

# ინტეგრირებული ზრუნვა



2021



დოკუმენტი მომზადებულია „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის“ მიერ, პროექტის ფარგლებში, რომლის სახელწოდებაა „ინტეგრირებული ზრუნვა“.

აღნიშნული პროექტი არის ნაწილი პროგრამისა „უკეთესი ზრუნვისთვის საქართველოში“; დაფინანსებულია „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ მიერ, Bread for the World-ის მხარდაჭერით.

დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები შეიძლება არ ემთხვეოდეს დონორისა და მხარდამჭერის პოზიციას.

2021 წელი  
თბილისი

„საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის“ მისია - ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ინტეგრირებული ზრუნვის განვითარება - სამ დიდ თემას მოიცავს:

1. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანდაცვაში;
2. ინტეგრირებული ზრუნვა;
3. ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა ჯანდაცვაში.

2020 წელს პლატფორმამ შეიმუშავა ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის სახელმძღვანელო და, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან ერთად, დანერგა დისტანციური სასწავლო პროგრამა.

წინამდებარე ნაშრომი წარმოადგენს ტრილოგიის მეორე ნაწილს და ეხება ინტეგრირებულ ზრუნვას, როგორც ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის პრაქტიკულ ინსტრუმენტს. პარალელურად, იმავე უნივერსიტეტთან თანამშრომლობით, დაინერგა შესაბამისი დისტანციური სასწავლო პროგრამა.

იმედია, ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომაც მალე გახდება ხელმისაწვდომი დაინტერესებული პირებისათვის.

ნაშრომი განკუთვნილია ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და სამედიცინო საკითხებით დაინტერესებული პირებისთვის.

ავტორები: იოსებ აბესაძე, უჩა ვახანია, მარინე კურატაშვილი, დავით ოთიაშვილი, ფატი ძოწენიძე, თენგიზ წულაძე, დავით ხუბუა, გივი ჯავაშვილი

©საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2021

ISBN 978-9941-8-3145-4



„საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“ არის ჯანდაცვის სექტორში მოქმედი 40-ზე მეტი ორგანიზაციის მიერ შექმნილი სამი კოალიციის გაერთიანება, რომლის მისიაცაა ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ინტეგრირებული ზრუნვის განვითარების ხელშეწყობა.

## შინაარსი

შესავალი.....	6
ინტეგრირებული ზრუნვა - ზოგადი ნაწილი .....	11
ინტეგრირებული ზრუნვა ქრონიკული დაავადებების მართვისას .....	30
ინტეგრირებული ზრუნვა ხანგრძლივ მოვლაში.....	57
ინტეგრირებული ზრუნვა ფსიქიატრიაში.....	85
ინტეგრირებული ზრუნვა ადიქტოლოგიაში .....	101
ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა .....	118
შეჯამება.....	133

# შესავალი

„ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების ან გადახრის არქონა“.

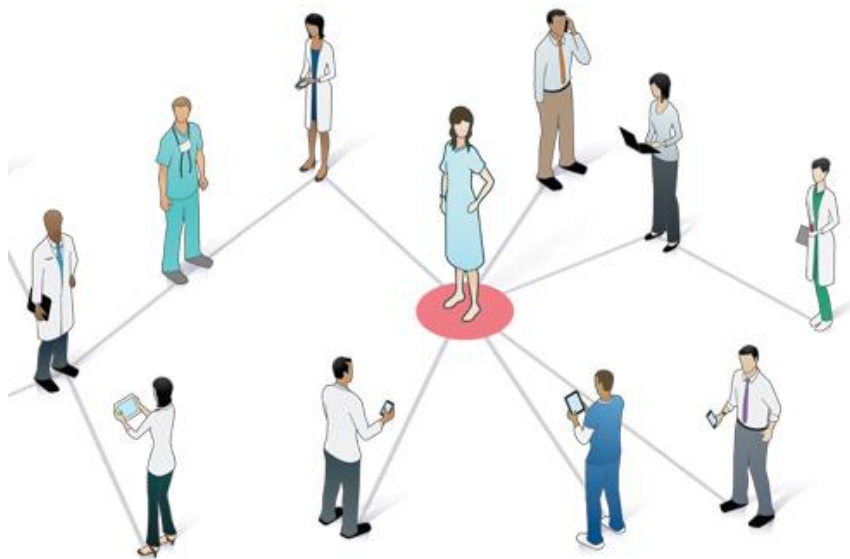
*ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია, 1946*

## წინათქმა

განმარტებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობა ადამიანის კეთილდღეობის ძირითადი განმსაზღვრელი და მისი ერთ-ერთი მთავარი საზრუნავია.

ადამიანს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით მრავალგვარი საჭიროება აქვს. ამ საჭიროებათა დაკმაყოფილებასთან პროფესიულად დაკავშირებული არიან თავად მედიკოსები, სოციალური მუშაკები, ფინანსისტები, მწარმოებლები, ინფორმაციული ტექნოლოგიის სპეციალისტები, ტრანსპორტისა და კავშირგაბმულობის მუშაკები, სხვადასხვა დარგის მეცნიერები, საჯარო მოხელეები, პოლიტიკოსები...

ბევრი მათგანი, დაკავებული თავისი საქმიანობით, შეიძლება ყოველდღიურად არც კი ფიქრობდეს პაციენტზე, როგორც მის დამკვეთზე და მისი შრომის ნაყოფით მოსარგებლეზე. წარმოიდგინეთ, ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანი ყველა მათგანს რომ ერთდროულად შეხვდეს. ყველა გააცნობიერებს, რომ თითოეული მათგანი არის იმ ეკლექტური ჯგუფის ნაწილი, რომელიც ცენტრში მდგომი ადამიანისთვის არსებობს. და თუ ყველა, პროფესიონალიზმითა და კეთილსინდისიერებით, შეთანხმებულად იმოქმედებს, რესურსების ოპტიმიზებისა და ყოველთვის საჭიროებასთან მისადაგებელი მომსახურებით მაქსიმალურ შედეგს მიაღწევენ.



სწორედ ეს არის ინტეგრირებული ზრუნვა - განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის რეფორმების ძირითადი ტენდენცია.

წინამდებარე ნაშრომი წარმოადგენს მცდელობას, ჯანდაცვის პროფესიონალების, პაციენტების და საზოგადოების წინაშე დააყენოს საქართველოში ინტეგრირებული ზრუნვის განვითარების საკითხი. დოკუმენტი შედგება როგორც ზოგადი, ასევე, კერძო ნაწილისგან, რომელიც განიხილავს ჯანმრთელობის დაცვის ხუთ სფეროს: ქრონიკული დაავადებები, ხანგრძლივი მოვლა, პალიატიური მზრუნველობა, ადიქტოლოგია და ფსიქიატრია.

იმედი გვაქვს, ნაშრომი პროფესიონალებისა და დაინტერესებული პირებისთვის საინტერესო საკითხებს შეეხება და მათ მხარდაჭერას ჰპოვებს.

## **დოკუმენტის მიზანი**

წინამდებარე დოკუმენტის მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, ფრაგმენტულის ნაცვლად, კოორდინირებული მომსახურების განვითარებას.

ამგვარი ცვლილებით ჯანდაცვა გახდება უფრო ჰუმანური, პაციენტის საჭიროებებზე მორგებული და ხარჯეფექტური.

ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვა ზემოთ აღნიშნული მიზნების მიღწევის ერთ-ერთი ძირითადი პირობაა.

## **ინტეგრირებული ზრუნვის არსი**

ინტეგრირებული ზრუნვა დღეისთვის წარმოადგენს მსოფლიო ტენდენციას ჯანდაცვის სისტემათა რეფორმებში და პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების ძირითად ღერძს. ის შეიძლება განვიხილოთ საპირწონედ ფრაგმენტირებული, ვიწროდ ორიენტირებული და არაეფექტური სისტემებისა, რომლებშიც მიმწოდებლის ინტერესი სჭარბობს პაციენტისას და მომსახურების უწყვეტობა, ინფორმაციის გაცვლა ჯანდაცვის სისტემის დონეებს შორის დაბალ ნიშნულზეა.

მთლიანობაში, ინტეგრირებული ზრუნვა სხვადასხვა დონის, სხვადასხვა მოცულობის, სხვადასხვა სიძლიერის ურთიერთკავშირში მყოფი ჯანდაცვის, სოციალური და ზრუნვის სხვა მომსახურებათა ერთიანობაა, რომელიც უწყვეტად მიეწოდება საზოგადოებას. ფაქტობრივად, ეს არის გარსი, რომელიც გარს აკრავს ადამიანს და არბილებს მის შეხებას ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროებთან. არსებითად, ის წარმოადგენს ინსტრუმენტების, პროცესების, სამსახურების კრებულს, რომლებიც ერთიანობაში უზრუნველყოფენ ცალკეული ადამიანის ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემების მართვას. ფაქტობრივად, ის არის ჰოლისტური, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის პრაქტიკული განხორციელების მექანიზმი. სისტემის შედარებითი სიახლე განაპირობებს განმარტებების, ცნებების, მიდგომების მრავალფეროვნებას, რაც, ერთი მხრივ, ეხმარება მისი არსის აღწერას, მაგრამ, მეორე მხრივ, ქმნის სირთულეებს პროცესების

სახელდებაში, რაც შესაძლოა პრობლემად იქცეს მკვლევართა და მიმომხილველთა ურთიერთობისას.

დღეისათვის განმარტებები სისტემატიზებული და კატეგორიზებულია. არსებობს ხედვა პრინციპებსა და ფორმებზე, თუმცა, ეს პროცესი დინამურია და დროთა განმავლობაში, დაკვირვებებისა და შესწავლის კვალდაკვალ განიცდის ცვლილებებს.

ბევრ ქვეყანაში, განსაკუთრებით დასავლეთ ევროპასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ასევე აღმოსავლეთ ევროპაშიც, საკმაოდ მდიდარია ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელების განვითარების გამოცდილება. მათი შესწავლა საშუალებას იძლევა, შემუშავებული იქნეს საქართველოსთვის მისადაგებული ვერსია, რომლის განვითარებაც მეტად მნიშვნელოვანი იქნება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემების ხარისხიანი და ეფექტიანი მუშაობისათვის.

### **ინტეგრირებული ზრუნვის მნიშვნელობა**

მოსახლეობის დაბერებამ და ქრონიკული დაავადებების მზარდმა ტვირთმა ბევრ ქვეყანაში შექმნა სამედიცინო მომსახურებისა და მოვლის დამატებითი მოთხოვნა. სოციოდემოგრაფიული, ეკონომიკური და გარემოს ცვლილებების კუმულატიურმა ეფექტმა, მოვლის მიმართ გაზრდილ მოლოდინებთან ერთად, ახალი პირობები დაუყენა ჯანდაცვის სისტემას - მომსახურების მიწოდება უნდა იყოს პროაქტიული და არა რეაქტიული, ყოვლისმომცველი და უწყვეტი და არა ეპიზოდური და დაავადება-სპეციფიკური, უნდა ეყრდნობოდეს პაციენტისა და მიმწოდებლის მდგრად ურთიერთობას და არა შემთხვევით, მიმწოდებლის ინტერესებით მართულ მოვლას. დღეისათვის ჯანდაცვის სისტემებში არსებული ფრაგმენტაცია ჭარბი სუბ-სპეციალიზაციის, იზოლირებულად დაავადებაზე ორიენტირებული მკურნალობის მოდელების გავრცელების შედეგია. ეს ყოველივე ამცირებს ჯანდაცვის სისტემების რესურსს, უზრუნველყოს მოვლის უწყვეტობა, რაც, თავის მხრივ, აძნელებს მომსახურების დროულ მიღებას, აუარესებს მომსახურების ხარისხს, მივყავართ ძალისხმევის დაბლირებასა და რესურსების არაეფექტურ გამოყენებამდე. ფრაგმენტაციის შედეგია ასევე მომხმარებელთა დაბალი კმაყოფილება და მულტიმორბიდული პაციენტების მოვლაში არსებული ხარვეზები. ამ გამოწვევებზე საპასუხოდ საჭიროა ინტეგრაციის გაძლიერება მთელი ჯანდაცვის სისტემის შიგნით.

თუკი ქრონიკული ავადმყოფებისა და ხანდაზმულების სამედიცინო მომსახურების საჭიროებები ადეკვატურად არ იქნება მართული, შედეგები მძიმე იქნება არა მარტო პაციენტებისათვის, არამედ სისტემისთვისაც. დაავადების არამართებულ მართვას ხშირად მივყავართ პაციენტის მდგომარეობის გაუარესებამდე. ჩავარდნებმა კოორდინირებული მოვლის მიწოდებაში შეიძლება ერთ დროს მცირე პრობლემების ესკალაცია და მათი გადაუდებელ მდგომარეობად გადაქცევა გამოიწვიონ. შედეგად ვიდებთ არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციებს, გაზრდილ სიკვდილიანობას და ჯანდაცვის სისტემის დანახარჯებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ამ ჯგუფებისათვის არაადეკვატური მოვლის მიწოდების შესაძლო შედეგები კარგად არის ცნობილი, ჯანდაცვის სისტემათა უმრავლესობა ვერ

ახერხებს მათ საჭიროებათა ადეკვატურ დაკმაყოფილებას, ნაწილობრივ ფრაგმენტირებული მომსახურების მიწოდების გამო. მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკის ექიმსა და სპეციალისტს შორის სუსტმა კავშირმა შეიძლება ხელი შეუშალოს ქრონიკული დაავადების ეფექტიან მართვას. მომსახურების ზოგიერთი კომპონენტი შეიძლება დუბლირდებოდეს, მაშინ, როდესაც ზოგი შეიძლება ყურადღების მიღმა იყოს დარჩენილი. ხანშესული პაციენტების პრობლემები შეიძლება „ჩაიკარგოს“ ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების სისტემებს შორის გაუმართავ ურთიერთობაში, ვინაიდან ვერცერთი მხარე სრულად ვერ აღიქვამს პაციენტის პრობლემებს (1). ფრაგმენტირებული მომსახურება იმედგაცრუებას იწვევს პაციენტებშიც, რომელთათვისაც რთულია მრავალ მიმწოდებელს შორის გზის გაგნება. ხშირად, ისინი გრძნობენ, რომ არ არსებობს ადამიანი, რომელსაც შეუძლია დაეხმაროს მათ ყველა საჭირო მომსახურების მიღებაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის მომსახურებათა მჭიდრო ინტეგრაცია მნიშვნელოვან სარგებელს სთავაზობს პაციენტებს, ჯანდაცვის სისტემებისათვის მისი მიწოდება რთულ ამოცანას წარმოადგენს. ბევრი არ არის ისეთი ორგანიზაციები, რომლებმაც მოახერხეს მომსახურებათა ეფექტიანი ინტეგრაცია და საზოგადოებას სთავაზობენ კოორდინირებულ მართვას, როგორცაა, მაგალითად, ქრონიკული ავადმყოფები და ხანშესული პაციენტები საჭიროებენ.

