილის სწრაფი მოხსნის ტაბლეტები/კაფსულები 100 მგ/1მლ პერორალური ხსნარი 50 მგ/მლ საინექციო ხსნარი	ტკივილი: სუსტიდან ზომიერამდე	არ შედის
ტრაზოდონი	25-75 მგ ტაბლეტები 50 მგ საინექციო ხსნარი	ძილის დარღვევა	არ შედის
ზოლპიდემი (კლავ დაპატენტებული)	5-10 მგ ტაბლეტები	ძილის დარღვევა	არ შედის

IAHPC -პოსპისის და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაცია

SSRI – სეროტონინის უკუშეწოვის სელექტიური ინჰიბიტორი;

NassA –ნორადრენერგული და სპეციფიკური სეროტონინერგული ანტიდეპრესანტი

* – გვერდითი ეფექტები ზღუდავს დოზას

** – ალტერნატივა ამიტრიპტილინისა და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებისთვის (ერთი წამალი მაინც უნდა ქონდეს არა დექსამეტაზონი)

*** – ხანმოკლე ხმარებისთვის ძილის დარღვევების (ინსომნიის) დროს იტალიკით აღნიშნული წამლები ითვლება კომპლემენტარულად და საჭიროებს სპეციალურ ტრენინგებს და/ან მიწოდების მეთოდებს
ნონბენზოდიაზეპინები უნდა გამოვიყენოთ ასაკოვან პაციენტებში
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (NSAIDs) უნდა დაინიშნოს არახანგებლივად
თუ ქვეყანაში არ არის დაშვებული ფართოდ ხმარებული პერორალური მორფინის გამოყენება, მაშინ არ დაიშვება მოდიფიცირებული მორფინის, ფენტანილის ან ოქსიკოდონის გამოყენება.

პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მოხმარების წამლების სია შეიქმნა არაკონტროლირებადი სიმპტომების მქონე პაციენტების მართვის გაუმჯობესებისათვის. ქვეყნების მთავრობებმა, პოლიტიკური და ორგანიზაციული გადაწყვეტილების მიმღებმა პირებმა და ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიონალებმა უნდა გადადგან აუცილებელი ნაბიჯები, რათა პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მოხმარების წამლების სიაში შემავალი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა გარანტირებული იქნას ასეთი საჭიროების მქონე ყველა პაციენტებისათვის.

პალიატიური მზრუნველობის დაგეგმვა და დანერგვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში

ქრონიკულ დაავადებათა რიცხვის ზრდა, სიმსივნეთა გახშირება, ასაკის მატებასთან დაკავშირებული ჭკუასუსტობა, ბავშვთა სხვადასხვა მოპროგრესე დაავადებები, ასევე ფართოდ გავრცელებული შიდსი - ეს ის რეალობებია, რომლებიც განაპირობებენ პალიატიური მზრუნველობის განვითარების აუცილებლობას.

აღსანიშნავია, რომ მოსახლეობის ასაკის მატების შედეგად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში იმატა ყველა დონის სირთულის ქრონიკულად დაავადებული და ტერმინალური პაციენტების რიცხვმა.

რამოდენიმე გამოკვლევამ, მათ შორის მულტიცენტრულმა, დაასაბუთა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების ერთდროული ეფექტურობა და რენტაბელობა – პაციენტის ადექვატური მზრუნველობით უზრუნველყოფისას მისი სიცოცხლის დასასრულის პერიოდში (იგულისხმება პაციენტის არასასურველი

ტანჯვის შემცირება, ასევე მისი ოჯახის წევრების საჭიროებებისა და მოთხოვნების დაკმაყოფილება).

ჯანმო-ს მიერ ინდოეთში (კარელში), ესპანეთში (კატალონიაში), იორდანიაში და სხვა ქვეყნებში განხორციელებული პალიატიური მზრუნველობის საჩვენებელი პროექტების და სხვა მსგავსი ინიციატივების მიზანი იყო პალიატიური მზრუნველობის დანერგვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში. პროექტები ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა პაციენტთა საჭიროებისა და მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების თვალსაზრისით. დადასტურდა, რომ პალიატიური მზრუნველობა ეფექტური და რენტაბელურია არა მარტო განვითარებულ, არამედ განვითარებად ქვეყნებშიც.

კვლევების შედეგები უჩვენებს, რომ პალიატიური მზრუნველობის სისტემის დანერგვის შედეგად, ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტებზე, მათი სიცოცხლის ბოლო პერიოდში სამედიცინო (და სოციალურიც) მომსახურების ჯამური ღირებულება მნიშვნელოვნად მცირდება. ეს ხარჯთეფექტურობა დადასტურებულია იმის და მიუხედავად, პაციენტი (და/ან მისი ახლობლები) ჯიბიდან ფარავენ ყველა მომსახურების ხარჯებს, თუ ფინანსური უზრუნველყოფა გადანაწილებულია სხვადასხვა სახელმწიფო, სადაზღვევო და/ან საერთაშორისო და საქველმოქმედო პროგრამებზე.

ქვემოთ მოტანილია ზოგიერთი პრინციპი, რომლის გათვალისწინებაც მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების რაციონალურად დაგეგმვისათვის, ასევე პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამების შემუშავებისათვის.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში ხელმისაწვდომი პალიატიური მზრუნველობის თითოეული პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს მინიმუმ სამ ძირითად ფაქტორს:

- *განათლება და ტრეინინგი*
- *ოპიოიდებისა და სიცოცხლის დასასრულ პერიოდში მზრუნველობისას გამოყენებული სხვა წამლების ხელმისაწვდომობა*
- *პროფესიული სამსახურების შექმნა*

ამასთანავე, პალიატიური მზრუნველობის წარმატებული პროგრამები სასურველია ბოლომდე ინარჩუნებდნენ შემდეგ პრინციპებსა და შესაძლებლობებს:

1. *საქმიანობის მასშტაბის გარანტია (უნდა დაკმაყოფილდეს სპეციფიკური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანთა უმრავლესობა);*

2. სამართლიანობის გარანტია (მზრუნველობით უზრუნველყოფილი იქნება ყველა ტერმინალური პაციენტი სქესის, ასაკის, სოციალური კლასის, დაავადების ტიპისა და ეკონომიკური მდგომარეობის მიუხედავად);

3. ხელმისაწვდომობის ისეთი ხარისხის მიღწევა, რომ ყველაზე რთულ კლინიკურ შემთხვევებში პაციენტზე იზრუნოს შესაბამისი გამოცდილების მქონე სპეციალიზებულმა გუნდებმა;

4. რენტაბელურობა მომსახურების ხარისხის შენარჩუნებით.

პროგრამების განხორციელების კომბინირებული მეთოდები

პალიატიური მზრუნველობის გლობალური პროგრამების შემუშავება და განხორციელება ითვალისწინებს სხვადასხვა სტრატეგიების კომბინაციას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამებისათვის დადგენილი მეთოდის ზუსტი დაცვით:

გამოკვეთილი მიზნები, ძლიერი ხელმძღვანელობა, პროფესიული უზრუნველყოფა და რაციონალურობა.

პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის ჩამოყალიბების აპრობირებულ გზად არის მიჩნეული, ერთი მხრივ, უკვე არსებული საშუალებების გადანაწილება და ორგანიზაციული ცვლილებების მოხდენა, მეორე მხრივ კი, უკვე მოქმედი მაგრამ მცირე მასშტაბის და არასრულყოფილი ასეთი სამსახურების ოპტიმიზაცია.

ჰანმო-ს კოლაბორატორიული საჩვენებელი პროექტების გამოცდილების გათვალისწინებით, საქმიანობის დაწყებისათვის აუცილებელია საწყისი კატალიზური ქმედებები, როგორიცაა ლიდერი ჯგუფების მხარდაჭერა და მათ მიერ განხორციელებული პილოტური პროგრამების მიმდინარეობის მონიტორინგი და შედეგების შეფასება - განხორციელების ყველა ეტაპზე.

პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაციის ეროვნული პროგრამის (მოდელის) შექმნისათვის აუცილებელია შესაბამისი ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ცოდნა, როგორიცაა სიკვდილობის ხარისხი, სიმსივნეანი პაციენტების პროცენტი და გავრცელების ხარისხი, საზოგადოების გერონტოლოგიური მახასიათებლები მოხუცთა დემენციის, შიდსის, სიხშირე და მისთ.

(მაგალითისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში უხეშად შეფასებული საშუალო სიკვდილობის ინდექსია 1,000 - გარდაცვალება/100,000 მოსახლეზე/წელიწადში. მათგან დაახლოებით 60% გარდაიცვლება ქრონიკული დაავადებით და სავარაუდოდ, ამათგან 60-70%-ს ესაჭიროება სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის აღმოჩენა).

პალიატიური მზრუნველობის პროფესიული მომსახურების დანერგვა

პალიატიური მზრუნველობის სპეციფიკური პროგრამა შეიძლება რამოდენიმე გზით განხორციელდეს. მაგალითად, მიზანშეწონილადაა მიჩნეული, რომ პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების დანერგვის ხელშეწყობა დაიწყოს წამყვან ორგანიზაციებში, როგორიცაა ცენტრალური საავადმყოფოები, ფართო პროფილის კერძო კლინიკები, სპეციალიზებული ასოციაციები, სამდაზმულთა სახლები, თავშესაფარები და სხვა.

აპრობირებული მოდელია, ასევე, ერთი ან ორი სპეციალიზებული სამსახურის (ბინაზე მზრუნველობის და სტაციონარული) ხელშეწყობა. ეს იძლევა შემდგომში მათი როგორც საყრდენი ინსტიტუციების გამოყენების შესაძლებლობას, დარგის განვითარებისათვის სათანადო მეთოდური და პრაქტიკული ხელმძღვანელებისათვის, რაც თითოეულ ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის განვითარების საწყისი ეტაპისათვის მნიშვნელოვანი ამოცანაა.

პალიატიური მზრუნველობის სტაციონალური განყოფილებების შექმნის იდეა უნდა დაიგეგმოს და განხორციელდეს რაციონალურად. მნიშვნელოვანია, რომ საწოლების უმეტესი ნაწილი ადრე არსებული საწოლების გადანაწილების შედეგად უნდა მივიღოთ.

პრინციპული მნიშვნელობის საკითხია შესაძლებლობათა და საშუალებათა თანაბარი ტერიტორიული გადანაწილება, მთელი ქვეყნის მასშტაბით, რათა გარანტირებული იყოს პალიატიური მზრუნველობის მიღების თანასწორი ხელმისაწვდომობა. ამასთანავე, წარმატებით არის აპრობირებული სპეციფიკური/კონკრეტული მოდელების შემუშავება დიდი ქალაქების, ქალაქის ტიპის დაბებისა და სოფლებისათვის, რომლებშიც ადამიანებისა და საშუალებების განსხვავებული რაოდენობა და სიმჭიდროვეა. ამასთანავე, ეს მოდელები უნდა ითვალისწინებდეს ქვეყნის ეთნიკურ-კულტურულ ტრადიციებს, არსებულ ჯანდაცვისა და სოციალურ სისტემას და სამედიცინო-სოციალური მომსახურების დაფინანსების თავისებურებებს.

პალიატიური მზრუნველობის სისტემის ადამიანური რესურსები, კომპონენტები და სტრუქტურული ერთეულები.

ექთნები

ბევრ ქვეყანაში, სადაც პალიატიური მზრუნველობის სისტემა კარგად არის განვითარებული, ექთანი პალიატიური მზრუნველობის პირველი რგოლია. ასე

მაგალითად, გაერთიანებულ სამეფოში “მაკმილანის ბინაზე მომუშავე ექთნებისა” და სტაციონარის სპეციალიზირებული ექთნების გამოცდილებამ შესანიშნავი შედეგები აჩვენა. შესანიშნავი შედეგები გააჩნია სან დიეგოს ჰოსპისის ექთნების რამოდენიმე ასეულისაგან შემდგარ შტატს (კალიფორნია, აშშ). ეს მოდელი ასევე შეიძლება რეკომენდებული იყოს დაბალი განვითარებადი ქვეყნებისათვის. მაგრამ ის საჭიროებს კარგად მომზადებულ ექთნებს. (რაც, ჯერჯერობით, პრობლემურია საქართველოსათვის). ამასთანავე, ეს მოდელი ჩვენს ქვეყანაში ვერ გადაჭრის წამლის გამოწერასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. (განსხვავებული საკანონმდებლო ბაზის მიერ).

მხარდამჭერი მობილური ჯგუფები

მხარდამჭერი გუნდი არის სპეციალური მომზადების მქონე მრავალდარგობრივი, მულტიდისციპლინარული ჯგუფი და მოქმედებს, როგორც საკონსულტაციო ჯგუფი, სპეციალური საწოლებისა და განყოფილებების გარეშე, ან მასთან ასოცირებით. მის შემადგენლობაში შედის მინიმუმ ერთი ექიმი, ერთი ექთანი, სოციალური მუშაკი და/ან ფსიქოლოგი. ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი ამ სტრუქტურაში არის მაღალი კვალიფიკაცია, რაც განაპირობებს მისი მუშაობის ეფექტურობასა და რენტაბელურობას, არა მხოლოდ სიმსივნის პაციენტებზე და მათ ოჯახებზე, არამედ ხანშიშესულებსა და ქრინიკულ ავადმყოფებზე მზრუნველობისას. პალიატიური მზრუნველობის კარგი ცოდნა საშუალებას იძლევა ხშირ შემთხვევებში თავიდან იქნას აცილებული სხვადასხვა სპეციალობის ექიმთა კონსულტაციები. ასეთი ჯგუფის მიერ ბინაზე მზრუნველობის პროგრამის განხორციელებისათვის წინასწარ განისაზღვრება ისეთი მნიშვნელოვანი ასპექტები, როგორიცაა მოქმედების გეოგრაფიული გარემო და მოქმედების დრო. გეოგრაფიული დაყოფა ძალიან მნიშვნელოვანია საქმიანობის ეფექტურობის თვალსაზრისით.

სპეციალიზებული განყოფილებები

თანამედროვე გამოცდილებაზე დაყრდნობით ჯანმო-ს კოლაბორაციული და საჩვენებელი პროექტები ურჩევენ მილიონ მოსახლეზე 80-დან 100-დე საწოლის მოწყობას. ეს ოპტიმალური რაოდენობაა, რომელიც გულისხმობს არა-ონკოლოგიურ პაციენტების მომსახურებასაც.

პაციენტების კონტინგენტის და მოსალოდნელი შედეგების (პოსპიტალიზაციის საშუალო დრო, ასაკი, გარდაცვალებათა რიცხვი და ხარჯები) განხილვისას გასათვალისწინებელია, რომ პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებები მათი ადგილმდებარეობის შესაბამისად უზრუნველყოფენ მრავალი პროფილის პაციენტს. ზოგიერთი განყოფილების მუშაობა მიმართული იქნება მხოლოდ სიმსივნიან პაციენტებზე. სხვა განყოფილებებში მზრუნველობას აღმოუჩენენ სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებსაც. ამასთანავე, ზოგიერთ განყოფილებას უნდა შეეძლოს საქმის წარმოება მწვავე და რთულ შემთხვევებში, მაგალითად, გაუვალობით ან კომპრესიით გართულების დროს და სხვა. თუმცა ძირითადად, განყოფილებებში იზრუნებენ სტაბილურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებზე, რომელთა ბინაზე მზრუნველობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია.

რაც შეეხება პალიატიური მზრუნველობის განყოფილების შენობას, აქ პაციენტებისათვის გარანტირებული უნდა იყოს პირადი სივრცე და კომფორტი, ოჯახის წევრების მიღების საშუალება (დამე დარჩენის შესაძლებლობა, უპრობლემო შეშვება და პატარა სამზარეულო), ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისათვის კი აუცილებელი სამუშაო პირობები.

ამბულატორიული კლინიკები და დღის პერიოდში მზრუნველობის ცენტრები

ამბულატორიული და ე.წ. დღის კლინიკების ფუნქციონირება პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის ხელმისაწვდომობისა და მისი მასშტაბის გაზრდის ოპტიმალური საშუალებაა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში თუ მასთან უკვე დაკავშირებულია ბინაზე მზრუნველობის გუნდი და პაციენტს სჭირდება გაღრმავებული სპეციალიზებული კონსულტაცია და/ან დახმარება.

ონკოლოგოური კლინიკები (ცენტრები)

ონკოლოგოური ინსტიტუტებში სადაც კონცენტრირებულია სიმსივნიანი პაციენტები და მათი მკურნალობისათვის საჭირო ადამიანური რესურსები, საშუალებები და აპარატურა, ასევე გათვალისწინებული უნდა იყოს განყოფილება (ან საწოლები) პალიატიური მზრუნველობისათვის.

არსებობს შესაბამისი გამოცდილების შესანიშნავი მაგალითები. დასტურდება, რომ ონკოლოგოურ ცენტრებში ჩამოყალიბებულ პალიატიური მზრუნველობის სამსახურებს დიდი გავლენა აქვს პალიატიური მზრუნველობის განვითარების

სახელმწიფო პოლიტიკაზე და ხელს უწყობს მომსახურების გავრცელების მასშტაბის ზრდას.

გერონტოლოგიური მზრუნველობა

ამ სახის პალიატიური მზრუნველობის დანერგვისათვის აუცილებელია ქვეყნის ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის დაავადების სტრუქტურის, დემოგრაფიული მახასიათებლების და მისი ფინანსურ-ეკონომიკური უზრუნველყოფის მაჩვენებლების გათვალისწინება, რის შესაბამისადაც ხდება მზრუნველობის განმახორციელებელი პროფესიონალების ტრეინინგი და თვით მზრუნველობის მოდელის ჩამოყალიბება.

განსაკუთრებული ვითარება

არსებობს პალიატიური მზრუნველობის რამდენიმე განსაკუთრებული მიმართულება, რომელიც გამოირჩევა ნაკლები გავრცელებით, მაგრამ მაღალი სპეციფიკურობითა და დიდი სირთულით: ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობა, ნეიროდეგენერაციული დაავადებებით (გაფანტული სკლეროზი, ნეირომოტორული დაავადებები და სხვა) შეპყრობილთა პალიატიური მზრუნველობა, ასევე პალიატიური მზრუნველობა პატიმართათვის, შიდსით და ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმებით დაავადებულთათვის.

დამტკიცებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობა მათი მოვლის შესანიშნავი მეთოდია, მაგრამ მათი სპეციფიკური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად ყოველთვის დამატებითი ორგანიზაციული საკითხების მოგვარებაა საჭირო. ჩვეულებრივ, ასეთ მზრუნველობას ახორციელებენ შესაბამისი პროფილების სამსახურებთან არსებული პალიატიური მზრუნველობის მხარდამჭერი გუნდები.

პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრირებული სისტემები

ყველა შესაძლებელ სიტუაციაში საჭიროა პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრირებული სისტემის დანერგვის ხელშეწყობა, რაც მდგომარეობს შემდეგში:

შერჩეულ სექტორში ხორციელდება სხვადასხვა სახის მომსახურება ინტეგრირებული წესით, ანუ “საერთო საქმეში თითოეულს შეაქვს თავისი წვლილი”. ამასთანავე, არსებობს მმართველი ჯგუფი, რომელიც ითანამშრომლობს მომსახურების შემსრულებელ ყველა რგოლთან და მონაწილეობს

მზრუნველობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პრობლემის მოგვარებაში. მმართველი ჯგუფის მეთოდოლოგია ორიენტირებულია შემთხვევათა მენეჯმენტზე და განათლებაზე.

ეს სქემა შეიძლება ეფექტური იყოს საშუალო და მცირე ზომის რეგიონებში, რადგან დიდი რეგიონების და ქალაქების სისტემები ძალიან რთულია.

კანონმდებლობა, რეკომენდაციები და სტანდარტები

პალიატიური მზრუნველობის მომწოდებლები კარგად უნდა იცნობდნენ შესაბამის კანონმდებლობას – კანონებს, დადგენილებებს, ბრძანებებს, ასევე არსებულ სტანდარტებსა და ინსტრუქციებს.

ოპიოიდების ნებადართულობისა და ხელმისაწვდომობის ყველა პრობლემის (საკანონმდებლო, ორგანიზაციული და პროტოკოლური) მოგვარება – ეს არის ძირითადი მოთხოვნა, რომელიც თან სდევს პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის განვითარებისა და გაფართოების პროცესს და ამასთანავე, წარმოადგენს ამ გაფართოების ძირითად ბერკეტს ოპიოიდები პაციენტებისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს როგორც ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, ასევე ბინაზე მზრუნველობის პირობებშიც.

ტრეინინგისა და კვლევის სტრატეგიები

პალიატიური მზრუნველობაში ტრეინინგის ფორმა და მიზანი უნდა დაიგეგმოს სამიზნე ჯგუფებისა და პალიატიური მზრუნველობის მომწოდებლების შესაძლებლობების, ასევე დაფინანსების მასშტაბის გათვალისწინებით.

ტრეინინგის პროცესში გათვალისწინებული უნდა იყოს ის რეალობა, რომ ადამიანებს სწავლის და ათვისების განსხვავებული უნარი გააჩნიათ. ამიტომ, განსაკუთრებით მიზანშეწონილია ადაპტაცია თითოეულ კოლექტივთან.

ტრეინინგები უნდა ხდებოდეს ქვეყანაში მოქმედი წესით აკრედიტებული დიპლომისშემდგომი სპეციალიზაციის, სუბსპეციალიზაციის, უწყვეტი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების პროგრამების ფარგლებში. ტრეინინგებს უნდა წარმართავდნენ დარგის ლიდერი ორგანიზაციების წარმომადგენლები, ასევე მიზანშეწონილია უცხოეთიდან მოწვეულ გამოცდილ სპეციალისტთა (ექსპერტთა) დახმარების გამოყენება.

კვლევა ერთ-ერთი ქვაკუთხედი პალიატიური მზრუნველობის გაუმჯობესების, ფაქტების განზოგადებისა და სანდოობის გაზრდისათვის. პალიატიურ

მზრუნველობასთან დაკავშირებულმა კვლევამ შეიძლება მოიცვას მრავალი საკითხი. კვლევისათვის გამოყენებული მეთოდოლოგია შეიძლება იყოს როგორც რაოდენობრივი, ასევე ხარისხობრივი.

საერთაშორისო გამოცდილება ადასტურებს, რომ მარტივი, აღწერილობითი ხასიათის კვლევები შეიძლება იყოს ძალიან ინფორმაციული და ხანდახან გახდეს შემდგომი გაღრმავებული კვლევების საფუძველი. კვლევის მიზნის მიღწევისა და სანდო დასკვნების მიიღებისათვის აუცილებელი და ერთადერთი ძირითადი მოთხოვნაა შეძლებისდაგვარად სწორი ამოცანის დასახვა. ნებისმიერი პალიატიური მზრუნველობის სამსახურისათვის კვლევა უნდა განიხილებოდეს, როგორც ერთ-ერთი და აუცილებელი საქმიანობა.

მონიტორინგი

პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის შეფასების ინდიკატორები:

მომსახურების გეოგრაფიული (მასშტაბი) არეალი, სპეციფიკურ მომსახურებათა რაოდენობა, მზრუნველობა მიღებული პაციენტთა რაოდენობა, ხელმისაწვდომობა, მზრუნველობის ხანგრძლივობა, ოპიოიდების მოხმარება, ტერმინალური პაციენტების მიერ სამკურნალობად საშუალებათა გამოყენება, გარდაცვალების (ბინაზე თუ სტაციონარში) ის მაჩვენებლები, რომელთა ანალიზის საფუძველზეც ფასდება პალიატიური მზრუნველობის ხარისხი.

სტაციონარული მომსახურების შემთხვევაში ინდიკატორები შეიძლება პაციენტების ნაკადი იყოს, გარდაცვალების ინდექსი, მომსახურების გაგრძელების მასშტაბი, (გეოგრაფიული დაფარვა, პაციენტთა მოთხოვნების დაკმაყოფილების ხარისხის მაჩვენებელი, ფასები და სხვა).

წარმატებული გამოცდილება

ჯანმო-ს მიერ ესპანეთში, ინდონეზიაში, მონღოლეთში, იორდანიაში, უნგრეთში და სხვა ქვეყნებში განხორციელებული პალიატიური მზრუნველობის საჩვენებელი პროექტების და სხვა მსგავსი ინიციატივების მიზანი იყო პალიატიური მზრუნველობის დაენერგვის ხელშეწყობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში.

ჯანმო-სავე შეფასებით პროექტები ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა პაციენტთა საჭიროებისა და მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების თვალსაზრისით. დადასტურდა, რომ პალიატიური მზრუნველობა ეფექტური და რენტაბელურია.

სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული ანკეტური კვლევებით ყოველთვის დასტურდება პალიატიური მზრუნველობის მომხმარებლების კმაყოფილება, რაც შესაბამისად აისახება მარკეტინგზე.

ხარჯთეფექტურობა

რაც შეეხება ხარჯთეფექტურობას, კვლევების შედეგები უჩვენებს, რომ პალიატიური მზრუნველობის სისტემის დანერგვის შედეგად, ქრონიკულ ინკურაბელურ პაციენტებზე, მათი სიცოცხლის ბოლო პერიოდში სამედიცინო (და სოციალურიც) მომსახურების ჯამური ღირებულება მცირდება 10-დან 50%-მდე.

პალიატიური მზრუნველობის ხარჯთეფექტურობა ეფუძნება:

1. “მზრუნველობის” (იდეოლოგიურ) განსხვავებას “მკურნალობისაგან”;
2. კოორდინაციის მაღალ ხარისხს;
3. პაციენტის და ოჯახის წევრების ინფორმირებულობისა და “სამედიცინო განათლების” დონის გაზრდას.

(A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which... García-Pérez et al. *Palliat Med*.2009; 23: 17-22)

მოვიტანო რამოდენიმე მაგალითს:

- პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის ხარჯთეფექტურობის რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა კიბოს ტერმინალური სტადიის მქონე პაციენტებში დიდ ბრიტანეთში (JP Raftery, JM Addington-Hall, LD MacDonald, HR Anderson, JM Bland, J. Chamberlain, and P. Freeling. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1996 10: 151-161)

- გამოკვლეული იქნა 1 წელზე ნაკლები სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზის მქონე (167) პაციენტი. ერთი ნაწილი ღებულობდა პალიატიურ მზრუნველობას, მეორე ნაწილი აგრძელებდა “მკურნალობას”;
- აღმოჩნდა, რომ ორივე ჯგუფში ლეტალური გამოსავალი დადგა ერთსა და იმავე დროში;
- ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად ნაკლები (24) იყო პალიატიური მზრუნველობის ჯგუფში, ვიდრე “მკურნალობის” ჯგუფში (40);
- პალიატიური მზრუნველობის პირობებში ერთ პაციენტზე გაწეული ხარჯი თითქმის განახევრდა 4774 £ vs 8034;

- ტერმინალური სტადიის კიბოს მქონე პაციენტების ბინაზე მოვლის პირობებში პალიატიური მზრუნველობის რესურსების ხარჯთეფექტურობა (მორფინის პერორალური ხსნარის და სხვა ანალგეტიკების ჩათვლით) – სტაციონარულ პალიატიურ მზრუნველობასთან შედარებით (P. O. Witteveen, M. A. C. van Groenestijn, G. H. Blijham & A. J. P. Schrijvers. Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer Ann Oncology, 10: 161-165, 1999)

- 128 რეტროსპექტული დაკვირვება და 28 პროსპექტული (მიმდინარე);
- ხარჯი/პაციენტი/დღე: 750 \$ საკონტროლო ჯგუფში;
- ხარჯი/პაციენტი/დღე: 250-300\$ სახლში მომსახურების ჯგუფში

დასკვნა:

მნიშვნელოვანი დანახოები მიიღება როდესაც პალიატიური მზრუნველობა გადაგვაქვს ბინის პირობებში

- პალიატიური მზრუნველობის რეგიონული პროგრამის ხარჯთეფექტურობის შეფასება კანადაში - Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, Brenneis C, Quan H, Hanson J. The impact of a regional palliative care program on the cost of palliative care delivery. J Palliat Med. 2000 Summer;3(2):181-6.)

- პალიატიური მზრუნველობის სისტემის დანერგვამ გადაუდებელი დახმარების დაწესებულებაში და ტერმინალური მდგომარეობების მართვაში ოჯახის ექიმების ჩართვამ მნიშვნელოვნად შეამცირა პალიატიური მზრუნველობის მთლიანი ღირებულება: 11.960.000 \$ (1992/93) - დან 3.450.000 \$ (1096/97) – მდე.

- ბინაზე პალიატიური მომსახურების ხარჯის შემცირება (Serra-Prat M, Gallo P, Picaza JM. Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. Palliat Med. 2001;15:271-278); კატალონიაში კვლევით დადასტურდა 71%-ით მეტი ხარჯი სტაციონარში, ვიდრე ბინაზე მოვლის ჯგუფში.

- პალიატიური მზრუნველობის ღირებულების შეფასება შვედეთში (CM Edenbrandt, 2008 – მოწოდებულია იან სტჯერნსგორდის მიერ)

ფონი

- 1.2 მილიონი მოსახლე
- 12000 კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა წელიწადში

- სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს სიკვდილის შემთხვევების 10% (4-17% პროვინციებში)
- ბაზისური პალიატიური მზრუნველობა ჰოსპიტალში და ექთნის ბინაზე მომსახურებით მოიცავს 10800 პირს წელიწადში

ღირებულება

- 1341 კრონა/24 საათში - ბინაზე მოვლის დროს
- 5685 კრონა/24 საათში - ჰოსპისში
- 6000 – 8000 კრონა/24 საათში - ჰოსპიტალის შემთხვევაში

უნდა აღინიშნოს, რომ “კოხრეინის კოლაბორაციამ”, რომელიც წარმოადგენს ფაქტებზე დამყარებულ კვლევების შედეგების განზოგადოების ყველაზე აღიარებულ ინსტიტუტს, 2009 წლის თებერვალში გამოაქვეყნა დაგეგმილი კვლევის “მოზრდილთა პალიატიური მზრუნველობის ხარჯთეფექტურობის შეფასების” პროტოკოლი

Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults... 13-Feb-2009

Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers

Protocol information

Authors

Barbara Gomes¹, Irene J Higginson¹, Paul McCrone²

¹Palliative Care, Policy and Rehabilitation, King's College London, London, UK

²Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

ამდენად, სარწმუნოდ შეიძლება ითქვას, რომ ახალ მომავალში გვექნება თანამედროვე მეთოდოლოგიით დადასტურებული პალიატიური მზრუნველობის ხარჯთეფექტურობის მტკიცებულება.

ჰანმო-ს ხელშეწყობით, “სიმსივნური ტკივილის პროგრამის” ფარგლებში და რაციონალური დაგეგმვის პრონციპების გათვალისწინებით, ოთხმოცდაათიან წლებში რამოდენიმე პროექტი შემუშავდა და განხორციელდა. ედმონტონში (კანადა) დაინერგა რაციონალური სტრატეგია, რომელმაც გამოიღო შესანიშნავი შედეგები სიმსივნით მომაკვდავ პაციენტებზე მზრუნველობისას. კატალონიაში 7 მილიონი მცხოვრებისათვის, ჰანმო-ს საჩვენებელი პროექტის დახმარებით შეიქმნა შესაძლებლობების ფართო არჩევანი (ბინაზე მზრუნველობის 70 გუნდი, 52 განყოფილება და 34 საავადმყოფოს მხარდამჭერი გუნდი) და სიმსივნიანი და ხანდაზმული პაციენტებისათვის მიღწეული იყო ფართო მასშტაბიანი, ეფექტური და რენტაბელური მომსახურების უზრუნველყოფა. უკანასკნელი 10 წლის

განმავლობაში პალიატიური მზრუნველობის წარმატებული პროგრამები განხორციელდა ესტრემადურაში (ესპანეთი), პოლონეთში, უნგრეთში, სლოვენიაში.

წარმატებულ მაგალითებს შეიძლება შევხვდეთ მთელს მსოფლიოში: უგანდაში სისტემური მიდგომის შედეგად განვითარდა რაციონალური პოლიტიკა და შეიქმნა პალიატიური მზრუნველობის წამყვანი ცენტრები, სადაც შიდა დაავადებულებზედაც ზრუნავენ.

წარმატებული პროგრამების კარგი მაგალითებია ჩილეში, ავსტრალიაში, იორდანიაში და მონღოლეთში განხორციელებული პროცესები.

სხვადასხვა გეოგრაფიულ, კულტურულ, სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოში მიღებული გამოცდილებები აჩვენებს, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის რაციონალური გეგმები ეფექტური, რენტაბელური და განხორციელებადია ყველა ადგილას, თუკი პრინციპები მკაფიოდაა ჩამოყალიბებული, სერიოზულადაა გაცნობიერებული ვალდებულება და არსებობს სწორი ხელმძღვანელობა. ამ დაგროვილი, უზარმაზარი გამოცდილების გაანალიზების შედეგად პალიატიური მზრუნველობა აღიარებულია როგორც ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერი სისტემის განუყოფელი ნაწილი (ჯანმო, 2004).

ხშირი დილემები და აზრთა სხვადასხვაობა

პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების შედგენისას ან ეროვნული მოდელის შემუშავებისას ძირითადი დილემებისა და აზრთა სხვადასხვაობის ყველაზე ხშირი მიზეზებია ამ პროგრამის მასშტაბთან, მოქმედების გეოგრაფიასა და სასტარტო საშუალებებთან, მათ შორის ფინანსებთან დაკავშირებული საკითხები.

წინააღმდეგობები

პალიატიური მზრუნველობის დანერგვა ხელს უწყობს ახალი მომსახურების შექმნას, რომელის საშუალებითაც შორსწასული ქრონიკული დაავადებით შეპყრობილი და ტერმინალური პაციენტების მზრუნველობა უმჯობესდება, მაგრამ, ამასთანავე, ცხადია, ამ ინიციატივას, შეაქვს გარკვეული ცვლილებები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში.

ეს მიდგომა შეიძლება გახდეს კოლექტივების, პირადი, მათ შორის ძალაუფლების მქონე ადამიანთა ინტერესების წინააღმდეგობების მიზეზი. ეს არის ყველასათვის კარგად ცნობილი უარყოფის განწყობები (“ჩვენ ხომ უკვე ვაკეთებთ

ამას!”) ან ძალაუფლების მქონე ადამიანთა რეაქციები განვითარებაზე (“ჩვენ უნდა განგეარგოთ ეს სფერო!... და მერე ვიმოქმედებთ შესაბამისად”).

შეზღუდული ბიუჯეტი ძალიან ხშირი არგუმენტია, რომელიც წარმოდგენილია ჯანმრთელობის დაცვის ადმინისტრაციისა და მმართველი ორგანოების მხრიდან. ამ საკითხების მოგვარების აპრობირებული მეთოდია “კატალიზური ინვესტიცია” პროცესის თანდათანობითი გენერალიზაციით. ეს ნიშნავს მხარდამჭერი გუნდის შესაქმნელად დახარჯულ მცირე რაოდენობის თანხას, რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს მზრუნველობის ხარისხს და გაზრდის სისტემის ეფექტურობას.

უნდა აღინიშნოს, რომ ბიუჯეტის სიმცირის პრობლემა მკვეთრად იკლებს, თუ პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებულ საგანმანათლებლო, მეთოდური და კვლევითი საქმიანობის ხარჯებს თავის თავზე იღებენ საერთაშორისო სპონსორები დონორი და სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციები.

* * *

განვითარებულ ქვეყნებში ასაკოვან ადამიანთა რიცხვი სულ უფრო იზრდება და აქედან გამომდინარე, ახლო მომავლისათვის (მოკლევადიანი პერსპექტივის თვალსაზრისით) პალიატიური მზრუნველობის განვითარება ხანდაზმულთათვის და არასიმსივნური ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტთათვის აქტუალური ამოცანას წარმოადგენს.

პალიატიური მზრუნველობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის მრავალი რგოლის ინტერესის საგანი ხდება. ის უნდა არსებობდეს და ხელმისაწვდომი იყოს ყველა დონეზე.

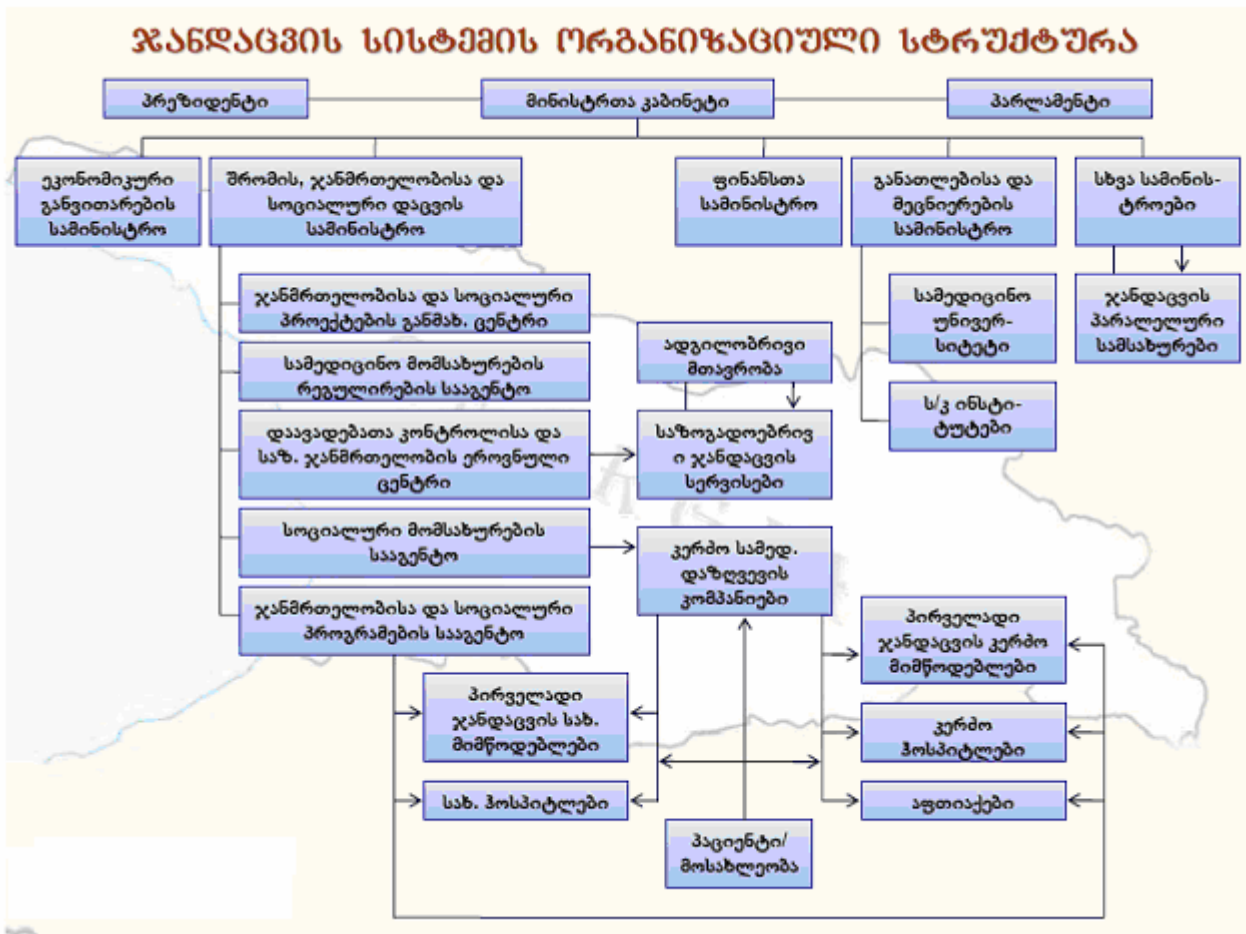
პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო კურსი და მასთან დაკავშირებული ტრენინგები უნდა იყოს შეტანილი ჯანმრთელობის დაცვასთან კავშირში მყოფი ფაკულტეტების (სამედიცინო, საექთნო, ფსიქოლოგიური, სოციალური) სასწავლო პროგრამებში. ბევრია გასაკეთებელი პალიატიურ მზრუნველობის სფეროში წარმოებული სპეციფიკური კვლევების დაგეგმვისა და განვითარების თვალსაზრისითაც.

საშუალო განვითარების ქვეყნებში პალიატიური მზრუნველობისა და ხანდაზმულებზე მზრუნველობის მიმართულებების შექმნა კარგი შესაძლებლობაა ჯანმრთელობის დაცვის ფასეულობების გაუმჯობესებისა და ორგანიზაციული ცვლილებების გაადვილებისათვის.

პალიტიკური მზრუნველობა საქართველოში (არსებული რეალობის ანალიზი)

საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა დღეისათვის ჩამოყალიბების პროცესშია. ამჟამად მიმდინარებს მე-20 საუკუნის ბოლოსათვის პრიორიტეტულად მიჩნეული, პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული მოდელის კონცეფციის უფრო კომპლექსური განვითარების მოდელის კონცეფციით ჩანაცვლება.

ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული სტრუქტურა ასე გამოიყურება:



მიუხედავად წარმოდგენილი სქემის მრავალკომპონენტურობისა, დღეისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში პრინციპულად შესაძლებელია სამი, ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული სფეროს გამოყოფა:

1. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა,
2. პირველადი ჯანდაცვა
3. ჰოსპიტალური სექტორი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

საბჭოური სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის ტრანსფორმაცია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემად, რომელიც ჯერ კიდევ 1996 წელს დაიწყო, ჯერაც არ არის მიყვანილი ისეთ ლოგიკურ ჩარჩომდე, რომელიც სფეროს განვითარების პერსპექტივებს მეტ-ნაკლებად პროგნოზირებადს გახდიდა.

საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროს მოწყობის კონცეპტუალური სქემა, კომპეტენციათა გამიჯვნის კონფიგურაცია, მიზნობრივი დატვირთვა, სამართლებრივი უფლება-ვალდებულებანი განისაზღვრება 2007 წელს მიღებული საქართველოს კანონით “საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ”.

კანონის მიხედვით, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა განიმარტება, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ, დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლისაკენ მიმართულ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა, გადამდები და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება.

კანონის შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროს კომპეტენციას მიკუთვნებულ საკითხებს წარმოადგენს: გადამდებ დაავადებათა პროფილაქტიკა, გადამდებ დაავადებათა გამოვლენა, პირის იზოლაცია და კარანტინში მოთავსება, ბიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით ატმოსფერული ჰაერის, წყლის, ნიადაგის, ხმაურის, ვიბრაციისა და ელექტრომაგნიტური გამოსხივების მანორმირებელი ნორმების დადგენა და მათ დაცვაზე ზედამხედველობა, ქიმიური და რადიაციული უსაფრთხოების, ტექნოლოგიური პროცესებისა და პროდუქციის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის, დედათა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის პოლიტიკის განსაზღვრა, თამბაქოს მოხმარების კონტროლი, ნარკომანიის, ტოქსიკომანიისა და ალკოჰოლიზმის წინააღმდეგ ბრძოლის პოლიტიკის წარმოება.

“საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ”, კანონის ამოქმედება მიზნად ისახავს კომპეტენციათა გადანაწილებას საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში სხვადასხვა სამინისტროებსა და ადგილობრივ თვითმმართველობას შორის (სოფლის მეურნეობის სამინისტრო, გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტრო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, შინაგან საქმეთა სამინისტრო, თავდაცვის სამინისტრო, იუსტიციის სამინისტრო), ხოლო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განსაზღვრასა და

განხორციელების კოორდინაციას აკისრებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

აღნიშნული პროცესებისა და მისი განმახორციელებელი სახელმწიფო უწყებების გათვალისწინებით, თუ ერთხელ კიდევ გადავხედავთ ზემოთ მოტანილ იმ აქტივობათა ჩამონათვალს, რომლის გარეშეც ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარება ვერ მოხდება, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა შეიძლება ამ უკანასკნელის განვითარების მძლავრ ბერკეტად იქცეს;

⇒ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა ხელს შეუწყობს შესაბამისი შრომის ბაზრის ჩამოყალიბებას, შესაბამისი ადამიანური რესურსების განვითარების ხედვის შემუშავებას.