ინტეგრირებული ზრუნვა პასუხობს ცალკეული პიროვნებებისა და საზოგადოების საჭიროებებს, აწვდის რა ყოვლისმომცველ და მაღალი ხარისხის მომსახურებებს მრავალდარგობრივი გუნდების მეშვეობით, რომლებიც მუშაობენ ერთად, განსაზღვრული პარამეტრების ჩარჩოებში და მუდმივად განვითარებადი ხარისხის პირობებში. ინტეგრირებული ზრუნვის მომსახურებები, რომლებიც ეყრდნობა ძლიერ პირველად ჯანდაცვასა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის არსებით ფუნქციებს, აძლიერებს პიროვნებაზე ორიენტირებულ ჯანდაცვის სისტემებს და მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს რესურსების საუკეთესო გამოყენებაში.

ინტეგრირებული ზრუნვა წარმოადგენს კონცეფციას, რომელიც ხელს უწყობს ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის უკეთესი, უფრო დროული ინფორმაციის მიწოდებას და უზრუნველყოფს პაციენტის მოვლის უფრო მაღალ ხარისხს ნაკლები დანახარჯებით.

ინტეგრირებულ ზრუნვას ბევრი მნიშვნელობა აქვს და სხვადასხვა ადამიანები ამ ტერმინში სხვადასხვა რამეს გულისხმობენ (2). მეტიც, შეიძლება თვალის გაკვადევნოთ ქვეყნების მიხედვით აღქმის განსხვავებულობას: მაგ., ამერიკის შეერთებულ შტატებში ხშირად იგი „მართვად ჯანდაცვად“ (managed care) აღიქმება, ბრიტანეთში „ზიარ ჯანდაცვად“ (shared care), „ტრანსმურალური ჯანდაცვა“ ნიდერლანდებში (3; 4). გარდა ამისა, არის სხვა, უფრო ზოგადი და გავრცელებული განმარტებებიც - ყოვლისმომცველი ჯანდაცვა და დაავადების მართვა. აღსანიშნავია, რომ ქართულში, ინგლისური care-ს სხვადასხვა ინტონაციიდან გამომდინარე, შეიძლება მივიღოთ როგორც ინტეგრირებული ჯანდაცვა, ისე ინტეგრირებული ზრუნვა და ინტეგრირებული მოვლა. ინტეგრირებული ზრუნვის ერთგვარ პოლიმორფულობას აჩვენებს ქვემოთ მოცემული ილუსტრაცია, რომელიც ასახავს სისტემასთან შეხებაში



მყოფი მხარეების მოლოდინს და ინტერესებს ამ სისტემისავე მიმართ (5). ამ რთული კონსტრუქციის თითოეული ელემენტი ჩართულია ლოგიკურად მარტივ, მაგრამ მრავალკომპონენტთან პროცესში, რომელიც ცალკეული ადამიანის ინტერესების დაკმაყოფილებაზეა ორიენტირებული.

<p><b>მიმწოდებელი</b></p> <p>მომსახურებების, ამოცანების და პაციენტების მოვლის კოორდინაცია პროფესიონალური, ორგანიზაციული და სისტემური საზღვრების გასწვრივ</p>	<p><b>დარგის პროფესიონალი</b></p> <p>მომსახურების მომხმარებლის ადვოკატირება. ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების მიწოდება და კოორდინაცია</p>	<p><b>მენეჯერი</b></p> <p>ზიარი კულტურისა და ღირებულებების შექმნა და შენარჩუნება. ერთიანი მომსახურებებისა და დაფინანსების ნაკადების მეთვალყურეობა. ერთიანი ამოცანების კოორდინაცია. პერსონალის ზედამხედველობა. კომპლექსური ორგანიზაციული სტრუქტურების და ურთიერთობების მართვა.</p>
<p><b>პოლიტიკის განმსაზღვრელი</b></p> <p>ინტეგრაციაზე ორიენტირებული პოლიტიკის, რეგულაციების და ფინანსური შეთანხმებების შექმნა. შესაბამისი სისტემების, პროცესების და ხარისხის სტანდარტების შემუშავება. ინტეგრირებული სისტემების და პროგრამების პოლისტური შეფასების მხარდაჭერა.</p>	<p><b>ინტეგრირებული ჯანდაცვა</b></p>	<p><b>მომხმარებელი/მომვლელი</b></p> <p>გაუმჯობესებული ხელმისაწვდომობა და მოვლის სისტემის ელემენტებს შორის ნავიგაცია, ინფორმაციის გაცვლის ჩათვლით.</p>
<p><b>მარეგულირებელი</b></p> <p>ინტეგრირებული მიმწოდებლების რეგისტრაცია. მომსახურების მიწოდების შეფასება. გაერთიანებული მომსახურებების მონიტორინგი. დაბალი ხარისხისა და უსაფრთხოების აღმოფხვრა</p>	<p><b>შემფასებელი</b></p> <p>ინტეგრაციის გაზომვა ეროვნული და ადგილობრივი სტანდარტების მიხედვით. „შემთხვევა-ინფორმირება“ ტიპის ინტეგრაციაში წვლილის შეტანა</p>	<p><b>თემი</b></p> <p>დახმარება ადგილობრივი მომსახურებების ჩამოყალიბებაში</p>

**ლიტერატურა:**

1. Jeroen N. Struijs, PhD, Senior Researcher,corresponding author Hanneke W. Drewes, PhD, Researcher, and K. Viktoria Stein, Senior Fellow. International Journal of Integrated Care. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4843174/>. [Online]
2. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. s.l. : International Journal of Integrated Care, 2009.
3. Kodner, Dennis. All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. s.l. : Longwoods Publishing, Healthcare Quarterly, 15.10.2015. SN - 1710-2774.
4. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. s.l. : International Journal of Integrated Care., 2002;2(4).
5. WHO, Regional Office for Europe, Health Services Delivery Programme. Integrated care models: an overview, working document. October, 2016.

# ინტეგრირებული ზრუნვა - ზოგადი ნაწილი

## დავით ხუბუა

### ინტეგრირებული ზრუნვის განმარტება

რას წარმოადგენს ინტეგრირებული ზრუნვა, რა იგულისხმება ამ ტერმინში? მთლიანობაში, მისი „ვიწრო“ განმარტება შეუძლებელია და ის უფრო უნდა განვიხილოთ, როგორც ყოვლისმომცველი ტერმინი იდეებისა და პრინციპების ვრცელი და მრავალკომპონენტური კრებულისთვის, რომელიც მიმართულია ადამიანების ჯანმრთელობის საჭიროებათა დაკმაყოფილების უკეთესი კოორდინაციისაკენ. ამავდროულად, დღეისათვის ინტეგრირებული ზრუნვის რამდენიმე განმარტებაა მიღებული, თუმცა მათგან უფრო ხშირად გამოყენებულები შეიძლება მიდგომების მიხედვით დავაჯგუფოთ და განვიხილოთ. (1)

- **ჯანდაცვის სისტემაზე დაფუძნებული განმარტება** - ჯანდაცვის მომსახურებები, რომლებიც იმართება და მიეწოდება ისე, რომ ადამიანები იღებენ ცხოვრების ჯანსაღი წესის, დაავადების პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, დაავადების მართვის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მოვლის უწყვეტ მომსახურებებს, კოორდინირებულს სხვადასხვა დონეებს და ადგილებს შორის ჯანდაცვის სექტორის შიგნით და მის მიღმა და მათი საჭიროებების შესაბამისად მთელი ცხოვრების განმავლობაში.
- **მენეჯერული განმარტება** - პროცესი, რომელიც მოიცავს დამოუკიდებელ ორგანიზაციებს შორის საერთო სტრუქტურის შექმნას მათი ურთიერთდამოკიდებულების კოორდინაციის მიზნით, მათთვის კოლექტიურ პროექტებზე ერთობლივი მუშაობის შესაძლებლობის უზრუნველსაყოფად.
- **სოციალურ მეცნიერებაზე დაფუძნებული განმარტება** - ინტეგრაცია წარმოადგენს დაფინანსების მეთოდების და მოდელების, ადმინისტრაციული, ორგანიზაციული, მომსახურების მიწოდების და კლინიკური დონეების თანმიმდევრულ კრებულს იმისათვის, რომ შეიქმნას ურთიერთკავშირი, ურთიერთგანლაგება და თანამშრომლობა მკურნალობისა და მოვლის სექტორებს შიგნით და მათ შორის. ამ მეთოდებისა და მოდელების ამოცანას წარმოადგენს მოვლისა და ცხოვრების ხარისხის, მომხმარებლის კმაყოფილებისა და ადამიანებისათვის სისტემის ეფექტიანობის გაზრდა მრავალი მომსახურების, მიმწოდებლის და პარამეტრის თვალსაზრისით.

- **პაციენტის თვალთახედვაზე დაფუძნებული განმარტება (პიროვნებაზე ორიენტირებული კოორდინირებული მოვლა)** - „მე შემოძლია დავგეგმო ჩემი მოვლა იმ ადამიანებთან ერთად, რომლებიც ერთად მუშაობენ, რათა გამიგონ და გაუგონ ჩემს მომვლელ(ებ)ს, მომცენ საშუალება, გავაკონტროლო და თავი ერთად მოვუყარო მომსახურებებს ჩემთვის მნიშვნელოვანი შედეგის მისაღწევად.

მიუხედავად განმარტებების სიმარტივისა, აღსანიშნავია, რომ ინტეგრირებული ზრუნვის პროგრამების დანერგვაში მონაწილე ადამიანების დროის საკმაო ნაწილი იხარჯება იმის განსაზღვრასა და განმარტებაში, თუ თავად მათთვის რა მნიშვნელობა აქვს მას მათივე კონტექსტის გათვალისწინებით. მნიშვნელოვანია, რომ არცერთი განმარტება სრულად არ აკმაყოფილებს ყველა სიტუაციას. აქედან გამომდინარე, სასურველია, ზრუნვაში ჩართული პარტნიორები შეთანხმდნენ მათივე ვერსიების დეტალებზე, ნაცვლად რომელიმე განმარტების პირდაპირ აღებისა. ამის მიუხედავად, მნიშვნელოვანია, არ მოხდეს ფოკუსირება სტრუქტურულ და ორგანიზაციულ განმარტებებზე, ან მათზე, რომლებსაც საფუძვლად უდევს ინტეგრაცია წმინდად ხარჯეფექტურობის მისაღწევად. უმჯობესია პიროვნებაზე ორიენტირებული განმარტება, რომლის ძირითადი მიზანი ზრუნვაა, რითაც ინტეგრირებულ მოვლას ეძლევა დამაჯერებელი ლოგიკა მიზნებთან და წარმატების შეფასებასთან დაკავშირებით.

## ინტეგრირებული ზრუნვის პრინციპები

გამოყოფენ ინტეგრირებული ზრუნვის 16 პრინციპს: (2) (3)

1. ყოვლისმომცველი - ვალდებულება უნივერსალური ჯანდაცვის მიმართ, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ზრუნვის ყოვლისმომცველობა და მორგება ადამიანებისა და საზოგადოების მზარდ მოთხოვნებსა და მისწრაფებებზე;
2. სამართლიანი - ზრუნვა, რომელიც არის ყველასთვის და ხელმისაწვდომია ყველასთვის;
3. მდგრადი - ზრუნვა, რომელიც ეფექტურიცაა და ეფექტიანიც, ხელს უწყობს მდგრად განვითარებას;
4. კოორდინირებული - ზრუნვა, რომელიც ინტეგრირებულია ადამიანების საჭიროებათა ირგვლივ და ეფექტურად კოორდინირებული სხვადასხვა მიმწოდებლებს შორის და სხვადასხვა პირობებში;
5. უწყვეტი - მოვლისა და მომსახურების უწყვეტობა, მიწოდება მთელი სიცოცხლის მანძილზე;
6. ჰოლისტური - ფიზიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, ფსიქიკური და ემოციური კეთილდღეობის ერთობლიობა;
7. პრევენციული - სექტორის შიგნით და სექტორებს შორის ქმედებებით ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება და ავადობის გამომწვევი ფაქტორების დაძლევა;

8. გამაძლიერებელი - მხარს უჭერს ადამიანებს, მართონ და პასუხისმგებლობა აიღონ საკუთარ ჯანმრთელობაზე;
9. მიზანზე ორიენტირებული - შედეგების შეფასება და წარმატების გაზომვა ემყარება იმას, თუ როგორ იღებენ ადამიანები გადაწყვეტილებას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით;
10. პატივისცემული – ადამიანების ღირსების, სოციალური გარემოებების და კულტურული განწყობების მიმართ;
11. თანამშრომლობაზე ორიენტირებული - ზრუნვა, რომელიც ხელს უწყობს ურთიერთობების აწყობას, გუნდურ მუშაობას და ურთიერთთანამშრომლობაზე დაფუძნებულ პრაქტიკას პირველად, მეორეულ, მესამეულ ჯანდაცვის დონეებში და სხვა სექტორებში;
12. ერთობლივი პროდუქტი - აქტიური პარტნიორობით ადამიანებთან და თემებთან ინდივიდუალურ, ორგანიზაციულ და პოლიტიკის დონეზე;
13. უფლებებითა და ვალდებულებებით უზრუნველყოფილი - ისეთი, როგორსაც მოელის და აფასებს მოქალაქე;
14. გაზიარებული ანგარიშვალდებულებით მართული - მიმწოდებლებს შორის, მომსახურების ხარისხისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის გამოსავლებისათვის;
15. მტკიცებულებებით ინფორმირებული - იმგვარად, რომ პოლიტიკა და სტრატეგიები იმართება არსებული მტკიცებულებებით და შედეგის გასაუმჯობესებლად გამოიყენება გაზომვადი მიზნების შეფასება;
16. წარმართული ერთიანი სისტემური ხედვით.

**სტრატეგიები ინტეგრირებული, საზოგადოებაზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურებების განსავითარებლად**

შეიძლება გამოვყოთ სისტემის განვითარების ხუთი ძირითადი სტრატეგია: (4)

1. ადამიანებისა და საზოგადოების უფლებამოსილებების და ჩართულობის გაზრდა;
2. მმართველობისა და ანგარიშვალდებულებების გაძლიერება;
3. სამედიცინო მომსახურების მოდელის რეორიენტაცია;
4. მომსახურებების სექტორის შიგნით და სექტორებს შორის კოორდინაცია;
5. გარემოს შექმნა და ამოქმედება.

ჩამოთვლილთაგან თითოეული, იმისათვის, რომ რეალური გახდეს, ჩვენს ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის მოდელის გადააზრებას მოითხოვს, ვინაიდან ის პოლიტიკის დონეზე არ განიხილავს ინტეგრაციულ პროცესებს და მის საჭიროებას. რაიმე სახით მომსახურებათა კოორდინაციისა და ერთგვარად გაერთიანებისაკენ მიმართული ჩვენში არსებული ტენდენციები ცალკეული დაწესებულებების ინიციატივაა და

ძირითადად მოტივირებულია მათივე ინტერესით, სხვისგან მომსახურების შეძენისას სარგებლის ნახვით. გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტის მომსახურებაში ჩართულ ერთეულებს შორის ინფორმაციის გაცვლა-მოძრაობა საკმაოდ შეზღუდულია, რაც გამართული ინტეგრაციის შემაფერხებელი ფაქტორია. ყველა ეს სტრატეგია განვითარებისათვის გარკვეული პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიღებას მოითხოვს, რაც ინტეგრაციული პროცესების ფართოდ გაშლისათვის მნიშვნელოვანი ბარიერი შეიძლება აღმოჩნდეს.