⇒ ამ გზით საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფერო შეიძენს ახალ შინაარსობრივ დატვირთვას, რაც მოახდენს ამ ცნების მაქსიმალურ მიახლოებას ამერიკულ-ევროპულ შინაარსთან.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სავარაუდო სტრუქტურა ასე შეიძლება იქნას აგებული:

- პოლიტიკისა და სტრატეგიის განმსაზღვრელი სტრუქტურა სამინისტროს ცენტრალურ აპარატში;
- სტრატეგიის განმახორციელებელი, მაკოორდინებელი, მონიტორინგისა და ანალიტიკური საქმიანობის განმახორციელებელი, გარკვეული დამოუკიდებლობით აღჭურვილი სტრუქტურა დედაქალაქსა და რეგიონებში, ადგილებზე, (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი და მისი წარმომადგენლობა).
- საგანმანათლებლო, საექსპერტო და კვლევითი სამუშაოების უზრუნველყოფი ფინანსური ინსტრუმენტი სახელმწიფო პროგრამების სახით.

პირველადი ჯანდაცვა და პოსპიტალური სექტორი

მეოცე საუკუნის მიწურულიდან საქართველოში დაიწყო ექიმთა (განსაკუთრებით, თერაპიული პროფილის სპეციალისტთა) ოჯახის ექიმებად გადამზადების, ხოლო არსებული პოლიკლინიკების სისტემის საოჯახო მედიცინის ცენტრებად გარდაქმნის პროცესი.

სხვადასხვა მიზეზის გამო ეს პროცესი შეფერხებებით მიმდინარეობდა და მიმდინარეობს. ამით არის განპირობებული ის, რომ ჯანდაცვის სისტემაში დღეს ეს

ორი სტრუქტურა ერთმანეთის პარალელურად ფუნქციონირებს და მათი კომპეტენციებიც მეტ-ნაკლებად იდენტურია.

პოლიკლინიკები და საოჯახო მედიცინის ცენტრები არსებობს, როგორც ქალაქებში (მათ შორის დედაქალაქში), ისე რეგიონალურ და რაიონულ ცენტრებში.

ამასთანავე, სოფლად არსებობს სოფლის ექიმის და ექთნის ინსტიტუტი, რომელიც სოფლის მოსახლეობისათვის ქმნის ჯანდაცვის სისტემის პირველად რგოლს. სოფლის სამედიცინო პერსონალი წამოადგენს სოფლის ამბულატორიას და ხელშეკრულებით არის დაკავშირებული რეგიონის (რაიონის) საოჯახო მედიცინის ცენტრთან ან პოლიკლინიკასთან, რომელიც გარკვეულ მონიტორინგს უწევს მათ პროფესიულ საქმიანობას და ეხმარება რთული შემთხვევების მართვაში.

სოფლის ექიმის ინსტიტუტის განვითარების ხელშეწყობის დამადასტურებელი ზოგიერთი მონაცემი.

- 2009 წლისთვის რეაბილიტირებული და აღჭურვილია 178 პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, გადამზადებულია 1200 ოჯახის ექიმი და 1037 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი.
- 2008 წ. 777 სოფლის ექიმს გადაეცა 2000 ლარი სოციალური დახმარების სახით, სოფლად პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პრაქტიკის სტანდარტული აღჭურვილობის შესაძენად
- 2009 წ. სოფლის ამბულატორიები ჩამოყალიბდნენ მეწარმე-ფიკიზურ პირებად და 1360 ექიმსა და 1480 ექთანს გაუფორმდათ ხელშეკრულებები ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროგრამების სააგენტოსთან

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და ექთნების სახელფასო განაკვეთები

პერსონალი	2007	2008	2009
სოფლის ექიმი (გადამზადებული)	280	332	456
სოფლის ექთანი (გადამზადებული)	170	226	304
სოფლის ექიმი (გადაუმზადებელი)	146	215	456
სოფლის ექთანი (გადაუმზადებელი)	112	160	304
ფერშალი	112	160	304

ქალაქის მოსახლეობისათვის ჯანდაცვის პირველად რგოლს წარმოადგენენ ოჯახის ექიმი (და ექთანი) ან უბნის პოლიკლინიკის თერაპევტი (და ექთანი). საჭიროების შემთხვევაში საოჯახო მედიცინის ცენტრებში და პოლიკლინიკებში ხდება პაციენტთა გადრმავეებული გამოკვლევა და ბინაზე მკურნალობა (თუ ეს შესაძლებელია), ან ჰოსპიტალიზაცია.

რეგიონულ (რაიონულ) ცენტრებში განთავსებულია ჰოსპიტალური სექტორის სტრუქტურები – საავადმყოფოები (სტაციონარები). მათ უმრავლესობას შეუძლია II და III დონის სამედიცინო მომსახურების გაწევა. ეს სტაციონარები ურთიერთქმედებენ რეგიონის (რაიონის) პოლიკლინიკებთან და/ან საოჯახო მედიცინის ცენტრებთან.

დიდ ქალაქებში (მაგ., თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი), გარდა II და III დონის სამედიცინო მომსახურების მქონე სტაციონარებისა, განლაგებულია მაღალკვალიფიციური კლინიკები და ე.წ. ეროვნული ცენტრები (მაგ. ღუდუშაურის კლინიკური მედიცინის ეროვნული ცენტრი, ონკოლოგიის, ქირურგიის, თერაპიის, ფილტვის დაავადებებისა და ფტიზიატრიის, რადიოლოგიისა და ინტერვენციული მედიცინის შიდსის, ინფექციურ სნეულებათა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრები და მისთ), სადაც ხორციელდება მრავალ- ან მონოპროფილური სამედიცინო მომსახურება საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად.

ამონარიდი ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმიდან (საქართველოს მთავრობის 2007 წ. 26 იანვრის №11 დადგენილება)

- მიზანი: ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრის შექმნა მოწყობის ძირითადი პრინციპები:
 - ახალი შენობების მშენებლობა, როგორც რეაბილიტაციის ალტერნატივა.
 - 15, 25, (რაიონებში) 50 და 100 საწოლიანი საავადმყოფოების ამოქმედება რეგიონულ ცენტრებსა და დიდ ქალაქებში
 - თბილისში ჰოსპიტლების მჭიდროდ განთავსდება კონკრეტულ ტერიტორიებზე (კლასტრები).
 - მონოპროფილური სერვისების ინტეგრაცია მრავალპროფილურ საავადმყოფოებში.
 - ჰოსპიტლების დაკომპლექტება სტანდარტული და მაღალტექნოლოგიური საწოლებით.

(შენიშვნა: 15 და 25 საწოლიან საავადმყოფოებში ერთ საწოლზე გამოყოფილი ფართი განისაზღვრება 50 კვ.მ-ით, ხოლო 50 და მეტ საწოლიან საავადმყოფოებში 75 კვ.მ-ით).

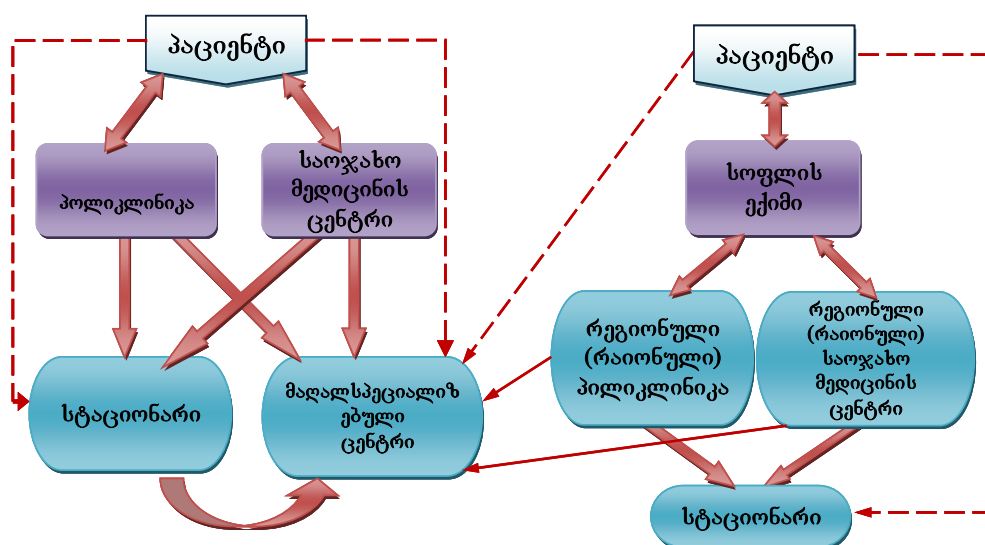
ჰოსპიტალური მომსახურების სიმძლავრე საქართველოში
100 ახალი საავადმყოფო

- 780 საწოლი – 44 (15 და 25 საწოლიან) საავადმყოფოში
- 7020 საწოლი – 56 (50 და მეტ საწოლიან) საავადმყოფოში

საწოლთა ფონდი

- 1036 სამეანო
- 1097 თერაპიული
- 676 პედიატრიული
- 308 ინფექციური
- 2458 ქირურგიული
- 348 რეანიმაციის
- 1882 ფსიქიატრიული, ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებისათვის და გრძელვადიანი მოვლისათვის (ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პალეოტიური მზრუნველობის სისტემის განვითარებისათვის. იხ. ქვემოთ).

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე საქართველოს პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტალური სექტორის ურთიერთმიმართება შეიძლება ასე იქნას წარმოდგენილი.



დიდი ქალაქი (თბილისი)

რეგიონი (რეგიონული/რაიონული ცენტრი და სოფელი)

ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ საბჭოთა პერიოდში ჰოსპიტალური სექტორის მაღალი ავტორიტეტის გამო, ინერციით, ხშირია პაციენტთა პირდაპირი მიმართვა სტაციონარებში.

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების ძირითადი გეგმა (პროექტი)

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ოპტიმალური განლაგების განსაზღვრის კრიტერიუმები

- 15 წუთიანი “მიღწევადობის პარამეტრი”
- საქართველოს მოსახლეობის 85%-იანი მოცვა
- ნაკლებად დასახლებულ მაღალმთიან ადგილებში ერთი ექთანი 250-1000 მოსახლეზე;
- ერთი ოჯახის ექიმის და ექთნის მიერ შექმნილი გუნდი 1000-2000 მოსახლეზე;
- ერთი ოჯახის ექიმის და ექთნის მიერ შექმნილი გუნდი 2400 მოსახლეზე თბილისში;
- ერთი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი განსაზღვრულია 20,000 მოსახლისათვის

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების შტატის საჭირო რაოდენობა:

- 2106 ოჯახის ექიმი;
- 1970 ზოგადი პრაქტიკის ექთანი
- (მათ შორის 450 ექიმი და ექთანი თბილისში);
- 305 ექთანი და ბეზიაქალი

ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის ზოგიერთი მაჩვენებელი.

(გამოყენებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (www.moh.gov.ge), დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკის დეპარტამენტის 2008 წ. სტატისტიკური ცნობარის (www.ncdc.ge), საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (www.geostat.ge) და სოციალური მომსახურების სააგენტოს (www.ssa.gov.ge) ბაზათა მონაცემები).

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს 2008 წლის დარგობრივი სტატისტიკური ანგარიშები ჩააბარა ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე 1048 დამოუკიდებელმა ლიცენზირებულმა დაწესებულებამ, მათ შორის

1044 დაწესებულება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ხოლო 4 - სხვა უწყებების დაქვემდებარებაშია.

1044 დაწესებულებიდან 265 სტაციონარულია, რომელიც ფუნქციონირებს 14069 საწოლზე. მათ შორის 241 საავადმყოფოა 12379 საწოლით, 8 დისპანსერი 156 საწოლით, 16 სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის (ეროვნული ცენტრის) კლინიკა 1534 საწოლით.

2008 წელს სტაციონარებში სამკურნალოდ შემოვიდა 320995 ავადმყოფი. აღინიშნა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის ზრდა. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100000 სულ მოსახლეზე იყო 7204,5. პაციენტთა მიერ გატარებული საწოლდღეების რაოდენობამ 2183714 საწოლდღე შეადგინა. 2008 წელს საწოლთა ფონდის გამოყენების მაჩვენებლები, წინა წელთან შედარებით, შეიცვალა: მოიმატა საშუალო დატვირთვამ (156,1) და ბრუნვამ (22,9), ხოლო საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე (320,9) და საწოლზე დაყოვნება (6,8) შემცირდა. დატვირთვის და დაყოვნების მაღალი მაჩვენებლებით ხასიათდება ონკოლოგიური/რადიოლოგიური, ფსიქიატრიული/ნარკოლოგიური და ტუბერკულოზის პროფილის საწოლები.

საანგარიშო წელს საქართველოს სტაციონარებიდან გაეწერა (გავიდა) 315829 ავადმყოფი, მათ შორის გარდაიცვალა 6140. ლეტალობის ზოგადი მაჩვენებელი იყო 1,9%. ავადმყოფთა საერთო რაოდენობიდან 22,0%-ს შეადგენს 0-15 წლამდე ასაკის კონტინგენტი.

დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით ყველაზე მაღალი ლეტალობით (12,6%) ხასიათდება სიმპტომების, ნიშნების და არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობების კლასი, რომელიც ჯანმოს კრიტერიუმების თანახმად არ უნდა გამოიყენებოდეს სიკვდილის მიზეზების აღსანიშნავად;

მაღალია ლეტალობის მაჩვენებლები დაავადებათა შემდეგ კლასებში: პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობები (8,6%); სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (6,1%) და თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები (4,4%).

2008 წელს საქართველოს სტაციონარებში ჩატარდა 121189 ოპერაცია (ლეტალობა 0,5%), მათ შორის 13943 ბავშვებში (ლეტალობა 0,6%). გადაუდებელი ოპერაციების წილი ჩატარებულ ოპერაციათა მთლიან რაოდენობაში 19,0%-ს შეადგენდა (ლეტალობა - 1,1%). ზოგადი ნარკოზი გამოყენებულ იქნა ოპერაციათა 59,2%-ში.

2008 წელს ანგარიშები წარმოადგინა 616 დამოუკიდებელმა ამბულატორულ-პოლიკლინიკურმა დაწესებულებამ და 72 სტაციონარში შემავალმა პოლიკლინიკამ.

საანგარიშო წლის განმავლობაში ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში რეგისტრირებულია 1809208 დაავადების შემთხვევა (პრევალენტობის მაჩვენებელი – 41270,3), მათ შორის სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით – 807497 (ინციდენტობის მაჩვენებელი – 18420,0). უკანასკნელ წლებში ზოგადი პრევალენტობის და ინციდენტობის მაჩვენებლები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება.

2008 წელს, ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობამ 1 სულ მოსახლეზე შეადგინა 2,1.

1 ექიმზე (სპეციალისტებთან მიმართვის ჩათვლით) აღრიცხულია 724.5 მიმართვა წელიწადში. უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ქსელის დატვირთვის მაქსიმალური მნიშვნელობა დაფიქსირდა 1988 წელს (84,7%), მინიმალური კი 2001 წელს (26,3%). 2008 წელს ქსელი მხოლოდ 37,5%-ით არის დატვირთული. *(შენიშვნა: ეს მონაცემი გასათვალისწინებელია პალიატიური მზრუნველობის დანერგვის პროცესში).*

საანგარიშო წელს პროფილაქტიკური გასინჯვები ჩატარდა 651381 ბავშვს და მოზარდ-მოსწავლეს. პროფილაქტიკური გასინჯვების შედეგად გამოვლინდა: სმენის დაქვეითება (0,12%), მხედველობის დაქვეითება (0,53%), მეტყველების დეფექტი (0,41%), სკოლიოზი (0,61%), ტანადობის დარღვევა (0,47%). სკოლის დამთავრების წინ გაისინჯა 16-18 წლამდე ასაკის 69746 მოზარდი, მათ შორის 39380 ვაჟი.

2008 წელს ამბულატორულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქირურგიულ განყოფილებებში ჩატარდა 27426 ოპერაცია.

2008 წელს საქართველოში ფუნქციონირებდა 22 დღის სტაციონარი 408 საწოლზე. დღის სტაციონარებში მკურნალობდა 9295 ავადმყოფი, რაც 2-ჯერ ნაკლებია წინა წელთან შედარებით.

2008 წელს საქართველოს სტაციონარების სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებმა მიიღო 20534 ავადმყოფი, მათ შორის 11727 ბავშვი.

2008 წლის ანგარიში წარმოადგინა ქვეყნის ტერიტორიაზე მოქმედმა 73 სასწრაფო დახმარების სადგურმა. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურებს ემსახურებოდა 1514 ექიმი, 960 საშუალო და 127 უმცროსი სამედიცინო მუშაკი. ზოგადი პროფილის გამსვლელი ბრიგადების რაოდენობაა 283, სპეციალიზებულია 3. შესრულებულია 774192 გასვლა. გასვლებისას სამედიცინო დახმარება აღმოუჩინეს 768167 პირს, მათ შორის ზოგადი სამედიცინო პროფილის – 758280, სპეციალიზირებული – 9887 პირს. სამედიცინო დახმარებათა საერთო რიცხვიდან სახელმწიფო სტანდარტებით დახმარება გაეწია 754818 პირს, ხოლო შიდა სტანდარტებით - 13349-ს.

სისტემის მახასიათებლები:

ქვემოთ წარმოდგენილია ზოგიერთი სტატისტიკური მონაცემი, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნეს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სისტემის განვითარების სტრატეგიის ჩამოყალიბებისას.

საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს 4 385 400.

ადმინისტრაციული მოწყობის თვალსაზრისით ქვეყანაში არის ორი ავტონომიური რესპუბლიკა. მათი ჩათვლით ქვეყანა დაყოფილია 11 მხარედ (რეგიონად). ამ რეგიონებში გამოყოფილია 63 მუნიციპალიტეტი. 5 დიდი ქალაქი (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ფოთი და რუსთავი) წარმოადგენს თვითმმართველობის ობიექტს.



ქალაქები	
1	თბილისი
2	ქუთაისი
3	რუსთავი
4	ფოთი
5	ბათუმი
რეგიონები	
I	აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა
II	გურია
III	იმერეთი
IV	კახეთი
V	მცხეთა-მთიანეთი
VI	რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი
VII	სამცხე-ჯავახეთი
VIII	ქვემო ქართლი
IX	შიდა ქართლი
X	სამეგრელო-ზემო სვანეთი
XI	აფხაზეთი

მოსახლეობის განაწილება საცხოვრებელი გარემოსა და ასაკის მიხედვით (2009 წლის 1 იანვრის მონაცემებით)

ასაკი	სოფლის მოსახლეობა (%)	ქალაქის მოსახლეობა(%)	ქვეყანაში მოთხოვნიად (%)
5 წელს ქვემოთ	47.4% (რაოდენობა- 207630)	52.6% (რაოდენობა - 230910)	5.6
6-18			9.6
19-44			36.5
45-64			23.9
65 წელს ზემოთ			14.4

15 წლამდე ასაკის ბავშვთა პოპულაცია 17,6%-ია,

65 წელს ზევით ასაკობრივი ჯგუფი კი - 14,4%.

საქართველოში ოჯახის წევრთა საშუალო რაოდენობა არის 4

ძირითადი ეთნიკური ჯგუფები	რამდენი მოსახლეობაში %
ქართველი	83.8
აზერბაიჯანელი	5.7
რუსი	1.5
სომეხი	6.5
ოსი	0.9
ბერძენი	0.3
აფხაზი	0.1
ქურთი და იეზიდო	0.3
ებრაელი	0.4
ბელორუსი	0.4
სხვა	0.1

საქართველოს სახელმწიფო ენა არის ქართული, აფხაზეთის ავტონომიურ რესპუბლიკაში – ქართული და აფხაზური. პაციენტთან ურთიერთობა, ასევე, ზოგჯერ, შეიძლება საჭიროებდეს აფხაზური, რუსული, აზერბაიჯანული, სომხური და ოსური ენების ცოდნას.

ქვეყნის მოსახლეობის ~ 80% მართლმადიდებელია. ასევე არიან მუსლიმანები, კათოლიკეები, გრიგორიანები, იუდეველები.

საქართველოში უმუშევარია 315.8 ათასი ადამიანი (16.5%).

საშუალო შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე არის 146.4 ლარი.

საშუალო შემოსავალი ერთ ოჯახზე (ერთ შინამეურნეობაზე) არის 537.4 ლარი.

საარსებო მინიმუმი შეადგენს 126.1 ლარს (2009 წლის დეკემბრის მონაცემებით).

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფად ითვლება ოჯახი, თუ მას მინიჭებული აქვს 57 001 და ნაკლები სარეიტინგო ქულა.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ იმყოფება **544 031** ოჯახი (2010 წლის მარტის მონაცემებით). ისინი იღებენ სახელმწიფო სოციალურ დახმარებას.

ამასთანავე, ოჯახებს, რომელთა სარეიტინგო ქულაც არ აღემატება 70 001-ს, ეძლევათ სამედიცინო დაზღვევის ვაუჩერი.

საქართველოში არის 842 200 პენსიონერი, რაც შეადგენს მოსახლეობის 19,2 %-ს

2002 წლის მონაცემებით საქართველოში თამბაქოს ეწევა ქალთა 6,3%, ხოლო მამაკაცთა 53,8%. ახალი კვლევის დაწყება დაგეგმილია 2010 წელს.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 74,2 წელი (მამაკაცებში - 69,3, ხოლო ქალებში - 79,0 წელს)

ცოცხალშობილთა რაოდენობამ 2008 წელს შეადგინა 56565; შობადობის მაჩვენებელი შეადგენს 12,9-ს (1000 მოსახლეზე)

სიკვდილობა

სიკვდილობის მაჩვენებელი 10000 მოზრდილ მოსახლეზე (15-60 წლამდე ასაკის) შეადგენს 11,3 (2008 წლის დეკემბრის მონაცემი).

სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები მოყვანილია ცხრილში

	სიკვდილობა/წელიწადში%	მაჩვენებელი (100 000 მოსახლეზე)
კარდიოვასკულური დაავადებები	64.1% რაოდენობა 27579	629.1
რესპირატორული	რაოდენობა 1237	28.2

დაავადებები		
ნეოპლაზმები (კიბო)	10.8% რაოდენობა 4661	106.3
უბედური შემთხვევები (არა განზრახ)	2030	46.5
ენდოკრინული დაავადებები	630	14.4
ნევროლოგიური დაავადებები	283	6.5
საჭმლის მომნელებელ ოვანოთა დაავადებები (მათ შორის ღვიძლის დაავადებები, მათ შორის ციროზი)	1260	28.7
შარდსასქესო სისტემის დაავადებები (თრქმლის დაავადებები)	322	7.3
ინფექციური დაავადებები, სეპტიცემია, მალარია, ტუბერკულოზი, დიზენტერია და სხვა)	368	8.4
აივ ინფექცია/შიდსი	75 (2007 წელი) 87 (2008 წელი)	
განვითარების თანდაყოლილი მანკები	125	2.9
პერინატალური პერიოდის მდგომარეობა	783	17.9
სხვა მიზეზები/არაზუსტად აღნიშნული მდგომარეობები	8.5% რაოდენობა 3669	83.7
საერთო სიკვდილობა	43011	981.1

1 წლამდე გარდაცვლილ ბავშვთა რაოდენობამ 2008 წელს შეადგინა 959.

1 წლამდე ბავშვებში სიკვდილობის მაჩვენებელი შეადგენს 17.0 (1000 მოსახლეზე).

5 წლამდე ასაკში 2008 წელს გარდაიცვალა 85 ბავშვი. სიკვდილობის მაჩვენებელი შეადგენს 0.5-ს (1000 მოსახლეზე).

ავთვისებიანი სიმსივნეები

ავთვისებიანი სიმსივნის (კიბო) ახალ შემთხვევათა რაოდენობა უკანასკნელ წლებში

წელი	შემთხვევა
2001	6927
2002	7092
2003	7117
2004	8347
2005	8364
2006	9186
2007	7445
2008	7886

კიბოს ტიპები

სიხშირის მიხედვით 5 ძირითადი კიბო თითოეულ სქესში		
ქალი		კიბოს ტიპი B.I
	1	სარძევე ჯირკვალი
	2	საშვილოსნოს ყელი
	3	კუჭი
	4	სწორი ნაწლავი
	5	ლიმფოიდური, სისხლმზადი და მონათესავე ქსოვილები
მამაკაცი		კიბოს ტიპი B.I
	1	ტრექა, ბრონქები, ფილტვი
	2	კუჭი
	3	წინამდებარე ჯირკვალი
	4	ხორხი
	5	სწორი ნაწლავი

კიბოს სტადია (პროცენტებში) დიაგნოზის დასმის მომენტში (2006-2008 წლების მონაცემებით)

სტადია	პროცენტი	
	საშვილოსნოს ყელი	ძუძუ
I	12.4	7.4
II	36.0	39.7
III	22.1	25.4
IV	25.1	24.0
უცნობი	4.5	3.5
სულ	100%	100%

2008 წელს 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში დაფიქსირდა კიბოს 148 ახალი შემთხვევა

აივ ინფექცია/შიდსი

2008 წლის ბოლოსათვის საქართველოში რეგისტრირებულია შიდსის და აივ ინფიცირების 1851 შემთხვევა (459 ქალი და 1392 მამაკაცი), მათ შორის აივ ინფიცირების 845 და შიდსის 1006 შემთხვევა. სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით 2008 წელს გამოვლინდა 351 ახალი შემთხვევა, მათ შორის 175 შიდსის და 176 აივ-ინფექციის. გარდაიცვალა 87 ავადმყოფი. შიდსის და აივ-ინფექციის ახალი შემთხვევიდან 56,1% მოდის ნარკოტიკების ინიექციურ მომხმარებელზე, ხოლო 39,0% - სქესობრივ კონტაქტებზე. აღირიცხა დედიდან შვილზე ვერტიკალური გადაცემის 17 შემთხვევა.

საქართველოში აივ გადაცემის ყველაზე გავრცელებული გზაა ნარკოტიკების ინიექციური მოხმარება.

ანტირეტროვირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია ყველა დაავადებულისათვის და ფინანსდება გლობალური ფონდის პროგრამით.

ხანდაზმულები

საქართველოში არსებობს მოხუცთა და ინვალიდთა 4 სახლი 633 ადგილით, აქედან ფაქტობრივად დაკავებულია 319. ამ სახლების მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები 2008 წელს შეადგენს 1630500 ლარს.

საქართველოში, ალექსანდრე ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის ბაზაზე მოქმედებს გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი (გერონტოლოგიურ პრობლემათა კვლევის ცენტრი); თერაპიის ეროვნული ცენტრისა ბაზაზე ფუნქციობს გერიატრიის განყოფილება.

ადამიანური რესურსები

ექიმები

საქართველოში 2009 წლის მონაცემებით არის 20253 ექიმი (100000 სულ მოსახლეზე ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი შეადგენს 462 –ს).

20253 ექიმი სპეციალობის მიხედვით ასე ნაწილდება:

- თერაპევტი 1885
- ქირურგი (ბავშვთა ქირურგების ჩათვლით) 972
- ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი 850
- ტრავმატოლოგ-ორთოპედი 276
- კარდიოლოგი 623
- უროლოგი 231
- ონკოლოგი 255
- პედიატრი 1907
- ინფექციონისტი 258
- ოტოლარინგოლოგი 326
- ნევროპათოლოგი 634
- ოფთალმოლოგი 350
- სტომატოლოგი 1197
- მეან – გინეკოლოგი 1417

- ფთიზიატრი 145
- დერმატო-ვენეროლოგი 240
- ფსიქიატრი 215
- ენდოკრინოლოგი 307
- ოჯახის ექიმი 459
- სხვა სპეციალობები 7705

საშუალო სამედიცინო პერსონალი

საქართველოში 2009 წლის მონაცემებით არის 19593 ექთანი (100000 სულ მოსახლეზე შეადგენს 446.9).

საშუალო მედპერსონალის ტიპი	რაოდენობა	მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე
მედლა	3698	301.3
ფერშალი	1719	39.2
ბებიქალი	919	21.0
ფერშალ-მეანები	270	6.2
სხვა	3478	75.3

ჯანდაცვის დაზინანება

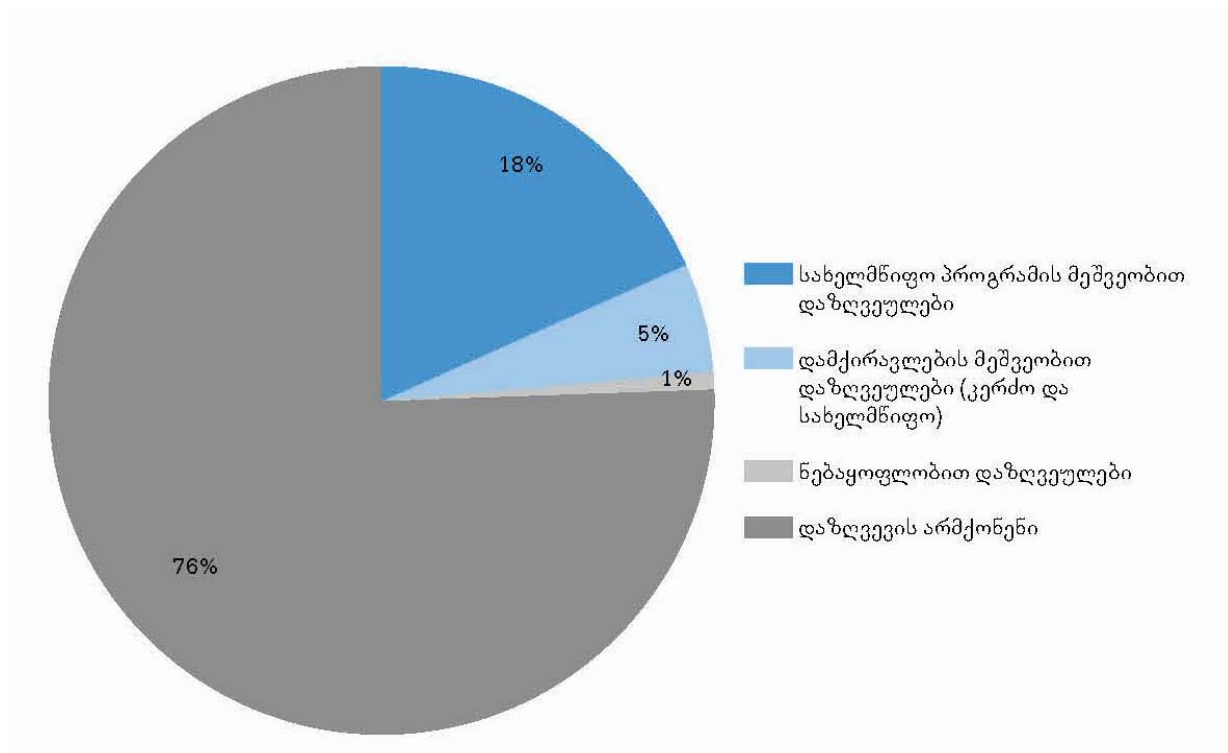
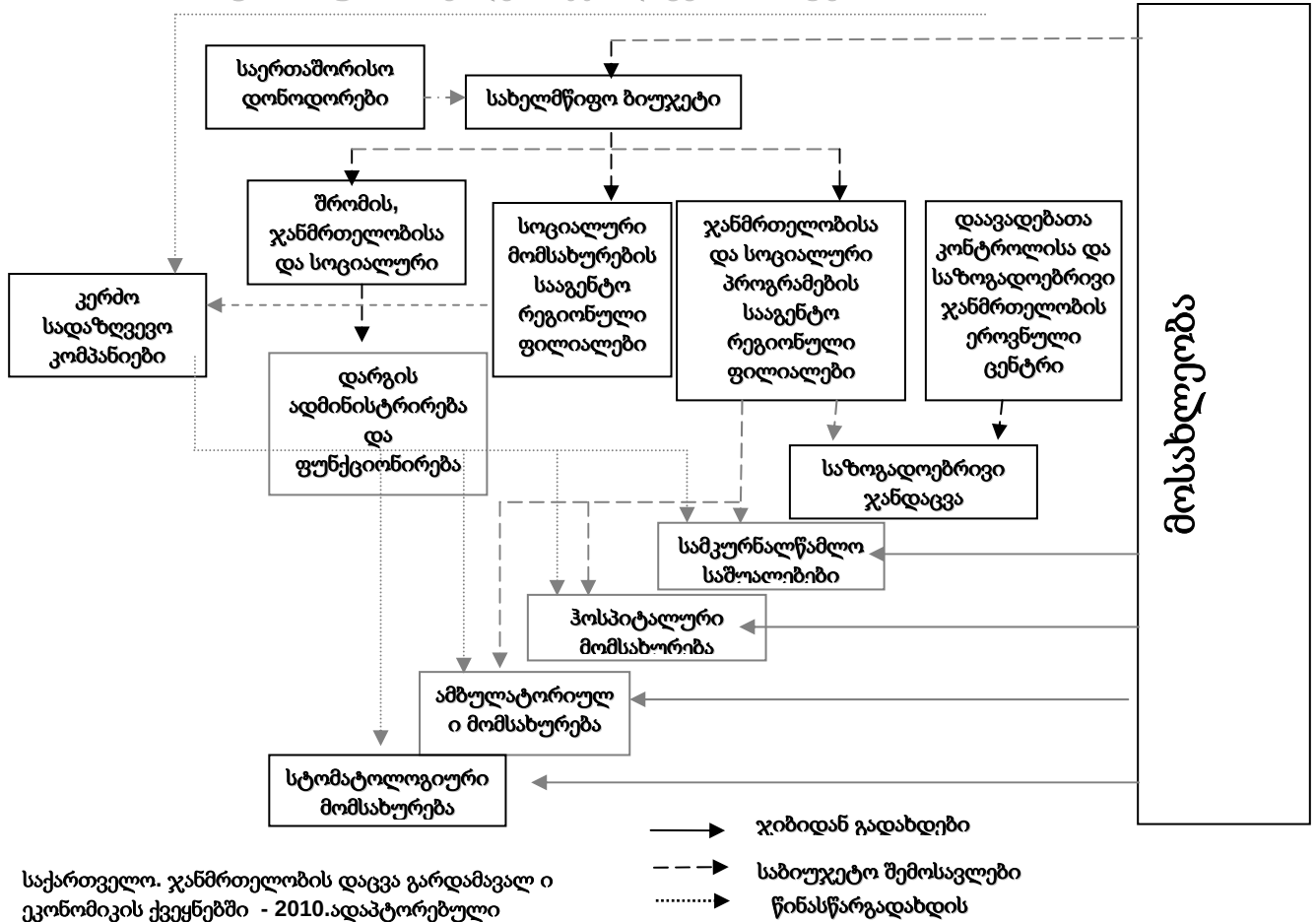
პალიატიური მზრუნველობის განვითარების სტრატეგიის განსაზღვრისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის დაზინანების თავისებურებები.

საქართველოში ჯანდაცვის დაზღვევის საერთო ეროვნული პროგრამა არ არსებობს. 60 წელს ზემოთ მყოფი მოსახლეობისთვის მოქმედებს სახელმწიფო ურგენტული პროგრამა.

სახელმწიფო სამედიცინო გაუქერის მფლობელია 900000 ადამიანი (სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი ადამიანები, დევნილები, მასწავლებლები, მზრუნველობას მოკლებული პირები (უპატრონოები), ძალოვანი სტრუქტურის წარმომადგენლები.)

12 მლნ ადამიანი დაზღვეულია კორპორატიული დაზღვევით, კერძო დაზღვევა აქვს ძალიან მცირე რაოდენობას.

ფინანსური ნაკადები ჯანდაცვის სისტემაში, 2010



დონორი ორგანიზაციების დაფინანსებით, არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ ცალკეულ კვლევებსა და პროექტებს ონკოპრევენციის, სკრინინგის, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობისათვის.

პალიატიური მზრუნველობის განვითარება საქართველოში

საქართველოში ბოლო 5 წლის განმავლობაში, სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციების:

- საქართველოს პარლამენტის (ჯანდაცვის და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის),
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს,
- ჯანდაცვის და სოციალური პროგრამების სააგენტო,
- ქ. თბილისის მერიის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა დეპარტამენტის,
- ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის,
- ფონდ "ღია საზოგადოება - საქართველოს",
- საქველმოქმედო-ჰუმანიტარულ ფონდ "SOCO" -ს
- პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის (ასოციაცია "ჰუმანისტა კავშირის"),
- ა/ო "ონკოპრევენციის ცენტრის"

ძალისხმევით, ამასთანავე,

- ღია საზოგადოების ინსტიტუტის (ნიუ-იორკი, აშშ),
- სან დიეგოს ჰოსპისისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (კალიფორნია, აშშ),
- უნგრეთის ჰოსპისთა ფონდისა და ცენტრალური ევროპის ჰოსპისის (ბუდაპეშტი, უნგრეთი),
- ევროპის მედიკოს ონკოლოგთა საზოგადოების (ESMO),
- HtH-ის

და სხვათა ფინანსური და ორგანიზაციული მხარდაჭერით, ასევე საქართველოს პირველი ლედის ოფისისა და საერთაშორისო ექსპერტების - მერი კალავეის, ფრანკ ფერისის, კარენ რაიანის (აშშ), იან სტრჯერნსვორდის (შვედეთი), ხავეერ გომეშ ბატისტეს (ესპანეთი), კატალინ მუზბეკის (უნგრეთი) და სხვათა

ხელშეწყობით განხორციელდა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის, როგორც სისტემის საფუძვლების შექმნა და მისი პრაქტიკული ამოქმედება.

ამის დადასტურებაა:

- "პალიატიური მზრუნველობის" ქართულენოვანი სასწავლო-მეთოდური მასალების გამოცემა;
- "პალიატიური მზრუნველობის" სასწავლო პროგრამის შექმნა და იმპლემენტაცია უმაღლეს და საშუალო პროფესიულ სასწავლებლებში;
- "პალიატიური მზრუნველობის" უსგ აკრედიტებული პროგრამების შექმნა და იმპლემენტაცია;
- პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარული ცენტრების ჩამოყალიბება და მათი დაფინანსება სახელმწიფოს მიერ (*ა/ო "ონკოპრევენციის ცენტრის" ფუნქციონს 18 საწოლზე, ხოლო ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის სამსახური, რომელიც წარმოდგენილია სტაციონარისაგან (17 საწოლზე) და მობილური საკონსულტაციო ცენტრისაგან. ორივე ფინანსდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან; ბათუმის ონკოლოგიურ ცენტრში პალიატიური მზრუნველობის საწოლები – 1000 კაც/დღე – ფინანსდება აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტიდან;*
- ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის მობილური გუნდების ჩამოყალიბება და მათი დაფინანსება სახელმწიფოს მიერ (*პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის (ასოციაცია "ჰუმანისტა კავშირის") მიერ ორგანიზებული ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის მობილური გუნდები თბილისში, ქუთაისსა და თელავში; ფინანსდება ცენტრალური ბიუჯეტიდან; აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის მობილური გუნდი ფინანსდება აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტიდან;*
- საანგარიშო მოხსენებების "პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამა საქართველოში" შექმნა (*მოხსენება შეადგინა ჯანმო –ს და ჯღია საზოგადოების ინსტიტუტის" ექსპერტმა იან სტჯერნსფორდმა*);

- საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტთან ”პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისის” შექმნა (ოფისის ხელმძღვანელი პროფ. დ. კორძაია);
- საქართველოში საერთაშორისო ინიციატივის “ტკივილისა და პოლიტიკის” სტიპენდიანტის მომზადება (ფ. ძოწენიძე);
- საზოგადოების ინფორმირებისა და გათვითცნობიერებისათვის ვიდეორგოლების და ბეჭდვითი მასალის მომზადება და გავრცელება პრესითა და ტელევიზიით;
- არასამთავრობო სექტორის ინიციატივები ”პალიატიური მზრუნველობის” განვითარებისათვის ფინანსების მოძიებისა და დონაციის კუთხით (*საქართველოს პირველი ლედის საქველმოქმედო-ჰუმანიტარული ფონდის "SOCO"-ს მიერ განხორციელდა ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის პილოტური პროექტის დაფინანსება და აღჭურვის ხელშეწყობა; “კორდეიდის” მიერ დაფინანსებული იქნა კავშირ “ონკოპრევენციის ცენტრის” პოსპისის სარემონტო და აღჭურვითი სამუშაოები*);
- შიდასაზოგადოებო დაავადებულთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის დაწყება საქართველოში (“გლობალური ფონდის” მიერ დაფინანსებულია პალიატიური მზრუნველობის პალატები და ბინაზე დახმარების გუნდები ქალაქებში თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში და ზუგდიდში);
- საქართველოს პარლამენტის მიერ ცვლილებებისა და დამატებების მიღება საქართველოს ოთხ კანონში (კანონები “ ჯანდაცვის შესახებ”, “საექიმო საქმიანობის შესახებ”, “პაციენტის უფლებების შესახებ” და “ნარკოტიკების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ”), რომელიც ხელს უწყობს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის განვითარებასა და მის ინტეგრაციას ეროვნული ჯანდაცვის სისტემაში;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალურ დაცვის მინისტრის და შინაგან საქმეთა მინისტრის მიერ შესაბამისი კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების გამოცემა და პალიატიური მზრუნველობის ინსტრუქციის დამტკიცება;

- პალიატიური მზრუნველობის შემდგომი დამკვიდრება-განვითარების გზაზე წამოჭრილი ორგანიზაციული (პროტოკოლური) პრობლემების მოგვარების მიზნით, 2009 წლის 17 მარტს, საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის მიერ სპეციალური სხდომის მოწვევა პოლიტიკურ-პროფესიონალური მრგვალი მაგიდის სახით – საქართველოს პირველი ლედისა და უცხოელი ექსპერტების მონაწილეობით და სპეციალური რეკომენდაციების შემუშავება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალურ დაცვის სამინისტროს მიმართ;
- პალიატიური მზრუნველობის 2 საერთაშორისო სპეციალისტის მომზადება აშშ-ში *(მედიცინის დოქტორებმა თ. რუხაძემ და ი. აბესაძემ გაიარეს სან დიეგოს (კალიფორნია) პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტში და 2010 წელს მოიპოვეს საერთაშორისო სპეციალისტის სერტიფიკატი);*
- სასწავლო/სატრენინგო კურსების ჩატარება საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში პალიატიურ მზრუნველობასთან მიმართების მქონე სამედიცინო პერსონალისათვის – ადგილობრივი ძალებით და/ან საერთაშორისო ექსპერტების მონაწილეობით *(კურსი გაიარა 300-ზე მეტმა ექიმმა და ექთანმა).*

მიღწეული შედეგების მიუხედავად, სამწუხაროდ, უნდა აღინიშნოს, რომ ქვეყანაში პალიატიური მზრუნველობა:

- ხორციელდება ცალკეული ინიციატივების და პილოტური პროგრამების სახით და არა როგორც სისტემა;
- არ არის ჩართული ჯანდაცვის ეროვნულ პროგრამაში, როგორც მისი განუყოფელი (ორგანიზაციულად, მეთოდურად, ფინანსურად) ნაწილი;

ამის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია ის, რომ არ არსებობს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამა, რომელიც:

- შეავსებს პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობის შედეგებისა და ხარჯეფექტურობის თაობაზე ინფორმაციის დეფიციტს და ხელს შეუწყობს

ხელისუფლების მიერ შესაბამისი პოლიტიკური გადაწყვეტილების მიღებასა და იმპლემენტაციას;

- წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისა და ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში ყველა დონეზე ეტაპობრივი ინკორპორაციის გეგმას.