### **რა ფორმები შეიძლება მიიღოს ინტეგრირებულმა ზრუნვამ?**

ინტეგრირებული ზრუნვა კომპლექსურობით ხასიათდება. შემუშავებულია რამდენიმე განსხვავებული კონცეპტუალური ჩარჩო და კლასიფიკაცია:

- ინტეგრაციის ტიპი (მაგ., ორგანიზაციული, პროფესიული, კულტურული, ტექნოლოგიური);
- დონე, რომელზედაც ვლინდება ინტეგრაცია (მაგ., მაკრო, მეზო და მიკრო);
- ინტეგრაციის პროცესი (მაგ., როგორ არის ორგანიზებული და მართული ინტეგრირებული ზრუნვის მიწოდება);
- ინტეგრაციის დიაპაზონი/სიფართო (მაგ., მთელ მოსახლეობაზე თუ მომხმარებლების გარკვეულ ჯგუფზე);
- ინტეგრაციის ხარისხი ან ინტენსივობა (მაგ., არაფორმალური კავშირები, შედარებით მართვადი ზრუნვის კოორდინაცია თუ სრულად ინტეგრირებული გუნდები და ორგანიზაციები).

### **ინტეგრირებული ზრუნვის ძირითადი ფორმები შემდეგია:**

- ჰორიზონტალური ინტეგრაცია - ინტეგრაცია ჯანმრთელობის, სოციალური და სხვა მომსახურების მიმწოდებლებს შორის, რაც, ჩვეულებრივ, ეფუძნება მრავალდარგობრივი გუნდების და/ან ზრუნვის ქსელების შექმნას, რომლებიც ეხმარება და მხარს უჭერს კლიენტთა სპეციფიკურ ჯგუფებს (მაგ., ხანშესულები კომპლექსური საჭიროებებით);
- ვერტიკალური ინტეგრაცია - ინტეგრირებული ზრუნვა პირველადი, სათემო, ჰოსპიტალური და მესამეული დონის მიმწოდებლების ჩართვით, რომელიც სტანდარტებით (საუკეთესო პრაქტიკა) არის მართული, სპეციფიკური დაავადებების მქონე ადამიანებისათვის და/ან ზრუნვის „გადასვლა“ ჰოსპიტლებსა და შუალედურ და საზოგადოებრივი ტიპის ზრუნვის მიმწოდებლებს შორის;
- სექტორული ინტეგრაცია - ინტეგრირებული ზრუნვა ერთი სექტორის ფარგლებში, მაგალითად, ინტეგრირებული ზრუნვის ჰორიზონტალური და ვერტიკალური პროგრამების კომბინირება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების

ფარგლებში მრავალდარგობრივი გუნდებისა და პირველადი, საზოგადოებრივი და მეორეული ზრუნვის მიმწოდებლების ქსელების მეშვეობით;

- პიროვნებაზე ორიენტირებული ინტეგრაცია - მომსახურების მიმწოდებლებსა და პაციენტებს, ასევე, მომხმარებლებს შორის ინტეგრაცია ადამიანების ჩასართავად და გასაძლიერებლად ჯანმრთელობის შესახებ განათლების, გადანაწილებული გადაწყვეტილების მიღების, თვითმართვაში თანადგომის, საზოგადოების ჩართვის მეშვეობით;
- სრული სისტემის ინტეგრაცია: ინტეგრირებული ზრუნვა, რომელიც მოიცავს საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, როგორც მოსახლეობაზე დაფუძნებული, ისე პიროვნებაზე ორიენტირებული მიდგომის მხარდასაჭერად. ეს არის ინტეგრირებული ზრუნვის ყველაზე ამბიციური ფორმა, ვინაიდან ის მიმართულია საზოგადოების მრავლობით საჭიროებებზე და არა ცალკეული ჯგუფების ან დაავადებების მართვაზე.

ჩვენი გაგება, თუ რას ნიშნავს ინტეგრირებული ზრუნვა და რას შეიძლება ის მოიცავდეს, ვითარდება. ბევრი თვალსაზრისით, მრავალ კვლევაზე დაყრდნობით, რომლებმაც ჩამოაყალიბა სხვადასხვა ელემენტების ჩარჩოები, ჩვენ ვიცით წარმატებული ინტეგრირებული ზრუნვის ძირითადი შემადგენელი ნაწილები. ამ ფონზე ერთ-ერთ მუხსრულებელ გამოწვევას წარმოადგენს, თუ როგორ უნდა წავიდეთ ამ აღწერილობითი კომპონენტების მიღმა, რომ გადაწყვეტილების მიმღებთათვის შეთავაზებული იქნეს ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვის პოლიტიკური და პრაქტიკული გზები.

ბოლო წლებში გაჩნდა რამდენიმე ახალი იდეა, რომელმაც ინტეგრირებული ზრუნვის ჩვენულ გაგებაში შეიძლება სხვა მიმართულებებიც გამოაჩინოს. მათგან ორი ძირითადი შემდეგია:

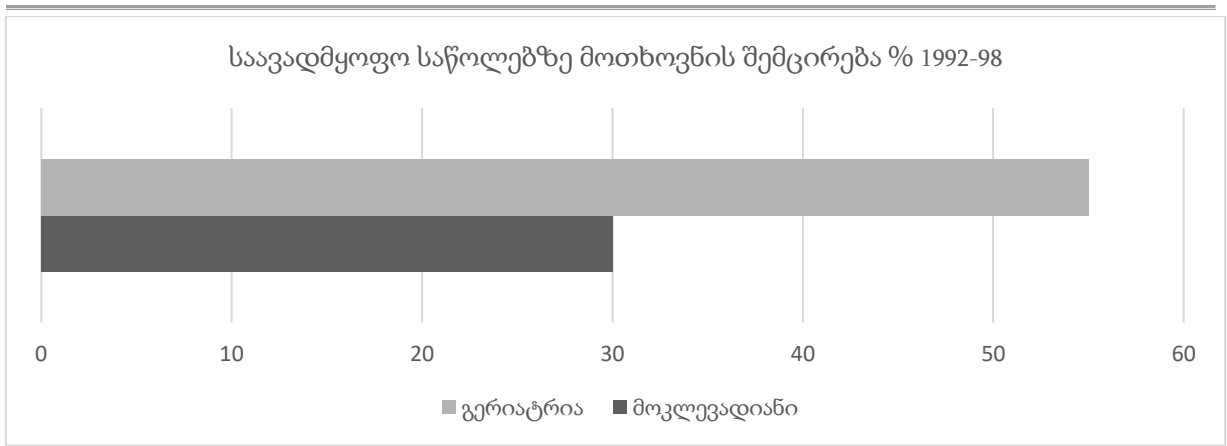
- ნებისმიერი ინტეგრირებული ზრუნვის სტრატეგიის მთავარი კომპონენტი შეიძლება იყოს ადამიანებისა და საზოგადოების/თემის ჩართვა და უფლებამოსილების მიცემა;
- ინტეგრირებული ზრუნვის სტრატეგიები ყველაზე ძლიერი არის მაშინ, როდესაც ის ორიენტირებულია მოსახლეობაზე და ფოკუსირებულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე, მაგალითად, ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების თავმოყრით სხვა მომსახურებებთან ერთად, როგორცაა საცხოვრისით უზრუნველყოფა, სკოლები, საზოგადოებრივი ჯგუფები, ინდუსტრია და ა. შ.

ორივე ეს იდეა ხედავს ინტეგრაციის ელემენტებს, როგორც გზას საზოგადოებრივი რესურსების მობილიზებისათვის მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფის მიზნით. ამდენად, ხდება ინტეგრირებული ზრუნვის ფოკუსის გადანაცვლება მომსახურების ცალკეული მოდელების, მეთოდების და პროგრამების მიღმა.

ინტეგრირებული ზრუნვა თავს უყრის პაციენტთა მოვლაში ჩართულ განსხვავებულ ჯგუფებს. პაციენტის მხრიდან თუ შევხედავთ, მიწოდებული მომსახურებები ერთმანეთის შესაბამისი და კოორდინირებულია. ხშირად, მიმწოდებლები ორიენტირებულნი არიან მკურნალობის ცალკეულ ეპიზოდებზე, ნაცვლად პაციენტის მთლიანი კეთილდღეობისა. ინტეგრირებული ზრუნვა, უფრო ყოვლისმომცველი მიდგომით, პაციენტებს სთავაზობს მაღალი ხარისხის, უფრო ეფექტურ ზრუნვას, რომელიც უკეთ შეესაბამება მათ საჭიროებებს. ბევრ შემთხვევაში, გაზრდილი ეფექტურობა ასევე ხელს უწყობს ხარჯების კონტროლს.

ზრუნვის ინტეგრირებისათვის განსხვავებული მიდგომები გამოიყენება, მაგრამ ყველა მათგანი იზიარებს საერთო პრინციპს: მომსახურების მიწოდების ყველა საფეხური ლაგდება იმის მიხედვით, თუ რა არის პაციენტისათვის საუკეთესო. მიდგომები შეიძლება დაჯგუფდეს სამ ფართო კატეგორიად: (5)

1. **პირველად და მეორეულ ჯანდაცვას შორის ინტეგრაცია:** ეს ძალისხმევა მიმართულია ზრუნვის კოორდინაციის გასაუმჯობესებლად, განსაკუთრებით მათთვის, ვინც ხანგრძლივ მოვლას საჭიროებს (როგორც წესი, ქრონიკული დაავადების მქონენი და ხანდაზმული პაციენტები); ასევე, მიმართულია ჯანდაცვის რესურსების უფრო მართებული გამოყენების უზრუნველსაყოფად. ამ მიდგომის საფუძველი პრინციპია, რომ პაციენტებს შეეძლოთ ერთი სახურავის ქვეშ ყველა ტიპის ამბულატორიული მომსახურების მიღება - ოჯახის ექიმის, სპეციალისტების, ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების კონსულტაცია, დიაგნოსტიკური ტესტები, წამლების გამოწერა და ა. შ. ამგვარმა მიდგომამ, სხვადასხვა მონაცემებით, შესაძლოა გაანახევროს ჰოსპიტალიზაციის დანახარჯები.
2. **სამედიცინო მომსახურებასა და საზოგადოებრივ ზრუნვას შორის ინტეგრაცია.** ამ ღონისძიებების ფარგლებში ხორციელდება მომსახურებათა უფრო ფართო სპექტრის ინტეგრაცია, სოციალური მომსახურებების და თემში საექტონო მომსახურებების ჩათვლით. ამგვარი მიდგომის განვითარება დაიწყო შვედეთში მეოცე საუკუნის ბოლოს. მაგალითად, ხანდაზმული ან უნარშეზღუდული პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერამდე (სახლში გამვებამდე ან უფრო ნაკლებად ინტენსიური მოვლის განყოფილებაში გადაყვანამდე), საავადმყოფოს ექიმი და მუნიციპალური სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომელი ვალდებულნი არიან, ერთობლივად შეიმუშაონ გეგმა, რომლითაც უზრუნველყოფილი იქნება პაციენტისათვის შესაბამისი შემდგომი მეთვალყურეობა. ამან საშუალება მისცა ქვეყანას, გაუმჯობესებინა ამგვარი პაციენტებისათვის მიწოდებული მომსახურება და, იმავდროულად, განეტვირთა მწვავე/გადაუღებელი და ინტენსიური მკურნალობის განყოფილებები; კერძოდ, საავადმყოფოებში საჭიროების გარეშე დაყოვნებული პაციენტების რაოდენობა - 15%-დან 1992 წელს შემცირდა 6%-მდე 1996-ში. ამასთანავე, შემცირდა საავადმყოფო საწოლებზე მოთხოვნა. (5)



3. **გადამხდლებსა და მიმწოდებლებს შორის ინტეგრაცია.** ეს ღონისძიებები მიმართულია მომსახურების დაგეგმვის და მიწოდების უკეთ კოორდინაციაზე. გადამხდელ-მიმწოდებლის ინტეგრაცია ასევე ხელს უწყობს სისტემის შიგნით იმგვარი სტიმულების განვითარებას, რომლებიც ახალისებს მიმწოდებლებს ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ ხარჯების შემცირების პირობებშიც კი. „კაიზერ პერმანენტემ“ მსგავსი მიდგომით შესძლო მწვავე კორონარული პრობლემების მქონე პაციენტების მომსახურების გაუმჯობესება, ყველა ასეთი პაციენტის იდენტიფიცირებისა და მათთვის უფრო კოორდინირებული ზედამხედველობით გაწეული ზრუნვის პირობებში. პროგრამამ შეამცირა ხარჯიანი გადაუდებელი ჩარევების საჭიროება და მნიშვნელოვნად შეამცირა სიკვდილის რისკი.

არ შეიძლება, ინტეგრირება იყოს თვითმიზანი. ყველა ორგანიზაცია, რომელიც გადაწყვეტს ამ პროცესის დაწყებას, მკაფიოდ უნდა იყოს ჩამოყალიბებული, თუ რატომ აპირებს ამას და რის მიღწევა სურს ამით. თვით ის ორგანიზაციებიც კი, რომლებიც წარმატებულნი არიან ინტეგრირებული ზრუნვის მომსახურებების მიწოდებაში, თავდაპირველად არ ცდილობენ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ყველა ასპექტის ინტეგრირებას. (5)

რამდენიმე კითხვა შეიძლება დაეხმაროს ორგანიზაციას იმის გარკვევაში, თუ სად შეიძლება მან მიიღოს ყველაზე დიდი შედეგი და რა უნდა გააკეთოს ამ შედეგის მისაღებად. გადაწყვეტილებები უნდა დაეყრდნოს საზოგადოების საჭიროებებს და გარემოს, რომელშიც ორგანიზაციას უწევს ფუნქციონირება.

ინტეგრაციის მიმართულებით მოძრაობისას დიდ მნიშვნელობას იძენს იმის გარკვევა, თუ როგორი მონაცემების პაციენტები და კლინიკური შემთხვევები უნდა ინტეგრირდეს. არჩევანი შეიძლება იყოს ვიწრო, ფართო ან რაიმე მათ შორის. მაგალითად, რომელიმე ორგანიზაციამ შეიძლება გადაწყვიტოს დაწყება ერთი რომელიმე დაავადებით. სხვამ, უფრო ამბიციურმა, ჩართოს ყველა პაციენტი ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებით. ზოგიერთმა ორგანიზაციამ კი დაიჭიროს შუალედური პოზიცია და კონცენტრირდეს ყველა იმ პაციენტზე, რომლებიც მომსახურების სპეციფიკურ ტიპს საჭიროებენ (მაგ., ექთნის მომსახურება ბინაზე).

„ვიწრო“ მიდგომა საუკეთესოა, თუ მიზანი ჯანმრთელობის გამოსავლების ოპტიმიზაციაა პაციენტთა სპეციფიკურ ჯგუფში. ამგვარი ამოცანა ჰქონდა „ბოლტონის



პირველადი ჯანდაცვის ტრასტს“ დიდ ბრიტანეთში, როდესაც მათ გადაწყვიტეს დიაბეტის ქსელის შექმნა რეგიონში ამ დაავადების მაღალი გავრცელების პასუხად. ამ ქსელმა, რომელშიც შედიოდნენ პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის, სოციალური მომსახურების ერთეულები, მონახლისეთა ჯგუფები და პაციენტთა წარმომადგენლები, საშუალება მისცეს „ბოლტონს“, დიაბეტიანი პაციენტებისათვის მიეწოდებინა მაღალი ხარისხის მომსახურება კარგად გაწვრთნილი ადგილობრივი გუნდების მეშვეობით. ამის მსგავსად, ბევრი გადამხდელი გერმანიაში იყენებს დაავადების მართვის ინტეგრირებულ პროგრამებს სპეციფიკური მდგომარეობის (დიაბეტი, გულის დაავადებები, ასთმა და ა. შ.) პაციენტებისათვის გაუმჯობესებული მომსახურებების მისაწოდებლად.

მათგან განსხვავებით, „გეისინგერის ჯანდაცვის სისტემამ“ შეერთებულ შტატებში გადაწყვიტა ყველა ქრონიკული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ოპტიმიზება. მან წარადგინა სამედიცინო სახლის პროგრამა, რომელიც მოიცავს 24-საათიან პირველადი და სპეციალური სამედიცინო მომსახურებების ხელმისაწვდომობას, საექთნო დახმარების კოორდინატორს მომსახურების ყველა მიმწოდებელში და სახლის პირობებში ზედამხედველობას. პირველადი მონაცემებითვე დადგინდა, რომ „გეისინგერის სამედიცინო სახლის“ პროგრამამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები, გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურების შედეგები და შეამცირა ხარჯები.

ინტეგრაციის პროგრამისათვის საჭირო ძალისხმევის მასშტაბები დამოკიდებულია სამიზნე პათოლოგიაზე/პრობლემაზე. ამრიგად, მოსარგებლეთა რაოდენობა შეიძლება იყოს რამდენიმე ათასიდან ასობით ათასამდე.

გასათვალისწინებელია პროექტის როგორც ფინანსური, ისე კლინიკური სიცოცხლისუნარიანობა. თუ გარემოებებიდან გამომდინარე, მოსახლეობის მცირე ჯგუფზე საჭიროა დიდი ინვესტიცია, მისაღები სარგებელი შესაძლოა ნაკლებად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს. შეიძლება უფრო მისაღები იყოს ინტეგრაციის პროგრამის ფოკუსირება პრობლემაზე, რომელიც მოსახლეობის დიდ ნაწილზე ახდენს გავლენას, რითაც შესაძლოა გაიზარდოს ინვესტიციაზე დაბრუნების მაჩვენებელი.

ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლოა, ადგილობრივი მოსახლეობა არ იყოს იმდენად დიდი, რომ ინტეგრირებული ზრუნვის ცალკეული ფორმები კლინიკურად სიცოცხლისუნარიანი გახადოს. მაგალითად, თირკმლების ქრონიკული უკმარისობის მქონე ბავშვებისათვის ინტეგრირებული მომსახურების მიწოდება მეტად მნიშვნელოვანია, მაგრამ, კვლევები აჩვენებს, რომ ამ ბავშვებისათვის მაღალი ხარისხის მოვლისათვის აუცილებელი სამედიცინო ექსპერტიზა და მოწყობილობები ხარჯეფექტურია მხოლოდ მაშინ, თუ ადგილობრივი (მოცვის არეალის) მოსახლეობა 500.000 მაინც არის. თუ მოსახლეობა ნაკლებია, ცოტანი იქნებიან ამგვარი საჭიროების მქონე ბავშვებიც. შესაბამისად, გაცილებით შედეგიანი იქნება ამ მომსახურებების უფრო დიდი მიმწოდებლისთვის გადაცემა, ვიდრე საკუთარი ძალებით დახმარების ინტეგრირება. (5)

მომსახურებების მიწოდების პროცესში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენს ინტეგრაციით „დაფარულ“ მომსახურებათა ნუსხის დადგენა. სხვა საკითხებთან ერთად, იგი განსაზღვრავს პროგრამაში ჩასართავ პროფესიონალებს. მაგალითად, თუ პირველადი ამოცანაა ქრონიკული მდგომარეობების მართვის გაუმჯობესება საავადმყოფოში მიმართვიანობის შემცირებითა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მიწოდებული მომსახურებების გაზრდით, მაშინ ინტეგრაციის პროგრამაში უნდა ჩაერთონ პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, სპეციალისტები, თემის ექთნები და სხვა საზოგადოებრივი სამსახურების სპეციალისტები. თუ მიზანია ხანდაზმული პაციენტებისათვის სრულად კოორდინირებული მომსახურების მიწოდება, მაშინ სოციალური მხარდაჭერის სამსახურები და სხვა სააგენტოებიც უნდა ჩაერთონ პროცესში.

ინტეგრაციაში ჩართული მომსახურებების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ, ძირითადი საკითხია გამამხდელების მონაწილეობის საჭიროების განსაზღვრა. ეს არ წარმოადგენს მოთხოვნას, მაგრამ მნიშვნელოვანია ყველა მასტიმულირებელი ფაქტორისათვის ადგილის მისაჩენად. მაგალითისათვის, გერმანიაში, სახელმწიფო სააგენტო AOK იყენებს სტიმულირების მექანიზმებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, საავადმყოფოებსა და საექთნო სახლებს შორის კოორდინაციის გასაძლიერებლად, რითაც აუმჯობესებს ხანდაზმული პაციენტებისათვის მიწოდებულ მომსახურებას.

ინტეგრაციაზე გადაწყვეტილების მიღებისა და თავად პროცესის განხორციელებისათვის უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია თავად ინტეგრაციის მოდელი. ძირითადად, ორი არჩევანია: სტრუქტურული და ვირტუალური. სტრუქტურული ინტეგრაცია მოითხოვს, რომ სხვადასხვა ორგანიზაციები ან გაერთიანდნენ, ან ჰქონდეთ რაიმე სახის ფორმალური პარტნიორობა ან შეთანხმება ერთობლივ საქმიანობაზე (საწარმოზე). ვირტუალური ინტეგრაცია საჭიროებს ორგანიზაციების მჭიდრო ურთიერთობას. ორივე შემთხვევაში, საუკეთესო შედეგები მიიღწევა მმართველობის ეფექტური მექანიზმების არსებობისას, შესრულების ძლიერი მართვის ჩათვლით.

ვეტერანთა ჯანმრთელობის ადმინისტრაცია წარმოადგენს სტრუქტურული ინტეგრაციის კარგ მაგალითს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში უდიდესი ინტეგრირებული ზრუნვის ორგანიზაცია აწვდის მომსახურების ფართო სპექტრს თადარიგში გასულ სამხედროებს. ის უსწრებს შეერთებული შტატების ბევრ სხვა მიმწოდებელს როგორც ხარისხის, ისე შედეგების მაჩვენებლებით და მომსახურების მიწოდების ეფექტიანობით.

ამასთანავე, ერთ ორგანიზაციაში სრული ინტეგრაცია არ წარმოადგენს აუცილებლობას. ზოგიერთ ქვეყანაში, კერძო პრაქტიკის ექიმები ერთიანდებიან და ქმნიან დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციებს. ეს უკანასკნელი ეხმარება ექიმებს გამამხდელებთან მოლაპარაკებისას, ამასთანავე, ის ხელს უწყობს თანამშრომლობას და მომსახურების მიწოდების ეფექტურობის გაზრდას. ექიმები რჩებიან დამოუკიდებელნი, მაგრამ ასოციაცია მათ აძლევს მომსახურებების კოორდინაციის სტიმულს.

ინტეგრაციის მოდელის შერჩევას მნიშვნელოვანია გაირკვეს, თუ როგორია წარმატებისათვის აუცილებელი მინიმალური მოთხოვნები. შეუძლია თუ არა ვირტუალურ მოდელს თანამშრომლობისათვის საკმარისად ძლიერი სტიმულების შექმნა, თუ ეფექტური მმართველობისათვის სტრუქტურული ინტეგრაცია იქნება საჭირო? სტრუქტურული ინტეგრაცია პრაქტიკულად ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. ასეთ შემთხვევაში, ორგანიზაციამ უნდა წარმოადგინოს მმართველობის სხვა მექანიზმები, რომელიც შეძლებს მომსახურების კოორდინაციას.

შესაძლებელია გამოვყოთ ფაქტორთა რამდენიმე ჯგუფი, რომელთაც შეუძლია მომსახურების ინტეგრაციით მიღებული შედეგების გაზრდაში დახმარება:

- პაციენტის თვითმოვლა. ინტეგრირებული ზრუნვა საუკეთესო შედეგებს აღწევს, თუ პაციენტები თავად აკონტროლებენ საკუთარ ჯანმრთელობას - როდესაც ისინი აქტიურად მართავენ საკუთარ მოვლას, ერიდებიან არაჯანმრთელ ქცევას და მკაფიოდ განსაზღვრავენ, თუ როდის სჭირდებათ კლინიკური ჩარევა. პაციენტების მიერ თავის მოვლაზე პასუხისმგებლობის აღება ქმნის წინაპირობას, რომ ისინი უპასუხისმგებლოდ არ მოეპყრობიან ინტეგრირებული ზრუნვის გუნდის ძალისხმევას. სტიმულები (მაგ., ფასდაკლება სავარჯიშო დარბაზში) ხელს უწყობს პაციენტებს საჭირო ცვლილებების გატარებაში. ამას გარდა, პაციენტებს უნდა მიეცეთ ინფორმაცია, მხარდაჭერა და ინსტრუმენტები, რომლებსაც გამოიყენებენ საკუთარი მდგომარეობის მართვაში (მაგ., ვიზუალური მართვის ინსტრუმენტები, რომელიც დაანახებს მათ საკუთარ სამიზნეებს და მისცემს პროგრესის თვალის მიღვევების საშუალებას);
- გუნდის პასუხისმგებლობები და ანგარიშვალდებულებები („პანელური მიდგომა“). ინტეგრირებული ზრუნვის მომსახურებებს ახორციელებს იმ პროფესიონალთა გუნდი, რომლებმაც საჭირო მომსახურების მისაწოდებლად აუცილებლად ერთად უნდა იმუშაონ. გუნდის ეფექტური ფუნქციონირებისათვის მკაფიო უნდა იყოს, თუ ვინ და რაზეა პასუხისმგებელი. თუ შესაძლებელია, ცალკეულ პირს უნდა ჰქონდეს ანგარიშვალდებულება თითოეულ პაციენტზე. ეს უზრუნველყოფს ყველა საჭირო მომსახურების მიწოდებას და გამორიცხავს დუბლირებას და არასაჭირო მომსახურების გაწევას. თუმცა, გაპიროვნებული ანგარიშვალდებულება ყოველთვის ვერ იქნება შესაძლებელი, განსაკუთრებით, ვირტუალური ინტეგრაციის პირობებში. ასეთ შემთხვევებში, მომსახურების ყველა მიმწოდებელმა უნდა იცოდეს თუ რაზეა ის პასუხისმგებელი, შეიმუშაოს და მიჰყვეს მომსახურების მიწოდების სტანდარტებს, იქონიოს რეგულარული კავშირი გუნდის სხვა წევრებთან;
- ინფორმაციის ინფრასტრუქტურა („რეგისტრი“). მაღალი ხარისხის, ეფექტური მომსახურება და ინფორმაციის გაცვლა შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების ყველა მიმწოდებელს აქვს მარტივი წვდომა პაციენტის ჩანაწერებზე. მათ ასევე უნდა შეეძლოთ ამ ჩანაწერების ადვილად განახლება. ამ ტიპის ფუნქციურობა მიიღწევა კარგი ინფორმაციული სისტემის მეშვეობით. პაციენტის ელექტრონული ჩანაწერები ხელს უწყობს მომსახურების გაუმჯობესებას, იძლევა მომავალი ჩარევების საჭიროების განსაზღვრის და

დაგეგმვის საშუალებას, ვინაიდან ქმნის რისკების უფრო ზუსტი დადგენის და მოვლენათა განჭვრეტის მეტ საშუალებას, ეხმარება გუნდს საყურადღებო პაციენტების განსაზღვრაში. სანდო მიმდინარე ინფორმაცია ხელს უწყობს ასევე პროცესების უკეთეს მართვას;

- კლინიკური ლიდერობა. თუ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში ცვლილებები წარმატებული აღმოჩნდა, მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ამაში კლინიციკლებმა ითამაშონ გამორჩეული როლი. მათ საკუთარ თავში უნდა დაინახონ არა მარტო პაციენტზე მზრუნველი პროფესიონალი, არამედ პარტნიორი და ლიდერი ცვლილებებისათვის გაწეულ ძალისხმევაში. ამისათვის, ისინი დარწმუნებულნი უნდა იყვნენ ინტეგრირებული ზრუნვის საჭიროებაში და აიღონ პასუხისმგებლობა საჭირო ცვლილებების დანერგვაზე. ასეთი კლინიციკლები უნდა წახალისდნენ, უნდა ჩაუტარდეთ საჭირო ტრენინგი და მიეცეთ დამატებითი ანაზღაურება;
- მმართველობა და მიმწოდებლების სტიმულები. ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი უნდა ეყრდნობოდეს პროექტის მიზნისა და მისი მიღწევის გზების მკაფიო ხედვას. გარდა ამისა, პროექტს უნდა ჰქონდეს მკაფიო მმართველობითი სტრუქტურა. თუნდაც ერთი საბჭო მაინც უნდა იყოს პასუხისმგებელი, ან ჩართულ ორგანიზაციებს უნდა გააჩნდეთ წინასწარ შეთანხმებული გადაწყვეტილებების მიღების გეგმა. პროექტში ჩართულ ყველა ადამიანს უნდა ესმოდეს, რომ მათი პასუხისმგებლობები განისაზღვრება და მათი საქმიანობა, ისევე, როგორც ერთიანი ძალისხმევის წარმატება, გაკონტროლდება და გაიზომება. სტიმულები - ორივე, ფინანსურიც და არაფინანსურიც - უნდა შეეთავაზოს პროექტის ყველა მონაწილეს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და მეტი ნაყოფიერების წასახალისებლად.