აღსანიშნავია, რომ სწორედ პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამის ამოქმედებით ბრწყინვალე შედეგებია მიღწეული ჯანდაცვის ეროვნულ სისტემებში პალიატიური მზრუნველობის დანერგვის გზაზე, ამასთანავე, არა მხოლოდ ეკონომიკურად განვითარებულ (აშშ, დიდი ბრიტანეთი, კანადა, ავსტრია, ესპანეთი, ისრაელი, შვედეთი და სხვა), არამედ, აღმოსავლეთ ევროპის პოსტსაბჭოურ (პოლონეთი, უნგრეთი, რუმინეთი, სლოვენია და სხვა) და განვითარებად (მონგოლეთი, იორდანია, ეგვიპტე, ვიეტნამი სხვა) ქვეყნებში.

პალიატიური მზრუნველობის საჭიროება საქართველოში

საქართველოში, რომლის მოსახლეობაც 4,5 მილიონია, წელიწადში აღინიშნება ~ 42 000 სიკვდილის შემთხვევა წელიწადში. საერთაშორისო გამოცდილებით, გარდაცვლილთა დაახლოებით 60%, ანუ ~ 25 000 ადამიანი ამა თუ იმ ხანგრძლივობით საჭიროებს პალიატიურ მზრუნველობას და ტკივილის შემსუბუქებას, მათ შორის ისეთი ოპიოიდების გამოყენებით, როგორიცაა მორფინი. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ტერმინალურ სტადიაში მეოფ პაციენტს მზრუნველობას უწევს ოჯახის მინიმუმ ორი წევრი, ყოველწლიურად პალიატიური მზრუნველობის დახმარებით შესაძლებელი გახდება დაახლოებით 75 000 ადამიანის სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესება.

საქართველოში ადამიანთა უმეტესობა უპირატესობას ანიჭებს ოჯახში სიკვდილს - ეს მათი ტრადიციით გამტკიცებული ნება და უფლებაა.

საქართველოში სადაც ყოველწლიურად აღინიშნება კიბოს 7000-8000 ახალი შემთხვევა, დაავადებული პაციენტების უმრავლესობას პირველი დიაგნოზი ესმევა საკმაოდ დაგვიანებით, რის გამოც ეს კონტინგენტი მიეკუთვნება უნკურნებელ კატეგორიას. ამრიგად, კიბოთი შებერობილი ავადმყოფების უმეტესობისთვის ტკივილის შემსუბუქება და პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს ყველაზე პუმანურ ჩარევას.

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის პრაქტიკული განხორციელება (პილოტური პროექტის სახით) დაიწყო 2004 წლიდან.

შედეგად, 2004 წლიდან დღემდე, საქართველოში პალიატიური მზრუნველობა გაეწია 2000-ზე მეტ ავადმყოფს (ამასთანავე, ავადმყოფებთან ბინაზე ვიზიტების რიცხვმა 15000-ს გადააჭარბა). ქვეყნის მასშტაბით, ცხადია, ეს არ არის მნიშვნელოვანი ციფრი, მაგრამ საკმარისია იმისათვის, რომ გაანალიზდეს ტკივილის მართვის პრობლემა ონკოინკურაბელურ ავადმყოფებში.

2006-07 წწ. ფონდ “ღია საზოგადოება – საქართველოს” გრანტის ხელშეწყობით ჩატარდა კვლევა, რომლის ფარგლებშიც გამოკითხულ იქნა 300-მდე პაციენტი (და მათი ოჯახის წევრები), რომლებიც ბინაზე იღებდნენ პალიატიურ მზრუნველობას. აღმოჩნდა, რომ 136 შემთხვევაში (45,3%) ტკივილის გაყუჩება არასრულფასოვანი იყო. კვლევის შედეგებმა უჩვენა, რომ ტკივილის არაადეკვატური გაყუჩება მნიშვნელოვნადაა განპირობებული ოპიოიდების პერორალური ფორმების სიმცირით: საქართველოში ლეგალურად მოხმარებული ოპიოიდების აბსოლიტურ უმრავლესობას შეადგენს საინიექციო ფორმები (საინიექციო მორფინი).

ეს ფაქტი, ოპიოიდების დანიშვნის, გამოწერის და მიღების მკაცრი წესების ფონზე, ცხადია, მნიშვნელოვან პრობლემებს ქმნიდა ტკივილის გაყუჩებისათვის. (კვლევის შედეგები მოხსენდა ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის X კონგრესს, ბუდაპეშტში, 2007 წ.

მაგრამ კვლევის შედეგების ანალიზისას ყურადღება მიიპყრო იმ გარემოებამ, რომ ტკივილის პრობლემა მოუგვარებელი რჩებოდა იმ პაციენტების ნაწილშიც, რომელთაც დანიშნული ქონდათ ოპიოიდების ტაბლეტირებული ფორმები (MST, Doltard). *[ეს ფორმები საქართველოში შემოტანილი ოპიოიდების 10%-ს შეადგენდა 2005-2006 წ. ხოლო 2007-2008 წლებში მათი იმპორტი საერთოდ შეწყდა, 2009 წლის ბოლოს კი, საერთო ძალისხმევის შედეგად კვლავ განახდა].*

გამოითქვა ვარაუდი, რომ ამის მიზეზი უნდა იყოს ტკივილის მართვაში ოპიოიდების გამოყენების თაობაზე პირველადი ჯანდაცვის ქსელის იმ ექიმთა ცოდნის დეფიციტი, რომლებიც ბინაზე კურირებენ ონკოინკურაბელურ პაციენტებს, ასევე შიში იმისა, რომ პაციენტების და მათი ოჯახების მხრივ მოხდება წამლის დივერსია, რასაც მოყვება ექიმების დასჯა. ასევე მნიშვნელოვანი უნდა იყოს თვით პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების გადაჭარბებული ოპიოფობია და ინფორმირებულობის დეფიციტი.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსების ჩატარებისას ანონიმური ანკეტური გამოკითხვის შედეგების ანალიზით დადასტურდა, რომ ექიმთა უმრავლესობამ არ იცის მორფინის ფარმაკოკინეტიკა, მისი დანიშვნისა და გამოწერის თანამედროვე სტანდარტები.

რაც შეეხება პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს, გამოირკვა, რომ ისინი:

- უფროსიან ოპიოიდების მიღებას – წამალდამოკიდებულების განვითარების შიშით
- ამჟობინებენ ტიკვილის მოთმენას, რადგანაც ოპიოიდების დანიშვნა აღიქმება სასიკვდილო განაჩენად, რაც, ცხადია ქმნის ფსიქოლოგიურ პრობლემებს.

ამასთანავე, ასეთი განწყობის ჩამოყალიბებებში თვით სამედიცინო პარსონალსაც მიუძღვის მნიშვნელოვანი წვლილი.

სწორედ აღნიშნული ვითარება დაედო საფუძვლად საკანმდებლო და ნორმატიულ ბაზაში ცვლილებების ინიციატივას, რომლის შედეგადაც საქართველოს 4 კანონში შევიდა პალატიური მზრუნველობის განვითარების, ოპიოიდების საჭირო რაოდენობისა და ფორმის იმპორტისა და ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის ცვლილებები, ხოლო ჯანდაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის № 157/6 ბრძანებით დამტკიცდა პალატიური მზრუნველობის ინსტრუქცია, (იხ. დანართი). ამასთანავე, ეს და ასევე 2010 წლის 28 იანვრის №17/6, №18/6 - №96 ერთობლივი და 2010 წლის 26 თებერვლის №55/6 ბრძანებები ამკვიდრებს ოპიოიდების დანიშვნისა და გამოწერის თანამედროვე, შედარებით ლიბერალიზებულ წესებს:

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება №157/6
2008 წელი, 10 ივლისი, ქ.თბილისი**

**ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალატიური
მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 154² მუხლის საფუძველზე

გბრძანებ:

1. დამტკიცდეს თანდართული „ინსტრუქცია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ“ (დანართი №1).

2. დამტკიცებული ინსტრუქციის შესრულების უზრუნველყოფისათვის:

ა) ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტისთვის გამოწერილი ერთი რეცეპტი (ფორმა) შეიძლება შეიცავდეს ნარკოტიკული საშუალების 7 დღის სამყოფ რაოდენობას;

ბ) პრეპარატის მართებული დანიშვნის და გამოწერის თაობაზე პასუხისმგებელია ექიმი, რომელიც გასცემს რეცეპტს და დაწესებულების

ხელმძღვანელი, ან ხელმძღვანელის მიერ ოფიციალურად დანიშნული პასუხისმგებელი პირი, რომელიც აწარმოებს მონიტორინგს;

გ) თუკი მკურნალობის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა, რაც საჭიროებს ნარკოტიკის, ან მისი დოზის ან ფორმის შეცვლას, მაშინ ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი;

დ) რეცეპტით გამოწერილი ნარკოტიკული საშუალება უნდა გაიცეს 5 სამუშაო დღის განმავლობაში. ხუთი სამუშაო დღის შემდეგ ფარმაცევტს აღარ აქვს უფლება გასცეს მედიკამენტი. საჭიროების შემთხვევაში გაიცემა ახალი რეცეპტი.

ე) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისმა სამსახურებმა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო ბიუროში (INCB) ქვეყნისათვის ყოველწლიური კვოტის წარდგენისას, ასევე სახელმწიფო შესყიდვების განხორციელებისას, გაითვალისწინონ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციები ტკივილის გაყუჩებისათვის მოთხოვნილი სხვადასხვა ნარკოტიკების, მათი ფორმების და ამ ფორმების თანაფარდობის თაობაზე.

3. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

რეგისტრაციის ნომერი: 470.230.000.22.035.012.017

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება 17/6**

2010 წლის 28 იანვარი ქ. თბილისი

“სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 29 ნოემბრის 465/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

“ნორმატიული აქტების შესახებ” საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის საფუძველზე,

ებრძანება:

მუხლი 1. “სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 29 ნოემბრის 465/ო ბრძანებაში (სსმ. III. 1999 წ. 64(71), მუხლი 1005) შეტანილ იქნეს ცვლილება და ბრძანების

პირველი პუნქტის “ა” ქვეპუნქტით დამტკიცებული დანართი 1 – ნარკოტიკული საშუალების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმა – ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

დანართი 1

**ნარკოტიკული საშუალების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმა
(რეცეპტის ბლანკი ყვითელი ფერის)**

დაწესებულების შტამპი ფორმა 1 რეცეპტის ნს N 00000 ნარკოტიკული საშუალების მისაღებად გამოწერის თარიღი ----- ავადმყოფი ----- (სახელი, გვარი) ასაკი ----- ამბ. ბარათის (ავად.ისტორიის) N ----- დიაგნოზი ----- RP.: ----- S.: ----- RP.: ----- S.: ----- დაწესებულების ხელმძღვანელი (ან პასუხისმგებელი პირი) ----- (სახელი, გვარი) ექიმის ხელმოწერა ----- (სახელი, გვარი) ექიმის პირადი ბეჭედი დაწესებულების გერბიანი ბეჭედი	ექიმის სამახსოვრო – რეცეპტში სამკურნალო საშუალება იწერება გენერიკული ან/და სავაჭრო დასახელებით, ლათინურ ენაზე, ლურჯი ან შავი ბურთულიანი კალმით; – ნებადართულია მხოლოდ დადგენილი წესით დაშვებული შემოკლებანი რეცეპტი ვარგისია 5 დღის განმავლობაში გამოწერის დღის ჩათვლით
--	--

შენიშვნა:

ა) ექვემდებარება საგნობრივ-რაოდენობრივ აღრიცხვას;

ბ) რეცეპტის ბლანკი იბეჭდება დაცვის მქონე სპეციალურ ქაღალდზე”.

მუხლი 2. შესაბამისი უფლების მქონე ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს ნება ეძლევათ ნარკოტიკული საშუალებები გამოწერონ მიმოქცევაში არსებულ ფორმა 1 რეცეპტის ბლანკებზე მათი მარაგის ამოწურვამდე, მაგრამ არაუგვიანეს 2010 წლის 1 მარტისა.

მუხლი 3. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-15 დღეს.

ა. კვიტაშვილი
რეგისტრაციის ნომერი: 470.230.000.22.035.014.137

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის და
საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრიეს ერთობლივი ბრძანება №18/6 - №96
2010 წლის 28 იანვარი ქ. თბილისი

“ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრიეს და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრიეს 2000 წლის 13-15 მარტის №32/ო-102 ერთობლივ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

“ნორმატიული აქტების შესახებ” საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის საფუძველზე, ვბრძანებ:

1. “ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ” საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრიეს და საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრიეს 2000 წლის 13-15 მარტის №32/ო-102 ერთობლივ ბრძანებაში (სსმ. ნაწილი III №26 მუხლი 241) შეტანილ იქნეს ცვლილება და ბრძანების №2 დანართის (პოლიკლინიკაში (პოლიკლინიკურ განყოფილებაში) ნარკოტიკული სამკურნალო საშუალებების დანიშვნის, გამოწერისა და ნარკოტიკული საშუალებების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკების შეძენის, შენახვისა და აღრიცხვის წესი) მე-11 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

“11. რეცეპტის ბლანკის ყველა გრაფა ივსება გარკვევით, ნარკოტიკული საშუალების დასახელება იწერება გენერისკული ან/და სავაჭრო დასახელებით,

ლათინურ ენაზე, წამლის ფორმის, დოზისა და სადღეღამისო რაოდენობის მითითებით. ერთი რეცეპტის ბლანკზე დასაშვებია სხვადასხვა დასახელებისა და ფორმის ნარკოტიკული საშუალების გამოწერა. რეცეპტის ბლანკში ყოველგვარი შესწორება დაუშვებელია. რეცეპტი მოწმდება დაწესებულების ბეჭდით და ექიმის პირადი ბეჭდით, რაც გარკვევით უნდა იკითხებოდეს. რეცეპტზე ხელს აწერენ (გარკვევით) – დაწესებულების ხელმძღვანელი ან ხელმძღვანელის მიერ ოფიციალურად დანიშნული პასუხისმგებელი პირი და მკურნალი ექიმი. ავთიაქიდან ნარკოტიკული საშუალება გაიცემა მხოლოდ რეცეპტის პირველი პირის საფუძველზე.”

2. ბრძანება ამოქმედდეს გამოქვეყნებიდან მე-15 დღეს.

*ა. კეიტაიშვილი
ი. მერაბიშვილი*

რეგისტრაციის ნომერი 430.230.000.022.035.014.136

**საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრის
ბრძანება 55/6
2010 წლის 26 თებერვალი ქ. თბილისი**

„ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის 157/6 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

“ნორმატიული აქტების შესახებ” საქართველოს კანონის მე-20 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, ებრძანება:

მუხლი 1. „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის 157/6 ბრძანების (სსმ. 16.07.2008. 101 მუხლი 1124) მეორე პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ბ) პრეპარატის მართებული დანიშვნის და გამოწერის თაობაზე პასუხისმგებელია ექიმი, რომელიც გასცემს რეცეპტს და დაწესებულების ხელმძღვანელი, ან ხელმძღვანელის მიერ ოფიციალურად დანიშნული პასუხისმგებელი პირი, რომელიც აწარმოებს მონიტორინგს; მეწარმე ფიზიკურ პირად რეგისტრირებული პირველადი

ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, რომელიც ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას, რეცეპტის გამოწერაზე პასუხისმგებელია ერთპიროვნულად, რასაც ადასტურებს რეცეპტის ბლანკზე ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდის დასმით.”

მუხლი 2. ბრძანება ძალაშია გამოქვეყნებისთანავე.

ა. კვიტაშვილი

რეგისტრაციის ნომერი: 470.230.000.22.035.014.268

კიბოს ეროვნული რეგისტრირების მონაცემებით, დღეისათვის საქართველოში რეგისტრირებულია 30000-მდე სიმსივნეიანი პაციენტი. (ეროვნული კიბოს ცენტრი 2007 წლის მონაცემები);

ამასთანავე, პაციენტების ~ 50 %-ს, რომელსაც პირველად უდგინდება დიაგნოზი, უკვე აღენიშნება სიმსივნის შორსწასული ფორმა, უპირატესად IV სტადია და საჭიროებს სხვადასხვა ხარისხის ტკივილის გაყუჩებას.

მოვახდინოთ ტკივილის მართვის საჭიროების მქონე პირთა სრული რაოდენობის გამოთვლა ავადობის სტრუქტურის მიხედვით (ჯანმოს რეკომენდაციის შესაბამისად): თუ მივიჩნევთ, რომ საქართველოში ყოველწლიურად დაახლოებით 8000 ადამიანი ავადდება სიმსივნით, საერთაშორისო სტატისტიკით ამ რაოდენობის ნახევარი საჭიროებს ტკივილის მართვას; მათგან ~ 60 % საჭიროებს ძლიერ გამაყუჩებლებს, როგორიცაა ოპიოიდები;

კიდევ ერთხელ მოვიტანოთ ტკივილგაყუჩებისათვის საჭირო ოპიოიდების რაოდენობის გამოთვლის მეთოდებს, რომელიც მოწოდებულია ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციით მიერ და გამოიყენება ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის მიერ)

- პოპულაციაზე დაფუძნებული
- მომსახურებაზე დაფუძნებული
- ხარჯვაზე დაფუძნებული
- ხარჯვა + მოხმარების ზრდის კოეფიციენტი

ნიმუში: პოპულაციაზე დაფუძნებული მეთოდის მიხედვით მორფის საჭირო რაოდენობის გამოთვლა საქართველოსათვის (ტაბლეტირებული მორფინისათვის):

I მეთოდი

- სიმსივნეიანი პაციენტებისთვის

წლიური სიკვდილის მაჩვენებელი X 80% (პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ სიკვდილის წინ მორფს) X 90 დღეზე X 60-75 მგ დღეში (ტაბლეტირებული მორფი):

$$4033 \times 80\% = 3226.5$$

$$3226.4 \times 90 \text{ დღე} \times 60 \text{ მგ} = 17\,422.5 \text{ მგ ყოველწლიურად}$$

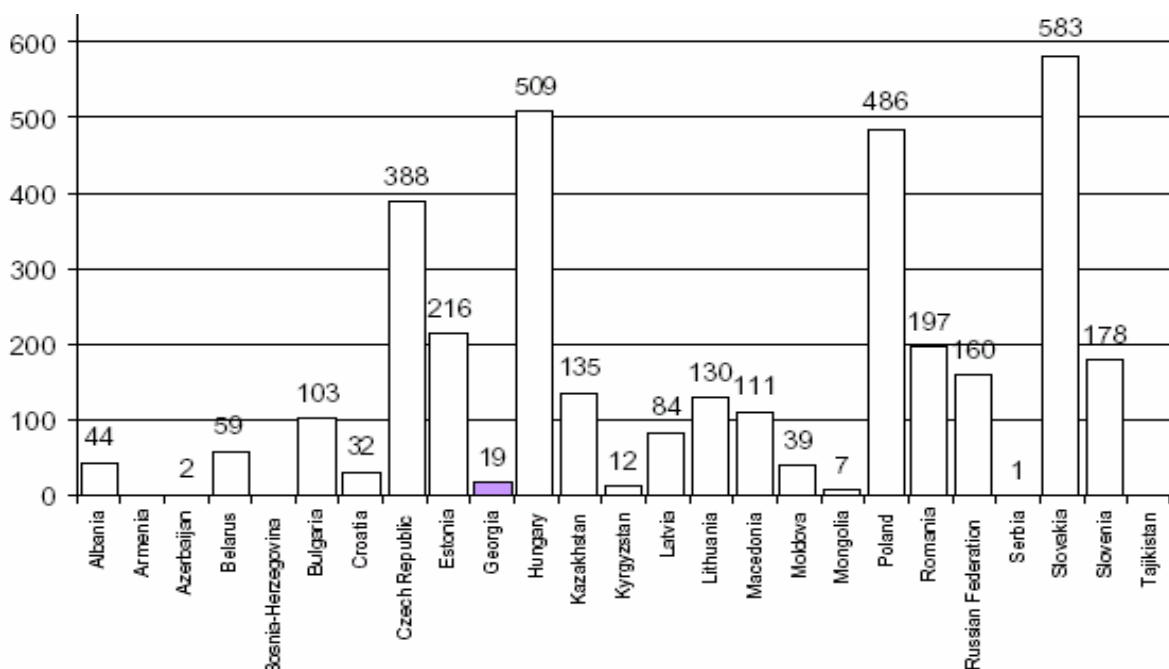
$$3226.4 \times 90 \text{ დღე} \times 75 \text{ მგ} = 21\,778 \text{ მგ ყოველწლიურად}$$

II მეთოდი

- ტკივილის მართვის საჭიროების მქონე პირთა სრული რაოდენობის გამოთვლა ხდება ავადობის სტრუქტურის მიხედვით. საქართველოში დაახლოებით 8500 ადამიანი ავადდება სიმსივნით ყოველწლიურად.
- აქედან საერთაშორისო სტატისტიკით დაახლოებით 4250 მოითხოვს ტკივილის მართვას;
- მათგან მინიმუმ ნახევარი – 2125 საჭიროებს ოპიოიდებს;
- საერთაშორისო ექსპერტებზე დაყრდნობით, ქრონიკული ტკივილის მართვისათვის ერთი პაციენტი ჯამურად საჭიროებს 10 გრამ მორფს (საშუალოდ 3 თვის მანძილზე).
- $2125 \times 10 \text{ გრამი} = 21\,250 \text{ გრამი}$

ამას ემატება ოპიოიდების ის რაოდენობა, რომელიც საჭიროა სხვა სამედიცინო მოთხოვნებისთვის (ტკივილით მიმდინარე სხვა ქრონიკული დაავადებები, ოპერაციები, დამწვრობები, ოპერაციის შემდგომი პერიოდი, ტრავმები და სხვა), რაც ჯამში დაახლოებით აღწევს 25-26 კგ-მდე.