ინტეგრირებული ზრუნვის მიმართულებით მოძრაობა ჯანდაცვის ორგანიზაციისათვის მნიშვნელოვან ცვლილებას წარმოადგენს. ეს ცვლილება ხშირად იწვევს დისკომფორტსა და დაბნეულობას. ამ რეაქციებმა შეიძლება ხელი შეუშალოს პროგრესს. პროექტის წარმატებისათვის აუცილებელია მისი ყველა მონაწილის მხრიდან ძლიერი მხარდაჭერა, რაც ხაზს უსვამს შესაბამისი სტიმულებისა და კლინიკური ლიდერების გუნდის აუცილებლობას. კარგი ურთიერთკავშირის პროგრამაც მეტად მნიშვნელოვანია. მაგალითად, როდესაც 2005 წელს ინგლისში, თორბეიში ჯანდაცვისა და საზოგადოებრივი მომსახურების მიმწოდებლებმა გადაწყვიტეს ინტეგრირება, გაერთიანებულმა ორგანიზაციამ იცოდა, რომ პერსონალისათვის უნდა მიეწოდებინათ ცვლილებების მკაფიო დასაბუთება. (5) ისინი თანამშრომლებს აწვდიდნენ ნათელ და ლაკონურ ხედვას, თუ რა სარგებელს მიიღებდნენ ისინი და მათი პაციენტები მომსახურებათა ინტეგრირებით. ამოცანას წარმოადგენდა პერსონალისათვის მუშაობის ახალი გზების კარგი კუთხით წარმოჩენა. ამის შემდგომ, გაერთიანებამ წარმოადგინა სტრუქტურული გადაწყვეტილება ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების თანამშრომელთა ერთ სივრცეში გაერთიანების შესახებ, რითაც მათ მისცა შემდგომში თანამშრომლობის აუცილებლობის სიგნალი. ინტეგრირებული მოდელი თორბეიში კარგად მუშაობს - დრო, რომელიც საჭიროა პაციენტისათვის სოციალური ზრუნვის

საჭიროების შესაფასებლად, მნიშვნელოვნად შემცირდა, ასევე, წარმატებები აქვთ ხანგრძლივი მოვლის სამსახურების მუშაობაში.

ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელის დანერგვისათვის მხოლოდ ენთუზიაზმი საკმარისი არ არის; ის მოითხოვს დამოკიდებულებებისა და ქცევების სიღრმისეულ ცვლილებებს - პროცესის ყველა მონაწილე უნდა ეთანხმებოდეს ინტეგრირებული ზრუნვის პრინციპებს და მათთვის საჭირო ცვლილებებს. მაგალითისათვის, „კაიზერ პერმანენტეს“ წარმატების ძირითადი მიზეზი არის სისტემის ექიმებისა და ექთნების რწმენა, რომ საავადმყოფოსათვის მიმართვა ხშირად მომსახურების ჩავარდნის შედეგია. ეს რწმენა აერთიანებს პერსონალს ერთი საერთო მიზნის ირგვლივ - შეინარჩუნონ პაციენტის ჯანმრთელობა.

მსოფლიოს დიდ ნაწილში ინტეგრირებული ზრუნვა კვლავ რჩება ახალ იდეად და ინტეგრირებული მომსახურების მიმწოდებელთა რაოდენობა მცირეა. ამრიგად, მნიშვნელოვნად მეტი კვლევებია საჭირო იმის განსასაზღვრავად, თუ როგორ შეიძლება ინტეგრირებული ზრუნვის გამოყენება კლინიკური შედეგების გასაუმჯობესებლად და ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლისათვის. ამასთანავე, ორგანიზაციათა საკმარის რაოდენობას გააჩნია ინტეგრირებული ზრუნვის წარმატებული გამოცდილება იმის დასადასტურებლად, რომ ეს მიდგომა წარმოადგენს ქრონიკული და ხანშესული პაციენტების კეთილდღეობის გაუმჯობესების მეტად ეფექტურ გზას.

## ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელები

⇒ **ინტეგრირებული ზრუნვის ინდივიდუალური მოდელები** - მაღალი რისკის პაციენტების ზრუნვის ინდივიდუალური კოორდინაცია ფრაგმენტირებულ მიმწოდებლებს შორის ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. (1)

- შემთხვევის მართვა (Case-management) - პაციენტის ზრუნვის კოორდინაცია შემთხვევის მმართველის (Case Manager) მეშვეობით. ამ უკანასკნელის ამოცანაა (ა) სამიზნე ინდივიდების შერჩევა, (ბ) შეფასება და ინდივიდუალური ზრუნვის დაგეგმვა, (გ) პაციენტების მულტივი მეთვალყურეობა, (დ) ზრუნვის გეგმის საჭიროებისამებრ მორგება.
- ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმები - უფრო პერსონალიზებული და მიზანმიმართული ზრუნვის საზიარო გეგმების შემუშავება, რომელიც აღწერს ზრუნვის პროცესს, მკაფიოდ განსაზღვრავს მასში თითოეული მიმწოდებლისა და პაციენტის როლს, გააჩნიათ წარსული და სამომავლო ინფორმაცია კონკრეტული პაციენტის მართვის შესახებ.
- პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო სახლი - შეიქმნა ამერიკის შეერთებულ შტატებში, როგორც მოდელი პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზებისა და მიწოდების გარდაქმნისათვის. მის მიმართ ინტერესი გაჩნდა პირველადი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის დეფიციტის, ფრაგმენტირებულ სისტემაში ნავიგაციის პრობლემებისა და მომსახურების მზარდი ხარჯების გამო. პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო სახლი, ზოგადად, წარმოადგენს ექიმების მიერ

მართულ ჯგუფურ პრაქტიკას, რომელსაც შეუძლია ხელმისაწვდომი, უწყვეტი, ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული მომსახურების მიწოდება ოჯახისა და თემის დონეზე. მოდელი აღიარებს ჰოლისტურ მიდგომას ქრონიკული პაციენტების მართვაში და ასევე სთავაზობს პირველადი ჯანდაცვის ალტერნატიულ ინდივიდუალურ მოდელს, რომელშიც პაციენტები კონკრეტულ სამედიცინო სახლებზე და ექიმებზე არიან მიმაგრებული. მოდელის ძირითად ატრიბუტებს წარმოადგენს ყოვლისმომცველობა, პაციენტზე ორიენტაცია, კოორდინაცია, ხელმისაწვდომობა, ხარისხი და უსაფრთხოება. (1)

- **ჯანმრთელობის პერსონალური ბიუჯეტები** - იმ ვარაუდზე დაყრდნობით, რომ მომსახურების კოორდინაციას ყველაზე უკეთ თავად პაციენტები შესძლებენ, პერსონალური ჯანმრთელობის ბიუჯეტები არის მოდელი, რომელიც პაციენტებს ანიჭებს მაღალი ხარისხის ავტონომიას მათი პრობლემების მართვაში. ბოლო 2-3 ათწლეულის განმავლობაში მოხდა ამ მოდელის პილოტირება შეერთებულ შტატებსა და დიდ ბრიტანეთში ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებებში - ბინაზე და დაწესებულებაში. მოდელი გულისხმობს, რომ პაციენტები, იმოქმედებენ რა როგორც ბიუჯეტის განმკარგველები, შეძლებენ საჭიროების მიხედვით მომსახურებების შესყიდვას სხვადასხვა მიმწოდებლებისაგან. თანხების გამოყენება შესაძლებელია არა მარტო მომსახურებების შესაძენად, არამედ ოჯახის წევრების, როგორც მზრუნველების/მომვლელების მხარდასაჭერადაც. პირადი ჯანმრთელობის ბიუჯეტის შეფასება გვიჩვენებს პაციენტების კმაყოფილების უფრო მაღალ დონეს და დაუკმაყოფილებელი საჭიროებების უფრო დაბალ ნიშნულს ზრუნვის ჩვეულებრივ მოდელთან შედარებით, განსაკუთრებით, ახალგაზრდა შშმ პაციენტებში. მიდგომა იწერება ავსტრიაში, გერმანიაში, ნიდერლანდებში, ნორვეგიაში.

⇒ **ინტეგრირებული ზრუნვის ჯგუფური და დაავადებაზე ორიენტირებული მოდელები.**

- **ქრონიკული ზრუნვის მოდელი** - ერთ-ერთი ყველაზე კარგად ცნობილი და ფართოდ გავრცელებული ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელია. იგი შემუშავდა 1998 წელს ამერიკაში და საფუძვლად დაედო ჯანდაცვის სისტემის ჩავარდნების გააზრება ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ის იძლევა ყოვლისმომცველ ჩარჩოს ჯანდაცვის მომსახურების ორგანიზებისათვის ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების მქონე პირების მომსახურების შედეგების გასაუმჯობესებლად. მოდელი გულისხმობს წანაცვლებას მწვავე, ეპიზოდური და რეაქტიული ზრუნვიდან ზრუნვისაკენ, რომელიც მოიცავს ხანგრძლივ, პრევენციულ, თემზე დაფუძნებულ და ინტეგრაციულ მიდგომებს. ქრონიკული ზრუნვის მოდელი მოიცავს ექვს ძირითად სფეროს: თემი, ჯანდაცვის სისტემა, თვითმართვის მხარდაჭერა, მიწოდების სისტემის მოწყობა, გადაწყვეტილების მიღებაში თანადგომა და კლინიკური ინფორმაციის სისტემები.

- **ინტეგრირებული დახმარების მოდელი ხანდაზმულებისა და მოწყვლადი ჯგუფებისათვის** - წარმოადგენს ცალკე კატეგორიას, რაც განპირობებულია მომსახურებების განსაკუთრებულობით და იმ შინაარსით, რომლის ფარგლებშიც არის საჭირო ჯანმრთელობისა და სოციალური მომსახურებების ინტეგრაცია. ამის მაგალითია მოდელი PRISMA, თემში მცხოვრები ადამიანებისათვის, საშუალოდან მძიმე დარღვევებით, რომლებსაც სჭირდებათ ორი და მეტი მომსახურების კოორდინაცია. მოდელის არსი მდგომარეობს პიროვნებათა ფუნქციონალური ავტონომიის შენარჩუნებაში. ის აწყობილია „ერთი შესასვლელის“ პრინციპზე და გულისხმობს კოორდინაციას სხვადასხვა მიმწოდებელთა ქსელებს შორის. სისტემის მნიშვნელოვან კომპონენტებს წარმოადგენს შემთხვევათა მართვა და კომპიუტერიზებული რუკები. (1)
- **დაავადებაზე ორიენტირებული ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელები** - ზოგიერთი ქვეყანა ავითარებს მოდელებს, რომელიც მომსახურებათა უკეთეს ინტეგრაციას სთავაზობს კონკრეტული დაავადებებისა და ხანგრძლივად მიმდინარე პრობლემების მქონე პაციენტებს - შაქრიანი დიაბეტი, გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები და ბრონქული ასთმა.
- **ზრუნვის ჯაჭვები** წარმოადგენს ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელს, რომელიც მიზნად ისახავს პირველადი, ჰოსპიტალური და სათემო ზრუნვის დაკავშირებას ინტეგრაციული გზებით, რომელიც ეყრდნობა მიმწოდებლებს შორის ხელშეკრულებებს. ტიპური ჯაჭვი მოიცავს სკრინინგის ელემენტებს პირველად დონეზე, მკურნალობას სპეციალისტების ცენტრში და რეაბილიტაციას თემში.
- **მართვადი კლინიკური ქსელები**, რომელიც წარმოადგენს ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და ორგანიზაციების დაკავშირებულ ჯგუფებს პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის სამსახურებიდან. ისინი მუშაობენ კოორდინირებულად და არ არიან შეზღუდული არსებული პროფესიონალური და ჯანდაცვის საბჭოების საზღვრებით, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს მაღალი ხარისხის კლინიკურად ეფექტური მომსახურების მიწოდება.
- **დაავადებათა მართვის პროგრამები** - ეს არის ქვეყნის დონეზე სტანდარტიზებული პროგრამები ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის რეგულირებულ ჩარჩოებში. უფრო დეტალურად ის განიმარტება როგორც პაციენტების კოორდინირებული მკურნალობა და მოვლა დაავადების მთელი მიმდინარეობის პერიოდში მიმწოდებელთა შორის არსებულ საზღვრებს მიღმა, სამეცნიერო და უახლეს მონაცემებზე დაყრდნობით.
- **მოსახლეობაზე დაფუძნებული მოდელები**
  - „კაიზერ პერმანენტე“ (Kaiser Permanente) წარმოადგენს ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელ ერთ-ერთ უდიდეს ორგანიზაციას ამერიკის შეერთებულ შტატებში. ის არის ვირტუალურად ინტეგრირებული სისტემა, რომელიც სამ ურთიერთდაკავშირებულ ერთეულს მოიცავს: არამომგებიანი ჯანმრთელობის გეგმა, რომელიც იღებს დაზღვევის რისკებს, თვითმართვადი

მომგებიანი ექიმთა სამედიცინო ჯგუფები და არამომგებიანი საავადმყოფოთა სისტემა. ბოლო ორი ინაწილებს გლობალურ ბიუჯეტს. სამივე მათგანი იზიარებს ერთმანეთის ექსკლუზიურობას მომსახურებების შესყიდვასა და მიწოდებაში და გაერთიანებული არიან საერთო მისიით, წარმოადგენენ სისტემური და ნორმატიული ინტეგრაციის ნაზავს. „კაიზერ პერმანენტს“ ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი ეფუძნება მოსახლეობის კლასიფიკაციას და სხვადასხვა მომსახურების საჭიროების მიხედვით მიწოდებას. ამ მოდელში მოსახლეობა იღებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციის მომსახურებებს რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით. ქრონიკულად მოავადეთა უმრავლესობა იღებს თანადგომას პრობლემების თვითმართვაში, ხოლო მაღალი რისკის პაციენტები იღებენ დაავადების და შემთხვევის მართვას, რომელიც აერთიანებს თვითმართვასა და პროფესიონალურ ზრუნვას.

- ვეტერანთა ჯანმრთელობის ადმინისტრაცია - წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემას, რომელიც ამერიკის შეერთებულ შტატებში აწვდის ინტეგრირებულ მომსახურებას ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების მქონე ხანშესულ ადამიანებს. უწყებას ჰყავს ექიმები, ფლობს და მართავს საავადმყოფოებს, სამედიცინო ოფისებს და მართავს მომსახურებებს მის ქსელში. სისტემა ეყრდნობა ხედვას, რომ ეფექტიანობა და ეფექტურობა მიიღწევა დაწესებულებებს შორის უკეთესი კოორდინაციით, რესურსების სინერგიით და მომსახურების მიწოდების ოპტიმალური პარამეტრებით. ფედერალური მთავრობისაგან მიღებული რესურსები ნაწილდება არა ცალკეულ დაწესებულებებზე, არამედ ქსელებზე - მექანიზმი, რომლის მეშვეობითაც მიიღწევა მომსახურებების ინტეგრაცია და ანგარიშვალდებულებების გაზიარება.

### **ინტეგრაციის მაგალითი ბასკეთში**

სტრატეგია ეყრდნობა აღიარებას, რომ ქრონიკული პაციენტების მართვის უკეთესი შედეგები მიიღწევა პირველადი ჯანდაცვის, სოციალური მომსახურებების და საავადმყოფოების ურთიერთდამოკიდებულების შემთხვევაში.

სისტემის ინტეგრაციისათვის ორი მიდგომა იქნა გამოყენებული.

- ქვემოდან-ზემოთ დანერგვა, კონცენტრირებული კლინიკურ და ფუნქციურ ინტეგრაციაზე, რომელიც ხელს უწყობს ზრუნვის პროცესების კოორდინაციას პირველად და მეორეულ ჯანდაცვის დონეებს შორის. ორგანიზაციული ინტეგრაცია განხორციელდა პირველადი და ჰოსპიტალური დახმარების სტრუქტურების ერთი ორგანიზაციის ქვეშ გაერთიანებით - ჯანდაცვის ინტეგრირებული ორგანიზაციები. ამ მოდელის მნიშვნელოვანი შემადგენელია სისტემის ყველა დონის ერთდროული გააქტიურება და ახალი პროფესიების შექმნა, რომლებიც ხელს უწყობენ ინტეგრირებული მომსახურების მიწოდებას.



- მოდელის წარმატების მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს პაციენტთა განათლების ინსტრუმენტებისა და სტრატეგიების განვითარება, რომლებიც მიმართულია მათთვის საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემების მართვის სწავლებაზე. ზიარმა სამედიცინო ჩანაწერებმა და განახლებულმა საინფორმაციო სისტემამ ხელი შეუწყო მიმწოდებელთა შორის გაუმჯობესებულ კოორდინაციას.

მთლიანობაში, ჯანდაცვის სისტემებში ინტეგრაციული პროცესების განვითარება სტიმულირებულია ქრონიკული დაავადებების სიხშირის ზრდითა და ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახურების კოორდინაციის მზარდი საჭიროებით. მოდელის უმრავლესობას მიუხედავად უდევს ქრონიკული და მულტიმორბიდული, ან სპეციფიკური ჯგუფის პაციენტებზე ზრუნვის გაუმჯობესების სურვილი და ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლი.

### **ეფექტური ინტეგრირებული ზრუნვის ძირითადი მახასიათებლები**

ინტეგრირებული ზრუნვა რთული, მრავალდონიანი სისტემაა, რაც მისი შეფასების კომპლექსურობაზეც აისახება. შეგვიძლია გავარჩიოთ რამდენიმე ნიშანი, რომელიც მის ეფექტურობაზე მიუთითებს: (6)

- დაწესებულებებსა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კოორდინაცია;
- მრავალდარგობრივი/მრავალფუნქციური გუნდური მუშაობა;
- მიმწოდებლებს შორის გაზიარებული პასუხისმგებლობა და ლიდერობა;
- პარტნიორობა პაციენტს, მომვლელსა და პროფესიონალებს შორის;
- შემთხვევათა მართვა;
- ერთი „შესასვლელი“/შეხების წერტილი;
- პიროვნებაზე ორიენტირებული მიდგომა ინდივიდუალიზებული მომსახურების გეგმით, შემუშავებული მომსახურების მიმწოდებლისა და მიმღების მონაწილეობით;
- არაფორმალურ მომვლელთა მხარდაჭერა და სწავლება, მომვლელთა ნებისმიერ გუნდში მომსახურების მიმღების ჩართვით;
- ზიარი კლინიკური დოკუმენტები და ინფორმაცია (პირადი ინფორმაციის დაცვით);
- მომხმარებლის საჭიროებებზე და სურვილებზე ფოკუსირება და მათი ჩართვა მიწოდებასა და განვითარებაში;
- გამოსავალზე ორიენტირებული მომსახურებები;
- ხარისხიანი მომსახურება და მომსახურების არჩევანი.

## რეკომენდაციები

ინტეგრირებული ზრუნვა, სისტემური ცვლილების ტენდენციიდან მეოცე საუკუნის ბოლოს, იქცა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროს მართებული მოწყობის აუცილებლობად, რომელიც მნიშვნელოვანია არა მარტო ცალკეული ადამიანისათვის, როგორც მასზე ხარისხიანი და ეფექტური ზრუნვის წინაპირობა, არამედ მთლიანად სისტემებისა და სახელმწიფოებისათვის. ის უზრუნველყოფს მომსახურებათა ხელმისაწვდომობას, უწყვეტობას, დროულობას, ეფექტურობას და ოპტიმალურ დანახარჯებს.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მრავალწლიანი რეფორმების შემდეგაც ფრაგმენტირებული რჩება და ნაკლებია თუნდაც მოსახლეობის რომელიმე სეგმენტზე გათვლილი ეფექტური ინტეგრაციის მაგალითები. პაციენტების ნავიგაციას სისტემის შიგნით განაპირობებს ან სახელმწიფო პროგრამა, ან სადაზღვევო პოლისი, რომლებიც უფრო მომსახურების მიღების პარამეტრებს განსაზღვრავენ და არ წარმოადგენენ გზამკვლევს მიმწოდებლებს შორის კომფორტული მოძრაობისათვის.

ცხადია, ქვეყანაში მოქმედ დაწესებულებებს შორის არსებობს კავშირები, მაგრამ ინტეგრაცია იმ სახით, სადაც ადამიანი, პაციენტი წარმოადგენს ძირითად ღირებულებას და ამ ამოცანის მიმართ ხდება გარემოს ადაპტაცია, მინიმალურია. ხშირად, ურთიერთობები იგება მიმწოდებლების ინტერესების საფუძველზე და პროცესები მიმდინარეობს სწორედ მათი სარგებლის გათვალისწინებით. არსებობს მიმწოდებელთა დიდი ქსელები, სადაც ადამიანს, პირობითად, ერთი სისტემის შიგნით შეუძლია მოძრაობა, თუმცა, ისინიც ძირითადად სამედიცინო საჭიროებებს ფარავენ და შორს არიან დასავლეთის ქვეყნებში მიღებული სტანდარტებისაგან.

როგორც წესი, სამედიცინო პრობლემების 80-85% პირველადი ჯანდაცვის დონეზე წყდება. სისტემის ეს სეგმენტია ყველაზე ტევადი, შესაბამისად, ინტეგრაციის ამ სივრციდან დაწყება გაცილებით ეფექტური შეიძლება იყოს. გარდა ამისა, ეს არის სისტემის ის ნაწილი, რომელსაც ყველაზე ხშირი და ყველაზე ხანგრძლივი შეხება აქვს ადამიანთან/პაციენტთან და, ამასთანავე, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სხვა დონეებთან და სამსახურებთან. გარდა ამისა, ამ სივრცეში სხვა დაწესებულებებთან, სამსახურებთან კავშირი მიღებული პრაქტიკაა და, რაც მნიშვნელოვანია, პაციენტის შესახებ ინფორმაციის ნაკადებიც ძირითადად პირველადი ჯანდაცვის დონეზე იყრის თავს.

ინტეგრაციული ჯანდაცვის მოდელის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანია:

- დაწესებულებებსა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კოორდინაცია - ამგვარი პრაქტიკა ქვეყანაში, ცხადია, არსებობს. ხელშეწყობას საჭიროებს ინფორმაციის მოძრაობა პაციენტზე ზრუნვის პროცესში ჩართულ ერთეულებს შორის. ხშირად, მეტ-ნაკლებად ინტეგრირებულ დაწესებულებებში მიღებული მომსახურების შედეგები ერთგან არ იყრის თავს, რაც ხელს უშლის პაციენტის შესახებ ერთიანი სურათის შექმნას და მის სწორ მართვას.

- მრავალდარგობრივი გუნდური მუშაობა - თავად მრავალდარგობრივი გუნდის არსებობა უკვე მოიცავს ინტეგრაციის ელემენტებს, რაც ქმნის წინაპირობას მისი გაფართოებისათვის. ეფექტური შეიძლება აღმოჩნდეს ცალკეული დაავადებების (მაგ., შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.) ასეთი გუნდების მიერ მართვის მოდელების დანერგვა.
- მიმწოდებლებს შორის პასუხისმგებლობების და მართვის გადანაწილება - სამედიცინო მომსახურებათა მრავალფეროვნება თითქმის შეუძლებელს ხდის პაციენტის ყველა პრობლემის ერთი დაწესებულების ფარგლებში გადაწყვეტას, რაც სტიმულია ინტეგრაციის პროცესების განვითარებისათვის. პასუხისმგებლობები ყველა მონაწილე მხარეს განსაზღვრული აქვს, მაგრამ, ხშირად, პრობლემურია გარკვევა, თუ ვის აქვს პაციენტის ერთიანი მართვის უფლებამოსილება. მნიშვნელოვანია, რომ ეს როლი ძირითად შემთხვევებში ოჯახის ექიმს/პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებას ჰქონდეს მინიჭებული, ვინაიდან პაციენტთან და მის პრობლემებთან ყველაზე ხანგრძლივი ურთიერთობა სწორედ მათ აქვთ.
- თანამშრომლობა პაციენტს/მომხმარებელს და სამედიცინო პროფესიონალებს შორის. პიროვნებაზე ორიენტირებული მიდგომა ინდივიდუალიზებული მართვის/ზრუნვის გეგმებით, რომლებიც შემუშავებულია პაციენტთან/მომხმარებელთან ერთად.
- ფოკუსირება მომხმარებელთა საჭიროებებსა და სურვილებზე და მათ ჩართულობაზე პროცესის შემუშავებასა და მიწოდებაში.
- პაციენტთა სწავლება - თანამშრომლობა ინტეგრაციის პროცესის ძირეული პირობაა, მაგრამ ეს მხოლოდ მასში მონაწილე დაწესებულებებს/პროფესიონალებს არ ეხებათ. ქვეყანაში ათწლეულების განმავლობაში არსებულ სისტემაში პაციენტებს მხოლოდ პასიური, დანიშნულებების შემსრულებლის როლი ჰქონდათ. მართებულად მოწყობილ მოდელში პაციენტი მოვლენათა ცენტრშია და მასზე ზრუნვის პროცესის ერთ-ერთი განმსაზღვრელია. პაციენტის ჩართულობა ინტეგრაციის ხარისხის ინდიკატორადაც შეიძლება გამოდგეს.
- შემთხვევების მართვა - ცალკეული შემთხვევების მართვა კარგად ანახებს ინტეგრაციის საჭიროებას, ან უკვე არსებულის განვითარების შესაძლებლობებს. პაციენტის კმაყოფილება, ექიმისთვის მისაღები მომსახურება, მოქნილი ანაზღაურების პირობები ქმნის ნოყიერ ნიადაგს ინტეგრაციის პროცესის დასაწყებად. რეალურ პრაქტიკაშიც სცენარი ამგვარადვე ვითარდება. შესაბამისად, ცალკეული შემთხვევების ანალიზი მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი შეიძლება გახდეს ეფექტური ინტეგრაციის დასაწყებად.
- მონაცემთა პირადულობის დაცვით კლინიკური ინფორმაციის, დოკუმენტაციის გაცვლა - ქვეყანაში უკვე არსებული ინტეგრაციის მნიშვნელოვანი დეფექტი ინფორმაციის შეზღუდული მოძრაობაა. ხშირად, პაციენტი ისე გადაადგილდება სხვადასხვა დაწესებულებებს შორის, რომ მას სრულყოფილი ინფორმაცია არ მიჰყვება. მწირია პროფესიონალებს შორის აზრის გაცვლის შესაძლებლობები.

ხშირად, ერთი და იგივე პაციენტი ყველა ექიმისათვის ცალკე პაციენტია - პრობლემაზე მუშაობს არა მრავალდარგობრივი გუნდი, არამედ რამდენიმე სპეციალისტი ერთდროულად, ან დროის სხვადასხვა მონაკვეთში. ეს გარდა დისკომფორტისა, ტოვებს საკმაოდ დიდ სივრცეს ინფორმაციის დაკარგვის ან არასწორი ინტერპრეტაციისათვის. თვით ქვეყანაში არსებულ სამედიცინო ქსელებშიც კი არ არის ეს საკითხი სრულად მოგვარებული.

- შედეგზე/გამოსავალზე ორიენტირებული მომსახურება - ქვეყანაში დღეისათვის არსებული სამედიცინო/სოციალური მომსახურების სისტემა რიგ შემთხვევაში კომერციული სტიმულებით უფროა მართული, ვიდრე პაციენტის/მომხმარებლის ინტერესებით. სამწუხაროდ, არც სახელმწიფო პროგრამების ჩარჩოები და არც კერძო დაწესებულებების მოთხოვნები უხშირესად არ ითვალისწინებს შედეგზე/გამოსავალზე ორიენტირებულ სტიმულებს. ეს ყოველივე აჩენს არამართებული, პაციენტზე/მომხმარებელზე არა-ორიენტირებული კავშირების ჩამოყალიბების შესაძლებლობას.

#### ლიტერატურა:

1. WHO, Regional Office for Europe, Health Services Delivery Programme. Integrated care models: an overview, working document. October, 2016.
2. Ferrer, L and Goodwin, N. What are the principles that underpin integrated care? s.l. : International Journal of Integrated Care, Oct–Dec 2014.
3. MMN, Minkman. Values and Principles of Integrated Care. s.l. : International Journal of Integrated Care, 2016.
4. Report by the Secretariat, WHO, 69 th WORLD HEALTH ASSEMBLY. A69/39, Provisional agenda item 16.1. Framework on integrated, people-centred health services. s.l. : WHO, 15 April 2016.
5. Grant, Jenny. What does it make integrated care work? s.l. : McKinsey, McKinsey Quarterly, January 1, 2010.
6. Eurodiaconia. s.l. : Eurodiaconia, December 2014.
7. N., Goodwin. Understanding Integrated Care. s.l. : International Journal of Integrated Care.
8. Struijs JN, Drewes HW, Stein KV. Beyond integrated care: challenges on the way towards population health management. s.l. : Int J Integr Care, Dec 15, 2015.

# ინტეგრირებული ზრუნვა ქრონიკული დაავადებების მართვისას გივი ჯავაშვილი

## ქრონიკული დაავადებები და მათი ეფექტურად მართვის მნიშვნელობა თანამედროვე მსოფლიოში

მსოფლიოს მასშტაბით მოსახლეობის სწრაფი დაბერება და ქრონიკული დაავადებების ტვირთის ზრდა დროულ რეაგირებას მოითხოვს ჯანდაცვის სისტემის მართვასა და განვითარებაზე პასუხისმგებელი პირებისაგან.

გასულმა 2020 წელმა მკაფიოდ დაგვანახა, რომ ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დიდი ნაწილი მსოფლიო მასშტაბით დაუცველი აღმოჩნდა ახალი კორონავირუსით გამოწვეული მიმდინარე პანდემიის წინაშე. აღნიშნულის მიზეზია ქრონიკული დაავადებების გლობალური კრიზისი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემების წარუმატებელი მცდელობა შეეფერხებინათ იმ რისკ-ფაქტორების ზრდა, რომელთა პრევენცია რეალურად არის შესაძლებელი (1).

ქრონიკული დაავადებები ძირითადად ცვლის ადამიანების ცხოვრებას, მათი უეფექტო მართვის შედეგად უარესდება შრომის უნარი, ძნელდება ყოველდღიური მიზნების მიღწევა ყოფსა და საქმიანობაში, იზრდება ავადობა და სიკვდილიანობა, იზრდება ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები.