ცხრილში მოცემულია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების კვოტები:



2004 წლიდან საქართველოს მორფინის კვოტა შეადგენდა 19000 გრ-ს, ამჟამად 15000 გრამია. ეს კვოტაც არ არის სრულად ათვისებული. მეტიც, მოხმარებაც ჩამორჩება იმპორტს.

წლები მორფინი	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
მოთხოვნა /კვოტა/ (გრამებში)	15000	19000	19000	19000	19000	19000	15000
იმპორტი (გრამებში)	12828	11824	12595	9306	4198	5995	8616
მოხმარება (გრამებში)	11833	11905	10921	8190	6337	5887	6886

ეს ნათლად მიუთითებს სერიოზულ პრობლემებზე იმ პაციენტების ტკივილის მართვაში, რომლებიც დაავადებულნი არიან სიმსივნით და იტანჯებიან ტკივილით, რაც იმას ნიშნავს, რომ პაციენტების უმრავლესობას ან არ ენიშნებათ ტკივილგამაყუჩებელი ოპიოიდები ან ენიშნებათ არასაკმარისი დოზით, რამაც შეიძლება შექმნას ე.წ. “ფსევდოდამოკიდებულების” ანუ ფსევდო “Drug Seeking Behavior”-ის სურათი.

ძლიერი კიბოსმიერი ტკივილის შემსუბუქება მორფის თერაპიული ჯგუფის – ოპიოიდების ხელმისაწვდომობასა და სწორად გამოყენებაზეა დამოკიდებული.

მორფინს და სხვა ოპიოიდებს არ გააჩნიათ “ანალგეზიური აქტივობის ჭერი”; სხვა ტკივილგამაყუჩებლებისგან განსხვავებით მათი დანიშვნა შეიძლება მზარდი დოზებით, სანამ ტკივილი მთლიანად არ მოიხსნება (გვერდითი მოვლენების გამოვლინებათა კონტროლით). ჯანმოს 1996, 2000, 2004 წლების რეკომენდაციების თანახმად ოპიოიდების სტანდარტული დოზა არ არსებობს და ისაზღვრება ინდივიდუალური პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისად. კერძოდ, ერთჯერადი დოზა შეიძლება მერყეობდეს 5-დან 1000 მგ-მდე. *(ეს ყოველივე დეტალურად არის მოცემული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის №157/ნ ბრძანებით დამტკიცებულ „ინსტრუქციაში “ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ”).*

ცხრილში მოტანილი მონაცემები ადასტურებს, რომ ტკივილის სწორად მართვის პირობებში სახელმწიფო კვოტის სრულად გამოყენებაც კი სრულად ვერ ვერ უზრუნველყოფს პაციენტთა შესაბამის კონტინგენტს. მით უგრო ვერ უზრუნველყოფს მას მორფინის იმპორტირებული რაოდენობა.

ოპიოიდების იმპორტის სიმცირის ძირითადი საფუძველია არსებული (წინა წლის/წლების) მარაგის ვერ დახარჯვა;

ამის მიზეზებია:

- 1) ექიმების მიერ ოპიოიდების არასწორად (შეზღუდულად) დანიშვნა, რაც თავის მხრივ გამოწვეულია პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მედიცინის სფეროში ცოდნის მკვეთრი დეფიციტით;
- 2) ოპიოიდების საჭირო რაოდენობის გამოთვლისთვის აუცილებელი ინფორმაციის არასრულყოფილება; საერთაშორისო გამოცდილებით ოპიოიდების მოწოდებაზე მოთხოვნა მოდის ე.წ. “პირველი დონიდან”, ანუ პირველადი ჯანდაცვის ექიმებიდან და შესაბამისი სტრუქტურების ადმინისტრაციული ხელმძღვანელებიდან;
- 3) სახელმწიფოს მიერ ოპიოიდების შესასყიდად გამოყოფილი თანხის სიმწირე.

აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ ლეგალურად შემოტანილი მორფინის რაოდენობის სიმცირისა, არალეგალური ნარკომომხმარებლების და ნარკოდამოკიდებული პირების რიცხვი მატულობს. ამდენად, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ექიმთა გადამეტებული სიფრთხილე ოპიოიდების დანიშვნა-გამოწერისას და იმავე ექიმებისა და პაციენტების ზედმეტად მკაცრი კონტროლი, აისახება მხოლოდ და მხოლოდ იმ ადამიანებზე, რომლებიც დაავადებულნი არიან უკურნებელი სენით და ამასთანავე, ხშირად იტანჯებიან ტკივილით; ასეთი ტკივილი მათში ხშირად ნერგავს სასოწარკვეთას და ზოგჯერ თვითმკვლელობის სურვილსაც, განსაკუთრებით, მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ფონზე. ხოლო ექიმები კი ზედმეტად მკაცრი კონტროლისა და “დასჯის” შიშით, ხშირად უარს ამბობენ დაეხმარონ ასეთ პაციენტებს ოპიოიდების ადეკვატურად დანიშვნით, რითაც ღალატობენ ექიმის მორალს და ეთიკურ პრინციპებს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ 2007-2008 წლებში საკანონმდებლო-ნორმატიულ აქტებში შეტანილი ცვლილებები პრაქტიკულად საერთაშორისო მოთხოვნათა შესაბამისად არეგულირებს ოპიოიდების კვოტის მოთხოვნის, იმპორტის, დანიშვნისა და გამოწერის საკითხებს, უნდა დავასკვნათ, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმთა მიერ არ ხდება კანონმდებლობის მოთხოვნათა შესრულება. ქვემოთ წარმოდგენილი ცხრილი უჩვენებს, რომ 2009 წელს არ მოხდა მორფინის ტაბლეტირებული ფორმების იმ მცირე რაოდენობის დახარჯვაც კი, რომელიც იმპორტირებულ იქნა.

2009 წელი	იანვარი	IV კვ.	წლიური	წლიური
	ნაშთი	ნაშთი	იმპორტი	ხარჯვა
მორფინის სულფატი 15 მგ. ტაბ.	0	27500	30300	2800
მორფინის სულფატი 200 მგ. ტაბ.	0	0	300	300
ფენტანილი 0,005% 2მლ. ამპ.	1545	44405	390000	347374
მორფინის ჰ/კ. 10მგ/1 მლ. ამპ.	386948	460802	870000	804933
მორფინის სულფატი 10 მგ. ტაბ.	0	126	0	0
მორფინის სულფატი 100 მგ. ტაბ.	0	2700	3300	600
მორფინის სულფატი 30 მგ. ტაბ.	20435	17600	20300	23135
მორფინის სულფატი 60 მგ. ტაბ.	1480	17600	20300	4180
ომნოპონი 2% 1მლ. ამპ.	2295	1860	0	435
პრომედოლი 2% 1.0 ამპ.	605	12562	40000	30315
ტრამადოლი 100 მგ/2 მლ. ამპ.	523	3830	20050	16743
ტრამადოლი 50 მგ. კაფ.	5528	0	80	5608
დუროგეზიკი 25მგ/10სმ 25 მკგ/სთ.	995	0	0	995
დუროგეზიკი 25მგ/10სმ 50 მკგ/სთ.	245	0	0	245

- ზემოთ აღნიშნული საკანონმდებლო ცვლილებები არ “დასულა” მათ უშუალო განმახორციელებლებამდე.

ან

- ექიმებმა და პირველადი ჯანდაცვის სტრუქტურების ადმინისტრატორებმა იციან ამ ცვლილებათა თაობაზე, მაგრამ ვერ ახერხებენ იმპლემენტაციას.

– საჭირო ცოდნის არ არსებობის გამო, ან/და

– იმის გამო, რომ დიდია წიონა წლებში გადამეტებული კონტროლისა და შესაძლო “დასჯის” მოლოდინით გამოწვეული შიშის ინერცია.

ეს გარემოებები გასათვალისწინებელია პალიატიური მზრუნველობის უახლოესი წლების სტრატეგიული გეგმის შედგენისას.

აქვე უნდა აღინიშნოს ერთი გარემოებაც: ჯანმოს რეკომენდაციით, ტკივილის გაყუჩების სამსაფეხურიანი სქემის გათვალისწინებით, აუცილებელია ქვეყანას ჰქონდეს არამარტო მორფინი, არამედ კოდეინიც, როგორც მეორე საფეხურზე ტკივილის გაყუჩების აუცილებელი მედიკამენტი.

სამწუხაროდ, იმავე მიზეზებით, რის გამოც შემცირებულია მორფინის იმპორტი და მოხმარება, უკანასკნელ წლებში კოდეინის იმპორტი საქართველოში საერთოდ არ ხორციელდება.

ეს ვითარება იწვევს არა მარტო პაციენტის უფლებების შელახვას, ასევე წნეხის ქვეშ აყენებს ექიმთა უფლებებსაც: ოპიოიდების არჩევანისა და მარაგის შეზღუდვის პირობებში, მცოდნე ექიმიც რთული დილემის წინაშე დგება.

აღსანიშნავია, ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა: ოპიოიდების გაცემა აფთიაქიდან შესაძლებელია მხოლოდ 2 განსაზღვრულ დღეს კვირის მანძილზე, რაც არა მარტო პრობლემას უქმნის პაციენტს ტკივილის დროულად და

ადეკვატურად გაყუჩებისათვის, არამედ გარკვეულწილად წინააღმდეგობაში მოდის და აფერხებს ზემოთ მოტანილ ნორმატიული აქტებით (№1576 – 10.07.2008, №17/6 – 28.01.2010 და №55/6 – 26.02.2010) განსაზღვრულ პროცედურების ნორმალურ მიმდინარეობას.

ჯანმოს რეკომენდაციათა შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, რომ ოპიოიდები ლეგალური მოხმარებისათვის (ტკივილის გაყუჩებისათვის) ყოველდღიურად იყოს ხელმისაწვდომი. ეს მიუთითებს, რომ უნდა გაგრძელდეს ნორმატიული ბაზის შემდგომი დახვეწა.

ამასთანავე, სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ერთგვარ ბარიერს წარმოადგენს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკების გამცემი ავთიაქების მდებარეობა პოლიციის შენობებში. უნდა აღინიშნოს, რომ 90-იან წლებში, ქვეყანაში არსებული არასტაბილური მდგომარეობის გამო, აღნიშნული ავთიაქების აღნიშნული დისლოკაცია იყო ერთადერთი გამოსავალი დივერსიის თავიდან ასაცილებლად. დღეისათვის ქვეყანაში სტაბილური მდგომარეობაა. შინაგან საქმეთა სამინისტრო წარმატებით აკონტროლებს ვითარებას და ხელს უწყობს ქვეყნის სტაბილურ განვითარებას; ჩვენი სახელმწიფოს სწრაფი ტემპით განვითარება და სწრაფვა ევროკავშირის სივრცეში ინტეგრაციისკენ კი მოითხოვს ამ სივრცის საერთაშორისო სტანდარტებზე გადასვლას.

ყოველივე ზემოთ თქმულის გათვალისწინებით მიზანშეწონილია მოხდეს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნარკოტიკების გამცემი ავთიაქების განთავსება ავთიაქის შენობებში ან შესაბამისი რაიონების საავადმყოფოებში არსებულ ავთიაქებში. აღნიშნულის განხორციელებისათვის საჭიროა შემუშავდეს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და შინაგან საქმეთა სამინისტროს ერთობლივი სამუშაო გეგმა და მოხდეს მისი ეტაპობრივი რეალიზაცია 2–3 წლის მანძილზე.

ეს ცვლილება ადვილად უზრუნველყოფს წამლის გაცემის დღეების გაზრდას და ხელს შეუწყობს ავთიაქების წამლის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას.

საერთაშორისო კვლევების მონაცემთა საფუძველზე ექსპერტების მიერ აღიარებულია, რომ პაციენტებში, რომლებიც ტკივილის გამო ღებულობენ ოპიოიდებს, პრაქტიკულად არ ვითარდება ნარკოდამოკიდებულება.

ჯანმო-ს წამალზე დამოკიდებულების საექსპერტო კომიტეტის მიერ მიღებულია “დამოკიდებულების” შემდეგი განსაზღვრება:

“დამოკიდებულება არის სხვადასხვა ინტენსივობის ფიზიოლოგიური, ქცევითი და კოგნიტიური ფენომენების ერთობლიობა, სადაც უმაღლესი პრიორიტეტი ენიჭება ფსიქოტროპული ნივთიერებების მოხმარებას. აუცილებელი დამახასიათებელი ნიშნებია ნივთიერების მიღების და მოხმარების სურვილით შეპყრობა და ნარკოტიკებისადმი სწრაფვის მიმანიშნებელი ქცევა. წამალზე დამოკიდებულების განმსაზღვრელი ფაქტორები და სავარაუდო შედეგები შეიძლება იყოს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური ან სოციალური ხასიათის და ისინი, როგორც წესი ურთიერთქმედებენ.”

ჯანმო-ს კლინიკური რეკომენდაციები და დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი (ICD-10) მოითხოვს, რომ ”დამოკიდებულების” დიაგნოზის დადგენისას ექვსი დამახასიათებელი ნიშნიდან სამი მაინც არსებობდეს:

მიღების დაუოკებელი სურვილი;

- 1) ქცევის გაკონტროლების სირთულე;
- 2) ზიანის უგულველყოფა;
- 3) ალტერნატიული სიამოვნებების უარყოფა;
- 4) ნივთიერების მიღების დროის გახანგრძლივება;
- 5) ტოლერანტობა;
- 6) ფიზიკური აბსტინენცია.

ზემოთ ჩამოთვლილი ექვსი ნიშნიდან ტკივილის მქონე პაციენტებს, შესაძლებელია განუვითარდეთ (ისიც არა ყოველთვის) მხოლოდ 2 ნიშანი: ტოლერანტობა და ფიზიკური აბსტინენციის სინდრომი, რაც არასაკმარისია დამოკიდებულების ჩამოყალიბებისთვის.

ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს ნარკოდამოკიდებულების განვითარებისადმი არსებული გადამეტებული სიფრთხილის (შიშის) უსაფუძვლობას.

ეს საკითხიც შესაბამისად უნდა აისახოს პალიატიური მზრუნველობის დანერგვისა და განვითარების სტრატეგიული გეგმის საგანმანათლებლო პროგრამებში.

აუცილებლად გასათვალისწინებელია ერთი გარემოებაც: ევროსაბჭოს 2003(24) რეკომენდაციების, ასევე ჯანმო-ს რეკომენდაციების *“წონასწორობის მიღწევა ოპიოიდების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში (2000 წ.)”* მე-14 რეკომენდაციის მოთხოვნათა თანახმად, “ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის ფორმულირებისას გამოყენებული ტერმინები ხელს არ უნდა უწყობდეს ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდების მოხმარებისა, ერთი მხრივ, და ნარკოტიკების ბოროტად

გამოყენების, მეორე მხრივ, ამსახველი მცნებების აღევას (ანუ, ნარკოტიკული დამოკიდებულების ცნებების აღრევას)”.

საქართველოში ამ სფეროს მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზა უდაოდ გადასახედია. საჭიროა წამალზე დამოკიდებულების ცნებების სწორი და მკაფიოდ დიფერენცირებული განსაზღვრა, ასევე იმ ტერმინოლოგიის შეცვლა როემლიც ხელს უწყობს ზემოაღნიშნულ აღრევას.

მაგალითისათვის მოვიტანთ ტერმინს “სომატონარკომანი”. მოქმედი ნორმატივებით ეს ტერმინი ასე განიმარტება: “ტკივილის სინდრომით მიმდინარე რომელიმე სომატური ავადმყოფობით დაავადებული პირი, რომელსაც კანონიერად დაენიშნა ნარკოტიკული საშუალება და მის მიმართ ჩამოყალიბებული აქვს ფსიქიკური და/ან ფიზიკური დამოკიდებულება”. ამ ტერმინში ფრაგმენტ “...ნარკომანის” არსებობა ხშირად ხდება არაეთიკური და არაკანონიერი სიფრთხილის მიზეზი, მაშინ როდესაც ჯანმოს მიერ მოწოდებული და დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-10) კრიტერიუმების თანახმად ასეთი პირები არ შეიძლება ჩაითვალოს “წამალზე დამოკიდებლად”.

ნარკოტიკულ საშუალებათა ლეგალურ ბრუნვასთან: მის მოთხოვნასთან, იმპორტთან, დანიშვნასთან, გამოწერასა და მოხმარებასთან დაკავშირებული ტერმინოლოგიის სრულყოფაც უნდა იქცეს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამით განსაზღვრული სტრატეგიული გეგმის ერთ-ერთ შემადგენლად.

**საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის სფეროში ამჟამად მიმდინარე
პირითადი პროექტები**

პაციენტთა მომსახურება

პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის დასახელება	განხორციელების ადგილი	განხორციელების ვადები	განმახორციელებელი ორგანიზაცია	დაკავებული ადამიანური რესურსები	დაფინანსებას წყარო
ქ. თბილისში, ქუთაისსა და თელავის მუნიციპალიტეტში ინკურაბელურ პაციენტთა ბინაზე პალიატიური მზრუნველობა მობილური გუნდის მიერ	ქ. თბილისი ქ. ქუთაისი თელავის მუნიციპალიტეტი	2010 წელი	პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	26 კაცი	სახელმწიფო ბიუჯეტი
ქ. თბილისში ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა	ქ. თბილისი	2010 წელი	ა/ო “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი	24 კაცი	სახელმწიფო ბიუჯეტი
„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა გადარჩენის მაჩვენებლებისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება“ (ბინაზე პალიატიური მზრუნველობა)	ქ. თბილისი ქ. ქუთაისი (და იმერეთის რეგიონი) ქ. ზუგდიდი (და სამეგრელოს რეგიონი) ქ. ბათუმი (და აჭარის რეგიონი)	2008-2010 წწ.	პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია (შიდსით შეპყრობილთა დახმარების ფონდის თანამონაწილეობით)	42 კაცი	გლობალური ფონდის დაფინანსებით
„აივ ინფექცია/შიდსით ავადმყოფთა გადარჩენის მაჩვენებლებისა და სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება“ (სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა)	ქ. თბილისი ქ. ქუთაისი (და იმერეთის რეგიონი) ქ. ზუგდიდი (და სამეგრელოს რეგიონი) ქ. ბათუმი (და აჭარის რეგიონი)	2008-2010 წწ.	ა/ო “ონკოპრევენციის ცენტრი”	22 კაცი	გლობალური ფონდის დაფინანსებით
ბინაზე პალიატიური მზრუნველობა	ქ. თბილისი	2007-2010	შინ ზრუნვის კოალიცია (ა/ო “ონკოპრევენციის ცენტრის” თანამონაწილეობით)	8 კაცი	ფონდ “კორდეიდის” დაფინანსებით

შენიშვნა: ამასთანავე, არ არის დაფინანსებული და არ ხორციელდება:

- ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობა;
- გერონტოლოგიური პალიატიური მზრუნველობა;
- ნევროლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა;

პმ ონკოპაციენტებისათვის

პმ შიდსიანი პაციენტებისათვის

ზუგდიდი

ბათუმი

ქუთაისი

თელავი

პმ შიდსიანი პაციენტებისათვის + პმ ონკოპაციენტებისათვის

სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა

ბინაზე პალიატიური მზრუნველობა

მობილური გუნდი

სოფლის ექიმი/ექთანი

ოჯახის/პოლიკლინიკის ექიმი/ექთანი

				(ბაზისური და კლინიკური ფარმაკოლოგიის დეპარტამენტი) ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის სამსახურისა და თანამონაწილეობით	
პალიატიური მზრუნველობა (სავალდებულო კურსი ექთნებისათვის)	8 ECTS კრედიტი	თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი	2011-2012	ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის სამსახურისა და თანამონაწილეობით უნივერსიტეტის აკადემიური პერსონალი	4 კაცი
პალიატიური მზრუნველობა (არჩევითი კურსი)	24 საათი	თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი	2006-2010	მოწვეული პერსონალი და ა/ო “ონკოპრევენციის ცენტრის” თანამონაწილეობით	2 კაცი
პალიატიური მზრუნველობა (ექთნებისათვის)	XXX საათი	თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი	2010-2011	მოწვეული პერსონალი ("ონკოპრევენციის ცენტრის" თანამონაწილეობით)	1 კაცი
პალიატიური მზრუნველობა (არჩევითი კურსი)	18 საათი	ბათუმის სახელმწიფო უნივერსიტეტი	2010	მოწვეული პერსონალი (პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის თანამონაწილეობით)	2 კაცი
პალიატიური მზრუნველობა (არჩევითი კურსი)	18 საათი	ქუთაისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი	2010	მოწვეული პერსონალი (პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაციის თანამონაწილეობით)	2 კაცი

სამეცნიერო კვლევა

პალიატიური მზრუნველობის კვლევითი პროექტის დასახელება	განხორციელების ვადები	განმახორციელებელი ორგანიზაცია	დაკავებული ადამიანური რესურსები	თანამონაწილე ორგანიზაცია	დაფინანსების წყარო
ონკოინკურაბელურ პაციენტებში ტკივილის კონტროლის ადექვატური მოდელის ჩამოყალიბების ხელშეწყობა	2009-2010	მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი	8 კაცი	პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდი
საქართველოს ხანდაზმული მოსახლეობის პალიატიური მზრუნველობის მოდელის შემუშავება	2009-2010	მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი	8 კაცი	პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	მორფოლოგიის ინსტიტუტის ბიუჯეტი
სიცოცხლის მიწურულის ასხვა გაცნობიერებული ღირებულებების მომავლის პაციენტების (End-of-Life Mapping for People with Recognized Limited Terms of Life)	2010-2011	პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს პოსპისი)	~ 15 კაცი	მორფოლოგიის ინსტიტუტის გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი	მოსამზადებელი პერიოდი მიმდინარეობს თვითდაფინანსებით.