მწვავე დაავადებებისაგან განსხვავებით, ქრონიკული დაავადება ადამიანის ცხოვრების თანამდევია, მისი განკურნება არ ხდება, პროგნოზი ხშირად ნათელი არ არის, მუდამ ახლავს გაურკვევლობა, პაციენტის როლი დაავადების მართვაში მნიშვნელოვანია და ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და პაციენტის ცოდნა ერთმანეთს ავსებს (2).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ქრონიკული დაავადებები განმარტებულია, როგორც ხანგრძლივად მიმდინარე, ნელა პროგრესირებადი, არაგადამდები დაავადებები, რომელთაც განეკუთვნება **გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები** (გულის იშემიური დაავადება, ინსულტი), **კიბო**, **ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები** (ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ასთმა) და **დიაბეტი**. ქრონიკული დაავადებებით განპირობებულია ყველა დაავადებით გამოწვეული „ტვირთის“ 77% (3).

ევროკავშირის მასშტაბით 2050 წლისთვის 80 წელს გადაცილებული პირების წილი საერთო მოსახლეობაში 11.5%-მდე გაიზრდება (4). 65 წლისა და მეტი ასაკის პირების 20-40%-ს აქვს ხუთი და მეტი ქრონიკული დაავადება (5).

ქრონიკული დაავადებების წილის ზრდა და მულტიმორბიდულობა დაკავშირებულია ჯანდაცვის სერვისების ინტენსიურ მოხმარებასთან, მათ შორის, გადაუდებელ ჰოსპიტალიზაციასთან (6) (7). აღნიშნულის გამო ევროკავშირის ქვეყნებში ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯები უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე საერთო ეროვნული პროდუქტი (8).

ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანდაცვაზე საერთო ხარჯებიდან, რაც 3.8 ტრილიონ დოლარს შეადგენს, 90% (!) ქრონიკული დაავადებებისა და ფსიქიკური აშლილობების მართვაზე/მკურნალობაზე იხარჯება (9) (10).

### **ქრონიკული დაავადებების მართვასთან დაკავშირებული სირთულეები**

ქრონიკული დაავადებების ეფექტური მართვის გზაზე ბევრი სირთულე და წინააღმდეგობაა, რომელიც თავისი არსით საკმაოდ მრავალფეროვანია.

ერთი მხრივ, ასაკთან ერთად მულტიმორბიდულობის ზრდა მოითხოვს ერთდროულად სხვადასხვა დაავადების მართვას. ეს უკანასკნელი საჭიროებს სხვადასხვა კომპეტენციის მედიკოსების მონაწილეობას, მრავალ სადიაგნოზო, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ჩარევებს, გამოკვლევებს, პროცედურებს, წამლებს, მრავალფეროვან რეკომენდაციებს და ა. შ.

სამედიცინო პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს მრავალი ფაქტორი, ერთ მედიკოსს არ ეყოფა კომპეტენცია, რომ მრავალი პრობლემის მქონე პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემა ყოველმხრივ შეაფასოს და მართოს. აქ იგულისხმება არა მხოლოდ განსხვავებული სპეციალობის ექიმების ჩართულობის საჭიროება, არამედ ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებული სხვა პროფესიონალების მონაწილეობის აუცილებლობა - ექთნები, სოციალური მუშაკები.

პაციენტისათვის აუცილებელ სადიაგნოზო თუ სამკურნალო რეკომენდაციებს და ჩარევებს (დიეტა, მედიკამენტური მკურნალობა, სამედიცინო პროცედურები), რომლებიც ცალ-ცალკე საჭიროა ამა თუ იმ პრობლემის მოსაგვარებლად, შეუძლია გავლენა იქონიოს ერთმანეთზე და შეამციროს ჩარევის ეფექტურობა ან ზიანი მიაყენოს პაციენტს.

პაციენტმა უნდა გაიაზროს, შეაფასოს და გაითვალისწინოს მრავალი რეკომენდაცია, უნდა იფიქროს რისკ-ფაქტორებზე, უნდა დაიმასხვროს სხვადასხვა წამლის დასახელება და მათი მიღების გზები და გამოიმუშაოს სხვადასხვა უნარ-ჩვევები, უნდა შეცვალოს ცხოვრების წესი, დაიმასხვროს, რას უნდა დააკვირდეს და როგორ უნდა მოიქცეს სხვადასხვა სიტუაციაში.

ამასთან, ქრონიკული დაავადებების გამო, პაციენტს შეიძლება დასჭირდეს საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოს ადაპტაცია ან პროფესიის შეცვლა.

პაციენტისთვის საჭირო სამედიცინო სერვისები ხშირად სხვადასხვა დაწესებულებაში, სხვადასხვა დონეზეა (პირველადი, მეორეული) და, ზოგჯერ, პაციენტის საცხოვრებელი ადგილიდან საკმაოდ შორს მდებარეობს (მაგ., სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებები და მომსახურებები).

მულტიმორბიდულობის მქონე პაციენტების ჯანმრთელობის პრობლემების მართვისათვის აუცილებელი ჯანდაცვის მომსახურებები ხშირად საკმაოდ განსხვავებული სქემით ფინანსდება - რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამით (ცენტრალური, ადგილობრივი, საყოველთაო, ვერტიკალური და ა. შ.), კერძო დაზღვევით, პაციენტის მიერ გაწეული ხარჯებით.

მეორე მხრივ, ეს სირთულეები დაკავშირებულია ჯანდაცვის სისტემასთან, რომელთაგან მნიშვნელოვანია შემდეგი (11):

- კლინიცისტებს არ აქვთ საკმარისი დრო ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის;
- სამედიცინო მომსახურება არ არის კარგად კოორდინირებული;
- პაციენტები არ ფლობენ საკმარის რესურსებს (მათ შორის, ინფორმაციას), რათა შეძლონ დაავადების დამოუკიდებლად მართვა;
- არ არსებობს ფორმალური ორგანიზაციული სტრატეგია ქრონიკული დაავადებების სამართავად.

გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის მზარდი ფრაგმენტაცია და ფოკუსირება მოკლევადიან ამოცანებზე და ერთი მიმდინარე პრობლემის მოგვარებაზე, რასაც ჯანდაცვის სისტემის კომერციალიზაციაც უწყობს ხელს.

დასასრულ, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ქრონიკული დაავადებების მართვა მოითხოვს მნიშვნელოვან ხარჯებს, რომელიც ხშირად აღემატება ინდივიდის, ჯანდაცვის სისტემის და ქვეყნის შესაძლებლობებს.

## **შემთხვევის აღწერა**

ქვემოთ აღწერილია ოჯახის ექიმის პრაქტიკიდან აღებული შემთხვევა, რომლის მსგავსიც საკმაოდ ხშირია პირველად ჯანდაცვაში.

ოჯახის ექიმი, მისი შესაძლებლობის ფარგლებში, ცდილობს მეტი დრო დაუთმოს პაციენტს და მისცეს სათანადო განმარტებები, შეუქმნას მოტივაცია მას, რომ შეცვალოს ცხოვრების წესი და მისდიოს დანიშნულ მკურნალობას; თუმცა, როგორც აღმოჩნდება, ექიმის მიერ დასახული, პაციენტის ჯანმრთელობისათვის მნიშვნელოვანი შედეგების მიღება საკმაოდ ძნელდება და ფერხდება.

53 წლის მამაკაცი, ჯანმრთელობის მრავლობითი პრობლემით, პირველად არის ვიზიტზე ოჯახის ექიმთან. მანამდე პაციენტზე სხვა ოჯახის ექიმი ზრუნავდა.

პაციენტს აქვს ინდივიდუალური დაზღვევა. ცხოვრობს მეუღლესთან ერთად. შვილები არ ჰყავთ. არის მძღოლი. აქვს მიკროავტობუსი და მუშაობს არარეგულარული შეკვეთების შესასრულებლად.

მოცემულ ვიზიტამდე პაციენტს დადგენილი ჰქონდა მოციმციმე არითმია, არტერიული ჰიპერტენზია, პოდაგრა და პოდაგრის შემდგომი ართროზო-ართრიტი.

პაციენტმა ექიმს მიმართა არტერიული წნევის მატების და ღამით ჰაერის უკმარისობის გამო. არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებამდე არ ჩამოდის.

ზემოხსენებულის გარდა, პაციენტი უჩივის სახსრების ტკივილს, რაც პოდაგრასთან არის დაკავშირებული და რეგულარულად იღებს ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებს.

ძირითადი დაავადებების გამო - მოციმციმე არითმია, გულის ქრონიკული უკმარისობა, არტერიული ჰიპერტენზია - პაციენტი იღებს 4 დასახელების მედიკამენტს. რამდენიმე თვის წინ პაციენტს კარდიოლოგმა ურჩია ანტიკოაგულანტის (ვარფარინის) მიღება თრომბოემბოლიური გართულებების პრევენციისათვის, მაგრამ მას დღემდე არ დაუწყია ამ წამლის მიღება.

ექიმმა პაციენტს აუხსნა, რატომ იყო საჭირო ანტიკოაგულანტის მიღება, დანიშნულებას დაუმატა კიდევ ერთი ანტიჰიპერტენზიული წამალი და დაუნიშნა საჭირო გამოკვლევები.

მომდევნო ვიზიტზე გაირკვა, რომ პაციენტმა დაიწყო პოდაგრის მკურნალობა და ექიმმა კიდევ ერთხელ შესთავაზა ვარფარინის მიღების დაწყება.

თვენახევრის შემდეგ ექიმის ჩანაწერებში ჩნდება ასეთი შინაარსის წინადადება:

„სავარაუდოდ, პაციენტი რეგულარულად არ იღებს ანტიჰიპერტენზიულ წამლებს. ჯერჯერობით, მკურნალობა დარჩა იგივე და პაციენტს ურჩია წამლების რეგულარული მიღება და წნევის ცხრილის წარმოება. მომავალ ვიზიტზე შეფასდება ჰიპერტენზიის მკურნალობის შეცვლის საჭიროების საკითხი.“

იმავ დღეს პაციენტს დაენიშნა ვარფარინი, მისივე თანხმობით.

შემდგომი ვიზიტის დროს აღმოჩნდა, რომ პაციენტი არ იღებს არცერთ ახლადდანიშნულ წამალს. პაციენტი ასევე საჭიროებდა დისლიპიდემიის კორექციას და, არსებული სტანდარტის მიხედვით, დაენიშნა სტატინი.

3 თვის შემდეგ პაციენტს კვლავ არ აქვს მოწესრიგებული არტერიული წნევა, კვლავ არ იღებს პოდაგრის საწინააღმდეგო საშუალებებს და არც ანტიკოაგულანტის და სტატინის მიღება დაუწყია. ამასთან, ექიმის ჩანაწერები ასახავს პაციენტისთვის მიწოდებულ რეკომენდაციებს და ახსნა-განმარტებებს.

4 თვის შემდეგ პაციენტი იღებს ვარფარინს, მაგრამ ლაბორატორიული კვლევა აჩვენებს, რომ წამლის მიღება არ არის რეგულარული ან ღოზა არის განსხვავებული.

მომდევნო 3 თვის განმავლობაში მოწესრიგდა არტერიული წნევა, გულის უკმარისობის ნიშნები მეტ-ნაკლებად გაუმჯობესდა, მაგრამ INR-ის მოწესრიგება ვერ მოხერხდა, რადგან პაციენტი, სავარაუდოდ, წამალს დანიშნულების მიხედვით კვლავ არ იღებს.



8 თვის შემდეგ INR კვლავ მოუწესრიგებელია. გულის შეტევის გამო პაციენტი თავსდება საავადმყოფოში, სადაც ურჩიეს ანგიოპლასტიკის ჩატარება (მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი), რაზეც უარი განაცხადა.

9 თვის შემდეგ პაციენტის დანიშნულება 7 მედიკამენტს მოიცავს, ვარფარინის ჩათვლით.

10 თვის შემდეგ პაციენტმა შეიცვალა კარდიოლოგი, რადგან არ უნდა ანგიოპლასტიკის ჩატარება. კვლავ არარეგულარულად იღებს წამლებს.

11 თვის თავზე მდგომარეობა უცვლელია.

1 წლის შემდეგ პაციენტი ხვდება საავადმყოფოში გასტროდუოდენური სისხლდენის გამო (სავარაუდო მიზეზი - არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების თვითნებური მიღება). ამ ეტაპზე პაციენტი ანტიკოაგულანტს (ვარფარინს) არ იღებდა.

13 თვის შემდეგ პაციენტი კვლავ ჰოსპიტალში ხვდება, ამჯერად პნევმონიის გამო. დანიშნულებას არ იღებს.

14 თვის შემდეგ განახლდა საუბარი ვარფარინის მიღებაზე.

წლინახევრის შემდეგ მდგომარეობა გაუარესდა მოციმციმე არითმიის და გულის ქრონიკული უკმარისობის გამო. ვარფარინის დოზა არაადეკვატურია. პაციენტი კვლავ საავადმყოფოში ხვდება.

საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, ოჯახის ექიმთან ერთად განვლილი გამოცდილების, კერძოდ, გართულებების და ჰოსპიტალიზაციის მიზეზების განმეორებითი განხილვის შედეგად, პაციენტი თანდათან იწყებს ექიმის რჩევების შესრულებას.

22 თვის შემდეგ!!! INR-ის სამიზნე მაჩვენებელი მიღწეულია, პაციენტი ძირითადად იღებს დანიშნულებას და მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

ზემოთ აღწერილი შემთხვევიდან ჩანს, რომ დაახლოებით 2 წლის განმავლობაში ოჯახის ექიმი ვერ ახერხებს პაციენტის ქრონიკული დაავადებების ადეკვატურად მართვას, პაციენტი არ ასრულებს დანიშნულებას და არ ცვლის ცხოვრების წესს, არ ან ვერ მისდევს ექიმის რჩევებს.

ამ ხნის განმავლობაში პაციენტი 3-ჯერ იყო ჰოსპიტალიზებული სხვადასხვა მიზეზის გამო. ექიმის გუნდი მხოლოდ ექიმით და მისი ასისტენტით არის წარმოდგენილი. ხორციელდება პაციენტის გადამისამართება სხვა სპეციალისტებთან, რომლებიც სტანდარტულ, თანამედროვე სტანდარტებით გათვალისწინებულ რეკომენდაციებს იძლევიან.

სასურველი შედეგების მიღწევა მოხერხდა პაციენტის და ექიმის მიერ ერთმანეთის კარგად გაცნობის შემდეგ და პაციენტის მიერ საავადმყოფოში მკურნალობის გამოცდილების შეძენის საფუძველზე.

⇒ შესაძლებელი იყო მოვლენების ალტერნატიული განვითარება?