პროპაგანდა, საზოგადოების ინფორმირება, ორგანიზაციული და მეთოდური ხელშეწყობა

პალიატიური მზრუნველობის განვითარების ხელშეწყობის პროექტის დასახელება	განხორციელების ადგილი	განხორციელების ვადები	განმახორციელებელი ორგანიზაცია	დაკავებული ადამიანური რესურსები	დაფინანსების წყარო
Identifying obstacles to the fundamental human right “to be free from pain” and improving access to essential medicines through introduction of the WHO Model List of Essential Medicines	ქ. თბილისი	2009-2010	ონკოპრევენციისა და პალიატიური მზრუნველობის ინსტიტუტი პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისის თანამონაწილეობით	8	ფონდი “ღია საზოგადოება - საქართველო
ქრონიკულ-ინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ტკივილისა და სამედიცინო პერსონალის ცოდნის ამაღლებით და პალიატიური	საქართველოს 4 რეგიონი	2010	ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის სამსახური	4	ფონდი “ღია საზოგადოება - საქართველო

მზრუნველობის შესახებ საგანმანათლებლო ტრენინგების ჩატარების გზით					
პალიატიური მზრუნველობის განვითარების მხარდამჭერი ღონისძიება, მიძღვნილი პალიატიური მზრუნველობის მსოფლიო დღისადმი	ქ. თბილისი	2010	საქართველოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაცია	100-მდე მონაწილე	საერთაშორისო ორგანიზაცია "H ^A H", თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

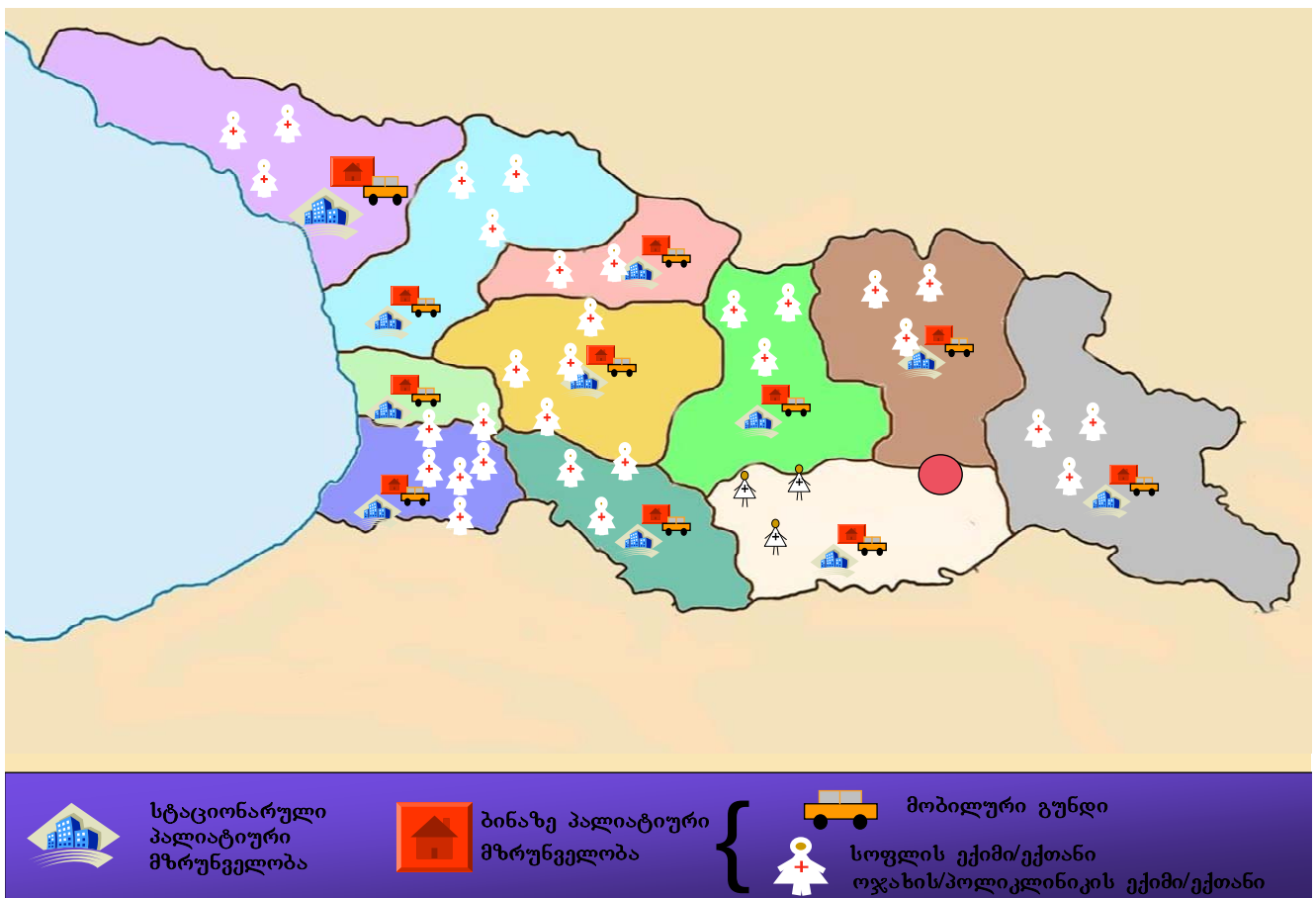
საქართველოში უკვე დამკვიდრებულია ტრადიცია, რომ პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო, საინფორმაციო, კვლევითი, ასევე ორგანიზაციული და მეთოდური ხელშეწყობის მიმართულების პროექტები განათლებისა და ნორმატიული უზრუნველყოფის მიმართულებით სამუშაოების დაფინანსება ხორციელდება არასაბიუჯეტო სახსრებით (ფონდებით, საქაველმოქმედო ორგანიზაციებით, ინსტიტუციური ინიციატივებით, კერძო დაფინანსებით, და მისთ.). შეიძლება სარწმუნოდ ვივარაუდოთ, რომ მოხერხდება ამ ტენდენციის შენარჩუნება მომავალი 5 წლის მანძილზეც.

ამდენად, ჩვენს მიერ ქვემოთ შემოთავაზებული მოდელი და დაფინანსების სქემა ეხება მხოლოდ პრაქტიკული პალიატიური მზრუნველობის კომპონენტს.

პალიატიური მზრუნველობა ქ. თბილისში								
სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა						ბინაზე მზრუნველობა		
ცენტრალური ჰოსპისი	ონკოლოგიის ცენტრი	პედიატრიული კლინიკები	ნევროლოგიის ცენტრი	თუბერკულოზის ცენტრი	შიდსის ცენტრი	მობილური გუნდი (საკონსულტაციო და ექსპერტული დახმარებისათვის)	საოჯახო მედიცინის ცენტრები	პოლიკლინიკები
განყოფილება 20 საწოლზე	განყოფილება 20 საწოლზე	განყოფილება (პალატები) 3-5 საწოლზე	განყოფილება (პალატები) 5-10 საწოლზე	განყოფილება (პალატები) 5-10 საწოლზე	განყოფილება (პალატები) 3-5 საწოლზე	მთელს ქალაქზე	უბნების მიხედვით	

დიდი ქალაქები (მუნიციპალიტეტები) იმეორებენ თბილისის მოდელს.

პალიატიური მზრუნველობა საქართველოს 11 რეგიონში			
სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა	ბინაზე მზრუნველობა		
რეგიონის ცენტრალური საავადმყოფოს პალიატიური მზრუნველობის განყოფილება ან პალატა	1-2 მობილური გუნდი (საკონსულტაციო და ექსპერტული დახმარებისათვის)	საოჯახო მედიცინის ცენტრ(ებ)ი	სოფლის ამბულატორია - სოფლის ქიმი/ექთანი
(3-10 საწოლზე, რეგიონის საჭიროების მიხედვით)	მთელს რეგიონზე	რეგიონულ ცენტრში	სოფლად



მოტანილი სქემების გათვალისწინებით საქართველოსათვის საჭიროა 30-მდე სტაციონარული ერთეული (ჰოსპისი, განყოფილება, პალატა) და 35-მდე ბინაზე მზრუნველობის მობილური გუნდი.

საოჯახო მედიცინის ცენტრებისა და პოლიკლინიკების ექიმების და ექთნების, ასევე სოფლის ექიმებისა და ექთნების შრომის ანაზღაურების მოდელები განსაზღვრულია. მიზანშეწონილია მათ მიერ განხორციელებად მომსახურებათა პაკეტში დამატებით იქნას შეტანილი პალიატიური მზრუნველობა და შესაბამისად

მოხდეს მათ ხელფასების გაზრდაც. ასეთ შემთხვევაში პალიატიური მზრუნველობის ქსელში ჩართული სპეციალიზებული და არა სპეციალიზებული სტრუქტურებისა და ადამიანური რესურსების სრულად დაფინანსების ხარჯები (დღევანდელი ფასებისა და ხელფასების გათვალისწინებით) არ აღემატება 4500000 ლარს.

ეს თანხა დაფარავს ექიმის, ექთნის, დაბალი მედ. პერსონალის (მომვლელის), სოც. მუშაკის, ფსიქოლოგის, ტექნიკური პერსონალის და სამენეჯმენტო ჯგუფის ხელფასებს. ოპიოიდებით უზრუნველყოფის, ასევე, ტრანსპორტირების და საბაზისო წამლებით მინიმალურად მომარაგების ხარჯებს.

რეკომენდაციები საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

შემუშავებულია 2009 წლის 17 მარტს საქართველოს პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის მიერ ორგანიზებულ მრგვალ მაგიდაზე შექმნილი კომისიის მიერ.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ:

1. კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ყოველწლიურად შესაძენი რაოდენობის განსაზღვრისას - გაითვალისწინოს გაეროს 1961 წლის ერთიანი კონვენციის (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) მიერ მოწოდებული, ავადობის სტრუქტურაზე (პოპულაციის მეთოდზე) დაფუძნებით გამოთვლილი საჭიროება ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე - ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტებისათვის.

2. მოსახლეობის სპეციფიკურ მედიკამენტებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამის შედგენისას, “ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ” საქართველოს კანონის მე-8 მუხლის 1¹ პუნქტის (*“სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართული სხვა მიზნებისათვის, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად”*) და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის №157/6 ბრძანების - “ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე” მე-2 მუხლის ე) პუნქტის (*საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისმა სამსახურებმა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო ბიუროში (INCB) ქვეყნისათვის ყოველწლიური კვოტის წარდგენისას, ასევე სახელმწიფო შესყიდვების განხორციელებისას, გაითვალისწინონ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციები ტკივილის გაყუჩებისათვის მოთხოვნილი სხვადასხვა ნარკოტიკების, მათი ფორმების და ამ ფორმების თანაფარდობის თაობაზე*) გათვალისწინებით

ა) განაახლოს ქვეყანაში “ძირითადი სამკურნალო საშუალებების სია”, რომელიც ჯანმოს რეკომენდაციების თანახმად აუცილებლად უნდა შეიცავდეს კოდეინს და მორფინის სხვადასხვა ფორმებს:

კოდეინის ტაბლეტი – 30 მგ (ფოსფატი), მორფინი - საინიექციო 10 მგ 1 მლ ამპულები (მორფინის ჰიდროქლორიდი ან სულფატი), სწრაფი მოქმედების ტაბლეტები - 10 მგ (მორფინის სულფატი), გახანგრძლივებული მოქმედების ტაბლეტები - 10 მგ, 30 მგ და 60 მგ, სიროფი - 10 მგ/5 მლ (მორფინის

ჰიდროქლორიდი ან სულფატი); /ჯანმოს “ძირითადი სამკურნალო საშუალებების” მე-15 სამოდულო სია 2007 წელი.

ბ) უზრუნველყოს ქვეყანაში კოდეინისა და მორფინის და სხვა ოპიოიდების იმპორტი და შესყიდვა ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული შემდეგი თანაფარდობით (ცხრილი 1 და ცხრილი 2):

ცხრილი 1

მორფინი			სხვადასხვა ოპიოიდების (მორფინი, ჟენტანილი, სხვა) ფორმები
ტაბლეტირებული სწრაფი მოქმედების	ტაბლეტირებული გახანგრძლივებული მოქმედების	საინექციო ფორმა	
30%	60%	5%	5%

ცხრილი 2

სტრატეგიული მნიშვნელობის მედიკამენტების სხვადასხვა ფორმების რეკომენდებული დოზირებები			
მორფინი			კოდეინი
ტაბლეტირებული სწრაფი მოქმედების მორფინი	ტაბლეტირებული გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინი	მორფინის საინექციო ფორმა	
10 მგ 20მგ	30 მგ 60 მგ 100 მგ	2მგ/მლ 10მგ/მლ 50მგ/მლ	30 მგ

3. უმოკლეს ვადებში უზრუნველყოს საჭირო ოპიოიდების, მათ შორის, როგორც ხანმოკლე, ასევე გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინის ტაბლეტირებული ფორმების რეგისტრაცია (ძველ რეგისტრაციებს ვადა გაუვიდა)

4. “პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის მიზნით ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების და საშუალებების შესყიდვაზე” ტენდერის გამოცხადებისას მიზანშეწონილია მოითხოვოს შედარებით იაფი ოპიოიდების გენერიული (generic) ფორმების შესყიდვა - იმ რეკომენდაციათა გათვალისწინებით, რომელიც

მოცემულია დოკუმენტში “პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პროგრამა საქართველოში” (ი. სტრუქტურისკორდი, 2005 წელი) და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შექმნილი “კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების” მონაცემთაბაზა: <http://www.who.int/hiv/amds/ControlledMedicineDatabase.xls#Introduction!A1>

5. შინაგან საქმეთა სამინისტროსთან ერთობლივად დაიწყო მომზადება ნორმატიული აქტისა, რომელიც ჩაანაცვლებს 2000 წლის 13/15 მარტის №32/ო და №102 ჯანმრთელობის და სოციალური მინისტრის და შინაგან საქმეთა მინისტრების ერთობლივ ბრძანებით დამტკიცებულ “პოლიკლინიკაში ნარკოტიკული სამკურნალო საშუალებების დანიშვნის, გამოწერის და ნარკოტიკული საშუალებების გამოსაწერი რეცეპტების ბლანკის შეძენის, შენახვის და აღრიცხვის წესს”, უზრუნველყოფს ავთიაქიდან ოპიოიდური მედიკამენტების გაცემის დღეების რაოდენობის გაზრდას და სრულ პარმონიაში იქნება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტროს 2008 წლის №157/ნ ბრძანებასთან

6. მოამზადოს ცვლილებები 2008 წლის №157/ნ ბრძანებაში, რომლის თანახმადაც

ა) ერთ რეცეპტზე გამოსაწერი ოპიოიდის რაოდენობა განისაზღვრება 15 დღის ვადით

ბ) ექიმს ეძლევა უფლება, საჭიროების შემთხვევაში, ერთდროულად გამოწეროს სხვადასხვა ოპიოიდები

7. უზრუნველყოს ყველა რაიონული პირველადი ჯანდაცვის სამსახურის იმ ფორმით ლიცენზირება (ლიცენზიის გაცემის პროცედურის გამარტივება), რომ პაციენტებისათვის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით შესაძლებელი იყოს ტკივილგამაყუჩებელი ოპიოიდების დანიშვნა/დოზის შეცვლა და გამოწერა.

8. უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების განათლების ხელშეწყობა ტკივილის სწორად მართვასა და ექიმების მიერ დაუსაბუთებელი “ოპიოფობიის” გადალახვაში.

ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებითაა შედგენილი პალიატიური მზრუნველობის დამკვიდრების, განვითარებისა და ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე ინტეგრაციის საქართველოს ეროვნული სამოქმედო გეგმა, რომელიც ქვემოთ არის წარმოდგენილი.

ამასთანავე, ეს გეგმა ითვალისწინებს ჯანმო-ს ექსპერტთა მიერ მოწოდებულ კლასიკურ რეკომენდაციებს – პალიატიური მზრუნველობისა და ტკივილის მართვის სისტემის განვითარების სტრატეგიულ სამკუთხედს - რომლის შეჯამებული და რამდენადმე გამარტივებული სქემა ასე გამოიხატება:



პალიტიური მზრუნველობის განვითარება და
ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე ინტეგრაცია

საქართველოს ეროვნული სამოქმედო გეგმა
2011-2015

საკანონმდებლო-ნორმატიული ცვლილებები და ინიციატივები

№	წელი განსახორციელებელი ქმედებები	2011	2012	2013	2014	2015
1.	ნორმატიული აქტით “პალიატიური მზრუნველობის” ადგილის განსაზღვრა საექიმო სპეციალობათა ჩამონათვალში. <i>შენიშვნა: ამჟამად პალიატიური მზრუნველობა წარმოდგენს 4 სპეციალობის: “ონკოლოგია”, “შინაგანი სნეულებები”, “ზოგადი ქირურგია”, “რეანიმატოლოგია” სეზსპეციალობას, რაც შესაცვლელია</i>					
2.	საკანონმდებლო-ნორმატიულ აქტებში პალიატიურ მზრუნველობასთან და ოპიოიდების ლეგალურ ბრუნვასთან და მოხმარებასთან დაკავშირებული ტერმინოლოგიის დახვეწა					
3.	პალიატიური მზრუნველობისათვის საჭირო ძირითად წამალთა ნუსხის დამტკიცება					
4.	მორფინის დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის, მიღების /მოხმარების/, უტილიზაციისა და მონიტორინგის წესების განმსაზღვრელი ნორმატიული აქტების დახვეწა - ჯანმო-ს, ევროსაბჭოსა და ევროკავშირის რეკომენდაციათა და მოთხოვნათა შესაბამისად. <i>შენიშვნა: ამჟამად მოქმედი აქტები მოტანილია ტექსტში</i>					
5.	ცვლილებები კანონში “საქართველოს ბიუჯეტის შესახებ”					

შენიშვნა: № 5 საკითხთან დაკავშირებული მასალები წარმოდგენილია ქვემოთ

კანონი საქართველოს ბიუჯეტის შესახებ							
პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსება (ლარებში)							
ბიუჯეტი \ წელი	2009	მიმდინარე 2010	2011	2012	2013	2014	2015
ფედერალური ბიუჯეტიდან	280 000	440 000	600 000	900 000	1 400 000	1 900 000	2 000 000
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ბიუჯეტიდან	100 000	50 000	100 000	150 000	200 000	300 000	360 800
ადგილობრივი ბიუჯეტებიდან	—	—	100 000	400 000	800 000	1 200 000	1 878 000
სულ	380 000	490 000	800 000	1 450 000	2 400 000	3 400 000	4 238 800
ტექნიკურ საშუალებათა ჯამური ღირებულება			50 000	100 000	150 000	200 000	261 200
სულ			850 000	1 550 000	2 550 000	3 600 000	4 500 000
ტკივილგამაყუჩებელი ოპიოიდების შესყიდვის, იმპორტისა და დისტრიბუციის დაფინანსება							
დაფინანსება \ წელი	2009	მიმდინარე 2010	2011	2012	2013	2014	2015
საბიუჯეტო დაფინანსება	600 000	660 000	800 000	900 000	1 000 000	1 100 000	1 200 000

პალიატიური მზრუნველობის სამსახურების ბეობრაზია

პალიატიური მზრუნველობის სამსახურის ფორმა (ტიპი) ქალაქი, მხარე, მუნიციპალიტეტი		ცენტრალური (მულტიპროფილური) ჰოსპისი (საწოლი)	ონკოლოგიური ცენტრის პალიატი. მზრუნველობის სამსახური (საწოლი)	ნევროლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა (საწოლი)	ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობა (საწოლი)	მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობა (საწოლი)	შიდსით დაავადებულთა პალიატიური მზრუნველობა	ფტიზიატრიულ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა	მობილური ჯგუფი (რაოდენობა)	პოლიკლინიკა \ საოჯახო მედიცინის ცენტრი (რაოდენობა)	სოფლის ექიმი/ექთანი (თითოეულ სოფელში/თემში)
თბილისი		20	20	10	10	10	+	+	3	35	
სულ		20	20	10	10	10	+	+	3	35	
აჭარის ა/რ	ბათუმი	5	5	5	5	5	+		2	3	
	ქობულეთის მუნიცი.						+	+		1	
	ხელვაჩაურის მუნიცი.									1	
	ქედის მუნიცი.								1	1	
	შუახევის მუნიცი.									1	
	ხულოს მუნიცი.									1	
სულ			5	5	5	5	+	+	3	8	
გურიის მხარე	ლანჩხუთის მუნიცი	10							1	1	
	ოზურგეთის მუნიცი								1	1	
	ჩოხატაურის მუნიცი								1	1	
სულ		10							3	3	
აფხაზეთის ა/რ							+		1		
სულ							+		1		
იმერეთის მხარე	ქუთაისი	10	5		5	5	+		2	2	
	ზესტაფონის მუნიცი						+	+		1	
	წყალტუბოს მუნიცი.									1	
	სამტრედიის მუნიცი.									1	
	ჭიათურის მუნიცი.									1	
	საჩხერის მუნიცი.	10							1	1	
	თერჯოლის მუნიცი.									1	
	ვანის მუნიცი.									1	
	ხონის მუნიცი									1	
	ტყიბულის მუნიცი.									1	
	ბაღდათის მუნიცი.									1	

	ხარაგაულის მუნიც.								1	1	
სულ		20				5	+	+	4	13	
კახეთის მხარე	თელავის მუნიც.	5					+	+	1	1	
	ახმეტის მუნიც.									1	
	გურჯაანის მუნიც.								1	1	
	ყვარლის მუნიც.									1	
	დედოფლისწყაროს მუნიც.									1	
	ლაგოდეხის მუნიც.									1	
	საგარეჯოს მუნიც.									1	
	სიღნაღის მუნიც.	5							1	1	
სულ		10					+	+	3	8	
მცხეთა-მთიანეთის მხარე	ახალგორის მუნიც.									1	
	დუშეთის მუნიც.	5							1	1	
	თიანეთის მუნიც.									1	
	მცხეთის მუნიც.									1	
	ყაზბეგის მუნიც.								1	1	
სულ		5							2	5	
რაჭა-ლეჩხუმის და ქვემო სვანეთის მხარე	ამბროლაურის მუნიც.									1	
	ლენტეხის მუნიც.								1	1	
	ონის მუნიც.	5							1	1	
	ცაგერის მუნიც.	5							1	1	
სულ		10							3	4	
სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარე	ზოთი	5							1	2	
	აბაშის მუნიც.									1	
	სენაკის მუნიც.									1	
	ზუგდიდის მუნიც.	5							1	2	
	მარტვილის მუნიც.									1	
	წალენჯიხის მუნიც.								1	1	
	ხობის მუნიც.									1	
	ჩხოროწყუს მუნიც.									1	
	მესტიის მუნიც.	5							1	1	
სულ		15							4	11	
	ადიგენის						+	+		1	

სამცხე-ჯავახეთის მხარე	მუნიც. ასპინძის მუნიც.									1	
	ახალქალაქის მუნიც.	5							1	1	
	ახალციხის მუნიც.	5							1	1	
	ბორჯომის მუნიც.									1	
	ნინოწმინდის მუნიც.									1	
	სულ	10							2	6	
ქვემო ქართლის მხარე	რუსთავი	10							1	2	
	გარდაბნის მუნიც.									1	
	ბოლნისის მუნიც.								1	1	
	მარნეულის მუნიც.									1	
	დმანისის მუნიც.									1	
	თეთრიწყაროს მუნიც.									1	
	წალკის მუნიც.								1	1	
სულ		10							3	8	
შიდა ქართლის მხარე	გორის მუნიც.	5							2	1	
	კასპის მუნიც.									1	
	ქარელის მუნიც.									1	
	ხაშურის მუნიც.	5								1	
	ერედვის მუნიც.									1	
	ქუთისის მუნიც.								1	1	
	თიღვის მუნიც.									1	
სულ		10							3	7	
სულ ქვეყანაში განსავითარებელი სიმძლავრეები		125	30	15	20	20	განისაზღვრება გლობალური ფონდის ბიუჯეტით	განისაზღვრება გლობალური ფონდის ბიუჯეტით	34	108	
ბიუჯეტი ლარებში		1 250 000	300 000	150 000	200 000	200 000			1 750 000	388 800	4 238 800

კალიბრირებული მზრუნველობით დაფარვის
მაჩვენებელი

მომსახურების
არ არსებობა

ნაწილობრივი
დაფარვა

80 % -იანი
დაფარვა

წელი	2009	მიმდინარე 2010	2011	2012	2013	2014	2015
თბილისი							
აჭარის ა/რ							
ბათუმი							
ქობულეთის მუნიცი. ხელვაჩაურის მუნიცი. ქედის მუნიცი. შუახევის მუნიცი. ხულოს მუნიცი.							
გურიის მხარე							
ლანჩხუთის მუნიცი. ოზურგეთის მუნიცი. ჩოხატაურის მუნიცი.							
აფხაზეთის ა/რ							
იმერეთის მხარე							
ქუთაისი							
ზესტაფონის მუნიცი. წყალტუბოს მუნიცი. სამტრედიის მუნიცი. ჭიათურის მუნიცი. საჩხერის მუნიცი. თერჯოლის მუნიცი. ვანის მუნიცი. ხონის მუნიცი. ტყიბულის მუნიცი. ბაღდათის მუნიცი. ხარაგაულის მუნიცი.							
კახეთის მხარე							
თელავის მუნიცი. ახმეტის მუნიცი. გურჯაანის მუნიცი. ყვარლის მუნიცი. დედოფლისწყაროს მუნიცი. ლაგოდეხის მუნიცი. საგარეჯოს მუნიცი. სიღნაღის მუნიცი.							
მცხეთა-მთიანეთის მხარე							
ახალგორის მუნიცი. დუშეთის მუნიცი. თიანეთის მუნიცი. მცხეთის მუნიცი. ყაზბეგის მუნიცი.							

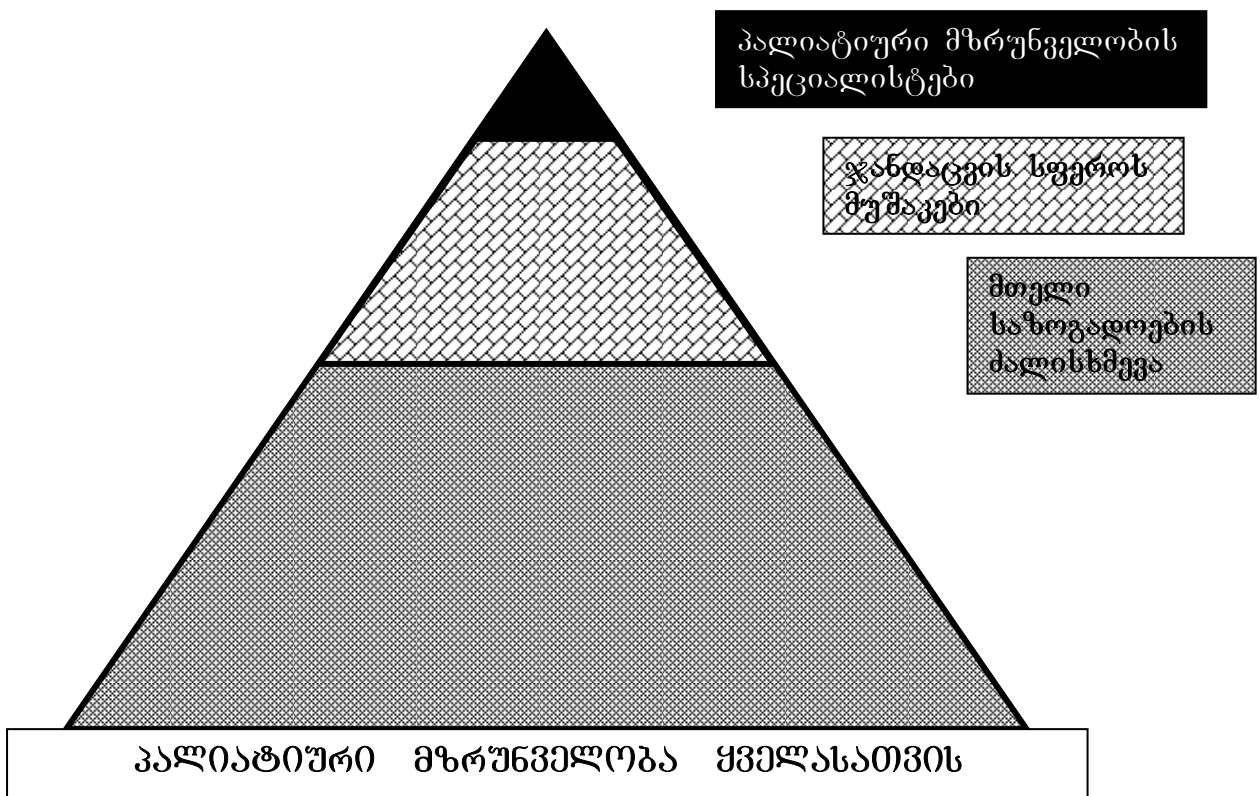
რაჭა-ლეჩხუმის და ქვემო სვანეთის მხარე ამბროლაურის მუნიცი. ლენტეხის მუნიცი. ონის მუნიცი. ცაგერის მუნიცი.							
სამეგრელო-ზემო სვანეთის მხარე							
ფოთი;							
აბაშის მუნიცი. სენაკის მუნიცი. ზუგდიდის მუნიცი. მარტვილის მუნიცი. წალენჯიხის მუნიცი. ხობის მუნიცი. ჩხოროწყუს მუნიცი. მესტიის მუნიცი.							
სამცხე-ჯავახეთის მხარე ადიგენის მუნიცი. ასპინძის მუნიცი. ახალქალაქის მუნიცი. ახალციხის მუნიცი. ბორჯომის მუნიცი. ნინოწმინდის მუნიცი.							
ქვემო ქართლის მხარე							
რუსთავი							
გარდაბნის მუნიცი. ბოლნისის მუნიცი. მარნეულის მუნიცი. ღმანისის მუნიცი. თეთრიწყაროს მუნიცი. წალკის მუნიცი.							
შიდა ქართლის მხარე გორის მუნიცი. კასპის მუნიცი. ქარელის მუნიცი. ხაშურის მუნიცი. ერედვის მუნიცი. ქურთის მუნიცი. თიღვის მუნიცი.							

მორფინის კვრტის მოთხოვნა და მოხმარება

კვრტა							
წელი	2009	მიმდინარე 2010	2011	2012	2013	2014	2015
ოპიოიდების კვრტა (კგ)	15,0	15,0	19,0	19,0	19,0	24,0	28,0
მოხმარება (კგ)							
ტაბლეტირებული მორფინი (სწრაფად ხსნადი)	-	?	2,0	2,0	3,0	5,0	5,0
ტაბლეტირებული მორფინი (ნელა ხსნადი)	15 მგ – 2800 ტ 30 მგ – 23135 ტ 60 მგ – 4180 ტ 200 მგ – 300 ტ 100 მგ – 600 ტ	?	4,0	6,0	8,0	10,0	14,0
საინიექციო მორფინი	10 მგ/1 მლ – 804933 ამკ	?	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0
სხვა ტიპები და ფორმები	-	?	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0
სულ მოხმარება	6,89	?	11,0	13,0	15,0	19,0	24,0

ბანათლება (სპეციალისტთა მომზადება, სამედიცინო კადრების
სწავლება-ტრენინგი, სასწავლო პროცესების მეთოდური
უზრუნველყოფა)

ქვემოთ წარმოდგენილი სამოქმედო გეგმა შეესაბამება ჯანმო-ს ექსპერტთა მიერ
მოწოდებულ სქემას:



ბანათლება (სწავლება\ტრენინგი)

სამიზნე ჯგუფები		წელი					სასწავლო პროგრამა	მონაწილეთა რაოდენობა	პროგრამის განხორციელების ადგილი	პროგრამის განხორციელებაზე (სწავლებაზე) დასაწესებელი ღირებულება	ბიუჯეტი	დაფინანსების წყარო
		2011	2012	2013	2014	2015						
უმაღლესი სასამართლო პერსონალი (მძიმეები)	საერთაშორისო 2-წლიანი “ფელოუშიპი” (რეზიდენტურა)						საერთაშორისო 2-წლიანი “ფელოუშიპის” პროგრამა, აკრედიტებული ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ	8	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს ჰოსპისი), სან დიეგო, კალიფორნია, აშშ	პალიატიური მზრუნველობის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი)	624 000	NIH, “ღია საზოგადოების ინსტიტუტი”, ფონდი “ღია საზოგადოება საქართველო”, HtH, IAHPC, და სხვ.
	საშუალოვადიანი სწავლება (3-6 თვე)						აკრედიტებული პროგრამა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ექიმებისათვის (მათ შორის სოფლის ექიმებისათვის)	350-400 ექიმი	საქართველოს თვითმმართველი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია საქართველოს ექიმთა ასოციაცია “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სპეციალისტები	200 000	პროგრამის განმახორციელებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილე ექიმთა დამსაქმებლები
	მოკლევადიანი სწავლება დახელოვნების კურსები						აკრედიტებული პროგრამები: პირველადი ჯანდაცვის ქსელის	2000 –მდე ექიმი	საქართველოს თვითმმართველი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	200 000	პროგრამის განმახორციელებელთა მიერ მოზიდული

						ექიმებისათვის (მათ შორის სოფლის ექიმებისათვის)			საქართველოს ექიმთა ასოციაცია “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო სპეციალისტები		გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილე ექიმთა დამსაქმებლები
კლინიკური ფარმაცევტიკა	მოკლევადიანი სწავლება (1-3 თვე)					საერთაშორისო პროგრამა - აკრედიტებული ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ	კლინიკური ფარმაცელოგიის 3-4 აღიარებული სპეციალისტი	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს ჰოსპისი), სან დიეგო, კალიფორნია, აშშ	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	104 000	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (კალიფორნია, აშშ) გრანტი
ფარმაცევტიკა და ჯამალთა პროვაიდერები	მოკლევადიანი სწავლება (1-3 თვე)					აკრედიტებული პროგრამები ფარმაცევტიკის და ჯამალთა პროვაიდერებისათვის	200-მდე ფარმაცევტი და ჯამალთა პროვაიდერი	საქართველოს თვითმმართველი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები	50 000	პროგრამის განმახორციელებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილე ექიმთა დამსაქმებლები

საშუალო სამედიცინო პერსონალი (ექმნები)	გრძელვადიანი სწავლება					საერთაშორისო პროგრამა ექთნებისათვის, აკრედიტებული ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ	8 ექთანი	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს ჰოსპისი), სან დიეგო, კალიფორნია, აშშ	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	312 000	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (კალიფორნია, აშშ) გრანტი
	საშუალოვადიანი სწავლება					აკრედიტებული პროგრამა ექთნებისათვის	350-400 ექთანი	საქართველოს თვითმმართვე ლი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია საქართველოს ექთანთა ასოციაცია “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები	100 000	პროგრამის განმახორციე ლებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილე ექიმთა დამსაქმებლე ბი

	მოკლევადიანი სწავლება						აკრედიტებული პროგრამა ექთნებისათვის	2000-მდე ექთანი	საქართველოს თვითმმართვე ლი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია საქართველოს ექთანთა ასოციაცია “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები	100 000	პროგრამის განმახორციე ლებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილე ექიმთა დამსაქმებლე ბი
სოციალური მუშაკები	მოკლევადიანი სწავლება (1-3 თვე)						საერთაშორისო პროგრამა აკრედიტებული ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ	4 სოციალურ ი მუშაკი	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს ჰოსპისი), სან დიეგო, კალიფორნია, აშშ	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	104 000	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (კალიფორნია, აშშ) გრანტი
	საშუალოვადია ნი სწავლება						აკრედიტებული პროგრამა სოციალური მუშაკებისათვის	50-მდე სოციალურ ი მუშაკი	საქართველოს თვითმმართვე ლი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია საზღვარგარეთ სწავლების კურსგავლილი სპეციალისტები	25 000	პროგრამის განმახორციე ლებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილე ექიმთა დამსაქმებლე ბი

მომვლელი (დაბალი სამედიცინო პერსონალი)	მოკლევადიანი სწავლება (1-3 თვე)					აკრედიტებული პროგრამა მომვლელებისა თვის (დაბალი სამედიცინო პერსონალისათვ ის)	200 –მდე დაბალი სამედიცი ნო პერსონალ ის წარმომად გენელი და მოხალისე	საქართველოს თვითმმართვე ლი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია საქართველოს ექთანთა ასოციაცია ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი	30 000	პროგრამის განმახორციე ლებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილეთა დამსაქმებლე ბი სახელობო სკოლები
ფსიქოლოგი	გრძელვადიანი სწავლება (6 – 12 თვე)					საერთაშორისო “ფელოუშიპის” პროგრამა, აკრედიტებული ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ	3 ფსიქოლოგ ი	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს ჰოსპისი), სან დიეგო, კალიფორნია, აშშ	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	78 000	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (კალიფორნია, აშშ) გრანტი

	მოკლევადიანი სწავლება (1-3 თვე)					აკრედიტებული პროგრამა ფსიქოლოგების ათვის	10-15 ფსიქოლო გი	საქართველოს თვითმმართვე ლი ქალაქები და რეგიონები	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი	10 000	პროგრამის განმახორციე ლებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები სასწავლო პროცესში მონაწილეთა დამსაქმებლე ბი უნივერსიტეტ ები
კაპელანი ასულიერო პირი	მოკლევადიანი სწავლება (1-3 თვე)					საერთაშორისო კურსი, აკრედიტებული ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის მიერ	2 მონაზონი	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (სან დიეგოს ჰოსპისი), სან დიეგო, კალიფორნია, აშშ	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია	26 000	პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის (კალიფორნია, აშშ) გრანტი
უმაღლესი სამედიცინო სკოლის სტუდენტები\ საექთნო სკოლის სტუდენტები						საგანმანათლე ბლო კურიკულუმში ინტეგრირებუ ლი კურსი	1000 –ზე მეტი სტუდენტი	თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, თელავი, ზუგდიდი	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწავლებლები	5 000	უმაღლესი სამედიცინო სკოლის ბიუჯეტი

							საგანმანათლე ბლო კურიკულუმში ინტეგრირებუ ლი კურსი	1000 –ზე მეტი სტუდენტი	თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, თელავი, ზუგდიდი	პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწავლებლები	5 000	საექთნო სკოლების ბიუჯეტი
სულ										1 973 000	ლარი	

ორგანიზაციული და მეთოდური მხარდაჭერა										
წლები ღონისძიებები	წელი					პროგრამის ბანხორციელების აღბილი	პროგრამის ბანხორციელებაზე პასუხისმგებელი	ბიუჯეტი	დაფინანსების წყარო	
	2011	2012	2013	2014	2015				NIH, “ღია საზოგადოების ინსტიტუტი”, ფონდი “ღია საზოგადოება საქართველო”, HiH, IAHPC, და სხვ.	
სასწავლო-მეთოდური მასალების მომზადება (თარგმნა, რედაქტირება, გეგმვა)						თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი	სან დიეგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი საქართველოს ექიმთა ასოციაცია საქართველოს ექთანთა ასოციაცია “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები სამედიცინო პროფილის უმაღლესი სასწავლებლები სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწავლებლები	100 000	პროგრამის განმახორციელებე ლთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები	

კლინიკური პრაქტიკის ბაიფლანების, მათ შორის, ეროვნული ბაიფლანის მომზადება						თბილისი	სან დიეგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი (საერთაშორისო პროგრამების დეპარტამენტი) პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი საქართველოს ექიმთა ასოციაცია საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები	50 000	პროგრამის განმახორციელებე ლთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
ჯანდაცვის პროფესიონალთა, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების და მომვლელთათვის სასწავლო-სატრენინგო, პროფესიული განვითარებისა და უწყვეტი განათლების დიფერენცირებული კურსების მომზადება						თბილისი	პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი საქართველოს ექიმთა ასოციაცია ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი სამედიცინო პროფილის უმაღლესი სასწავლებლები სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწავლებლები საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები	30 000	პროგრამის განმახორციელებე ლთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები

ლობირება და საზოგადოებრივი მხარდაჭერა

წლები ლონისკიებები	წელი					პროგრამის განხორციელების აღბილი	პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი	ბიუჯეტი	დაფინანსების წყარო
	2011	2012	2013	2014	2015				NIH, “ღია საზოგადოების ინსტიტუტი”, ფონდი “ღია საზოგადოება საქართველო”, HtH, IAHPC, და სხვ.
საინფორმაციო, საკანონმდებლო-საინიციატივო და შეხვედრები და ვორკშოპები სახელისუფლო სტრუქტურების, საელჩოების, საერთაშორისო და არასამთავრობო, ასევე პროფესიული ორგანიზაციების და მასმედიის წარმომადგენლებთან						საქართველოს თვითმმართველი ქალაქები და რეგიონები	საქართველოს პირველი ლედის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები სამედიცინო პროფილის უმაღლესი სასწავლებლები სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწავლებლები	30 000	პროგრამის განმახორციელებ ელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები

პალიატიური მზრუნველობის თაობაზე ბეჭდვითი და ვიდეო- აუდიო მასალების (ვიკლების) მომზადება და დისტრიბუცია კრებით, რადიოთი და ტელევიზიით						საქართველოს პირველი ლედის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები სამედიცინო პროფილის უმაღლესი სასწავლებლები სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწავლებლები	125 000	პროგრამის განმახორციელებ ელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო დღის აღნიშვნა					საქართველოს თვითმმართველი ქალაქები და რეგიონები	საქართველოს პირველი ლედის ოფისი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრი და მისი ფილიალები “ონკოპრევენციის ცენტრი” ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი საზღვარგარეთ მომზადებული სპეციალისტები სამედიცინო პროფილის უმაღლესი სასწ. სამედიცინო პროფილის საექთნო სასწ.	50 000	პროგრამის განმახორციელებ ელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
სულ	205 000					ლარი		

მეცნიერება

წლები კვლევის მიმართულებები	წელი					პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი	ბიუჯეტი	დაფინანსების წყარო სესფ, NIH, “ღია საზოგადოების ინსტიტუტი”, ფონდი “ღია საზოგადოება საქართველო”, HfH, IAHPC, და სხვ.
	2011	2012	2013	2014	2015			
საქართველოსათვის პალიატიური მზრუნველობის მოღელის შემდგომი ოპტიმიზაციისათვის (სრული დაფარვა 2-საათიანი მიღწევადობის პირობებში)						პალიატიური მზრუნველობის ევროპის ასოციაცია სან დიეგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი (ალექსანდრე ნატიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტი)	30 000	პროგრამის განმახორციელ ებულთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
მოხუცთა პალიატიური მზრუნველობის თავისებურებანი ტრაფიციული (დიდი ოჯახების) ცხოვრების წესის მძონე ქვეყნებში (საქართველო და კავკასიის ქვეყნები)						პალიატიური მზრუნველობის ევროპის ასოციაცია სან დიეგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი (ალექსანდრე ნატიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტი)	100 000	პროგრამის განმახორციელ ებულთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
სიცოცხლის მიწურულის ასახვა გაცნობიერებული ლიმიტირებული მოგავლის მძონე პირებში						სან დიეგოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი გერონტოლოგიისა და პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტი (ალექსანდრე ნატიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტი) ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი	100 000	პროგრამის განმახორციელ ებულთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
სულ							230 000	ლარი

პროგრამის მენეჯმენტი

წლები საქმიანობა	წელი					პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი	ბიუჯეტი	დაფინანსების წყარო
	2011	2012	2013	2014	2015			
პროგრამის სამენეჯმენტო ჯგუფის დაფინანსება						პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული კოორდინატორის ოფისი	100 000	პროგრამის განმახორციელებელთა მიერ მოზიდული გრანტები და სხვა ფინანსები
სულ	100 000					ლარი		