აქ განხილული შემთხვევა ქრონიკული დაავადებების წარუმატებელი მართვის ტიპური მაგალითია. თუმცა, ერთი განმასხვავებელი ნიშანი მაინც არის, ექიმის მონდომების და ექიმსა და პაციენტს შორის მეტ-ნაკლებად მყარი თანამშრომლობის ჩამოყალიბების შემდეგ, პაციენტის ქრონიკული პრობლემების მართვა უმჯობესდება. მაგრამ, ასეთ გაუმჯობესებას დასჭირდა თითქმის 2 წელი, ექიმსა და პაციენტს შორის მრავალი საუბარი, სპეციალისტთა კონსულტაციები, ალტერნატიული მკურნალობის მოსინჯვა პაციენტის მიერ, სამჯერ საავადმყოფოში მკურნალობა მდგომარეობის დამძიმების გამო და უამრავი დროის და რესურსების, მათ შორის, ფინანსური რესურსების დახარჯვა.

ბევრ პაციენტს „ამდენი დრო“ შეიძლება არ ჰქონდეს და დაავადების გართულებამ შეიძლება მძიმე ინვალიდობა ან გარდაცვალება გამოიწვიოს.

მოვლენების ალტერნატიული განვითარების მაღალი ალბათობა არსებობს, თუ აღწერილ შემთხვევაში ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი იქნებოდა გამოყენებული.

ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელის ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში მოვლენების განვითარების ჰიპოთეზური ვარიანტი მოგვიანებით იქნება განხილული.

### ინტეგრირებული ზრუნვა: ტერმინების შესახებ

ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებზე ზრუნვის სისტემური და ორგანიზაციული საკითხების განხილვისას, განსაკუთრებით, სხვადასხვა მოდელის შედარებისას, მრავალი ტერმინი გამოიყენება, რომელთა ნაწილი ერთმანეთისაგან მნიშვნელოვნად განსხვავდება, ნაწილი კი სინონიმებად უნდა ჩაითვალოს, მაგ., ინტეგრირებული ზრუნვა, კოორდინირებული ზრუნვა, პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვა (patient-centered care), მართვადი ზრუნვა, დაავადების მართვა, შემთხვევის მართვა (case management), უწყვეტი ზრუნვა, ქრონიკული ზრუნვა და სხვ. (12) (13).

ქრონიკული დაავადებების მართვის კონტექსტში ამ ტერმინებიდან კონცეფციურად ყველაზე მეტად ორი სხვადასხვა მოდელზე მიმანიშნებელი ტერმინი უნდა გამოიყოს - **ინტეგრირებული ზრუნვა** (integrated care) და **დაავადების მართვა** (disease management).

დაავადების მართვა, როგორც ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი, ტრადიციულად, ორიენტირებულია პაციენტთა ჯგუფებზე, რომელთაც რომელიმე კონკრეტული დაავადება (მაგ., დიაბეტი) აქვთ. ინტეგრირებული ზრუნვის სამიზნე მოსახლეობის უფრო ფართო ჯგუფებია, კერძოდ, აღამიანები, რომელთაც მრავლობითი ქრონიკული დაავადებები აღენიშნებათ, რაც ძირითადად ხანდაზმულ ასაკთან არის ასოცირებული.

დაავადებათა მართვის კონცეფცია და მოდელი პირველად ამერიკის შეერთებულ შტატებში აღწერეს და გამოიყენეს 1980-იან წლებში, რაც გულისხმობდა ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის განკუთვნილი საგანმანათლებლო პროგრამების შემოღებას. ასეთი პროგრამები პაციენტების მიერ ქცევის და ცხოვრების წესის

შეცვლისა და სამკურნალო რეკომენდაციების კარგად შესრულებისათვის იყო მოწოდებული.

მოგვიანებით, როცა დაგროვდა გარკვეული ფაქტობრივი მასალა, რომლის მიხედვითაც დაავადებათა მართვის მოდელს შეუძლია პაციენტებზე ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესება და გაწეული ხარჯების შემცირება, დაიწყო ამ მოდელის ფართო დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით, როგორც კერძო, ისე საჯარო სექტორში, ჯერ ამერიკის შეერთებულ შტატებში (14), შემდეგ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში (15) (16).

დაავადებათა მართვის მოდელის ტრადიციული განმარტება ასეთია: „ცალკეული პროგრამები, რომლებიც მიმართულია ხარჯების შემცირებასა და გარკვეული დაავადების მქონე პაციენტების სამედიცინო გამოსავლების გაუმჯობესებაზე“ (17). მეორე მხრივ, მოგვიანებით, დაიწყო უფრო ფართო განმარტების გამოყენება, რომელიც დაავადებათა მართვის მოდელს ინტეგრირებულ ზრუნვასთან აახლოებს. ასეთი გაფართოებული განმარტების მიხედვით, დაავადებათა მართვა გულისხმობს „ჯანდაცვისა და კომუნიკაციის კოორდინირებული ჩარევების სისტემას, რომელიც განკუთვნილია ისეთი მდგომარეობის მქონე პოპულაციებისათვის, სადაც თვითდახმარება და პაციენტის როლი მნიშვნელოვანია“ (18). მიუხედავად იმისა, რომ ამ უკანასკნელმა განმარტებამ ფართო გამოცხილი ჰპოვა, დაავადებათა მართვის მოდელი ძირითადად მაინც ერთ დაავადებაზეა ორიენტირებული და, ამდენად, ვერ მიესადაგება ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემის მქონე ადამიანების მრავალფეროვან საჭიროებებს (19) (20) (16).

ამრიგად, დაავადებათა მართვის მოდელი და მის საფუძველზე შემუშავებული პროგრამები, როგორც წესი, ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში მოქმედებს და ძირითადად ერთ დაავადებაზეა ფოკუსირებული.

დაავადებათა მართვის კონცეფციისაგან განსხვავებით, რომელიც ტრადიციულად ჯანდაცვის კონტექსტში განიხილება, ინტეგრირებული ზრუნვა მოიცავს ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის სფეროებს და ერთმანეთთან აკავშირებს მკურნალობასა და ზრუნვაზე ორიენტირებულ სისტემებს (13) (21).

ამასთან, არ უნდა იქნეს გაგებული ისე, თითქოს ინტეგრაცია მხოლოდ ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის სფეროების ერთმანეთთან დაკავშირებას ეხება. ინტეგრირებული ზრუნვის კონცეფცია ინტეგრაციის მრავალფეროვან ვარიანტებს გულისხმობს. ზოგჯერ, ინტეგრირებული ზრუნვა მოიაზრება როგორც ჯანდაცვის სისტემის შიგნით კავშირების, თანამშრომლობის და ინტეგრაციის გაუმჯობესება, მაგალითად, თანამშრომლობა პირველად ჯანდაცვასა და ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეებს შორის. ხშირად, ინტეგრაციაში გულისხმობენ პაციენტის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვისათვის მნიშვნელოვან სრულიად განსხვავებული სექტორების კოორდინაციას - მაგალითად, ფინანსირების და მომსახურებების მიმწოდებლების თანამშრომლობას (22).

## ინტეგრირებული ზრუნვა: არსებული გამოცდილებების მიმოხილვა

ინტეგრირებული ზრუნვის მნიშვნელოვანი ამოცანაა პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის მომსახურებებს შორის ფრაგმენტაციის თავიდან აცილება და უზრუნველყოფა იმისა, რომ პაციენტებს მიეწოდებათ „შესაბამისი მომსახურება, შესაბამის დროს, შესაბამის ადგილას და შესაბამისი გუნდის მიერ“.

საერთაშორისო ლიტერატურაში ასახული მტკიცებულებების მიხედვით, ქრონიკული დაავადებების პრევენციის და მართვის პროცესს უნდა წარმართავდეს პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ოჯახის ექიმი, რომელსაც მხარს უჭერენ პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის დონეზე მომუშავე სპეციალისტები. ქრონიკული დაავადებების ინტეგრირებული მართვა, რომელსაც პირველადი ჯანდაცვა უძღვება, ცვლის ჰოსპიტალზე ორიენტირებულ მომსახურებებს, რაც მრავალი ქვეყნის ჯანდაცვის დომინანტური მოდელია.

2016 წელს ჩატარებული სისტემური მიმოხილვის მიზანი იყო სისტემური ანალიზის საფუძველზე წარმოდგენილი მტკიცებულებებით ეჩვენებინა:

1. რა მოდელია ყველაზე ეფექტური ქრონიკული დაავადებების ინტეგრირებული მართვისას პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის დონეზე;
2. ინტეგრირებული ზრუნვის საუკეთესო მოდელების ეფექტურობა;
3. როგორ უნდა განხორციელდეს ეფექტურად ინტეგრირებული ზრუნვის პროგრამები ეროვნული ჯანდაცვის სისტემების დონეზე.

კვლევის შედეგები შემდეგია:

ა) ყველაზე ეფექტურია ქრონიკული დაავადებების ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი, რომელსაც პირველადი ჯანდაცვის ოჯახის ექიმი წარმართავს;

ბ) ინტეგრირებული ზრუნვის მთავარი კომპონენტები უნდა იყოს:

- ექთანი, რომელიც უძღვება პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების მომსახურებებს, რომელიც დაკავშირებულია მეორეული ჯანდაცვის მომსახურებებთან; ეს მომსახურებები მოიცავს: პაციენტის ვიზიტების დროს მიწოდებულ მომსახურებას, თვითდახმარების მხარდაჭერას, რისკების შეფასებას, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მხარდაჭერას სპეციალისტების მიერ, სხვადასხვა მომსახურებების კოორდინაციას ზრუნვის პროცესში;
- საერთო ან ცენტრალიზებული საინფორმაციო სისტემები პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის მომსახურებებისთვის; მაგ., სამედიცინო ჩანაწერები, დაავადებათა რეესტრები, ზედამხედველობის (ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე, კონსულტაციის შედეგებზე) და გამოძახების (პაციენტის გამოძახების) სისტემები;
- კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების საერთო, გაზიარების ინსტრუმენტები, მაგალითად, კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოები.

აღნიშნული კომპონენტები ეფექტური აღმოჩნდა კლინიკური შედეგებისა და მომსახურების პროცესების გასაუმჯობესებლად.

ქრონიკული დაავადებების ინტეგრირებული ზრუნვის პროგრამის ეროვნულ დონეზე დანერგვას სჭირდება ეტაპობრივი და ქვემოდან-ზემოთ მიდგომა, რომელიც გულისხმობს პილოტური ადგილების შერჩევას და პილოტური პროექტების განხორციელებას, რასაც უფრო ფართო მასშტაბის განხორციელება და შეფასება მოჰყვება (23).

პირველადი ჯანდაცვის მიერ წარმართული ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი დღეს ევროპისა და სხვა რეგიონების ქვეყანათა მთავრობების სტრატეგიული პრიორიტეტია, რაც ქრონიკული დაავადებების მზარდი ტვირთით გამოწვეული სირთულეების დასაძლევად არის მიმართული.

აღნიშნული ქვეყნების მიერ გამოყენებული მიდგომები ერთდროულად რამდენიმე ამოცანის გადაჭრას ისახავს მიზნად, რომელთაგან მნიშვნელოვანია შემდეგი (12):

- ჯანმრთელობის რთული პრობლემების მქონე პაციენტებისათვის გაწეული ზრუნვისა და ამ ზრუნვის შედეგების გაუმჯობესება;
- პირველადი ჯანდაცვისა და სათემო მომსახურებების გაძლიერება და მეორეულ ჯანდაცვასთან მათი კოორდინაციის ოპტიმიზაცია;
- რესურსების ეფექტური გამოყენება და ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების დაზოგვა;
- ქრონიკული დაავადებებისა და ჯანმრთელობის გახანგრძლივებული პრობლემების მქონე პაციენტების მხარდაჭერა და გაძლიერება, რათა მათ შეძლონ მკურნალობისა და ზრუნვის მოდელების შერჩევა.

როგორც ერთ-ერთმა ბოლო წლებში ჩატარებულმა სისტემურმა მიმოხილვამ აჩვენა, ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელებს შეუძლია გაზარდოს პაციენტების კმაყოფილება, გაუმჯობესოს გაწეული მომსახურების ხარისხი და გაზარდოს მომსახურებების ხელმისაწვდომობა (24).

შემთხვევის მართვის (case management), როგორც ინტეგრირებული ზრუნვის იარაღის, შედეგების ანალიზმა ქრონიკული დაავადებების მქონე ხანდაზმულ და დასუსტებულ ადამიანებში აჩვენა მომსახურებების მოხმარების შემცირება (25). იმავე კვლევამ სტაციონარიდან გაწერილ, გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში დაადასტურა საავადმყოფოში განმეორებით მოთავსების სიხშირის დაქვეითება და სიკვდილიანობის შემცირება მომდევნო 12 თვის განმავლობაში (26).

ინტეგრირებული ზრუნვის კიდევ ერთი ფორმის ანალიზმა, რომელიც მოიცავდა თანამშრომლობას პირველად ჯანდაცვას ან სათემო მომსახურებებსა და საავადმყოფოებს შორის და მათ კოორდინირებულ საქმიანობას, გამოავლინა პაციენტების გაზრდილი კმაყოფილება (27) (28) და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება (29) (30). ამასთან, სიკვდილიანობის შემცირება არ დაფიქსირებულა (27) (31) (28).

ქრონიკული დაავადებების მართვისას ინტეგრირებული ზრუნვის სტრატეგიების კომბინირებული გამოყენების ანალიზმა (ამ სფეროში ჩატარებული კვლევების სისტემურმა მიმოხილვებმა), რომელიც მოიცავს შემთხვევის მართვას, ზრუნვის კოორდინაციას და თანამშრომლობას, აჩვენა კლინიკური და ფუნქციური შედეგების გაუმჯობესება, ზოგ შემთხვევაში კი სიკვდილიანობის შემცირება (32).

დასასრულ, იმისათვის, რომ ნათელი წარმოდგენა შეიქმნას ინტეგრირებული ზრუნვის ეფექტურობაზე, აუცილებელია შეფასებული იქნეს ინტეგრირებული ზრუნვის ცალკეული მოდელების თუ სტრატეგიების და მათი კომბინაციების ზეგავლენა გარკვეულ შედეგებზე. ასეთი მიდგომა იმიტომ არის აუცილებელი, რომ არ არსებობს ინტეგრირებული ზრუნვის უნივერსალური განმარტება და სხვადასხვა ქვეყნები თუ ორგანიზაციები ინტეგრირებული ზრუნვის „ქოლგის“ ქვეშ განსხვავებულ მიდგომებს მიმართავენ, ხოლო მკვლევრები მათი ეფექტურობის შესაფასებლად ასევე განსხვავებულ კრიტერიუმებს იყენებენ.

ინტეგრირებული ზრუნვის ეფექტურობის შეფასებისას, ასეთი სპეციფიკური მიდგომის გამოყენებით - ინტეგრირებული ზრუნვის კონკრეტული მოდელების და მათი კომბინაციების ზეგავლენის შესწავლა კონკრეტულ შედეგებზე - უფრო მკაფიოდ იკვეთება ინტეგრირებული ზრუნვის მნიშვნელობა. მაგალითად, აღმოჩნდა, რომ, როცა გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას გამოიყენება ისეთი ჩარევები, რომელიც მრავალდარგობრივი გუნდის მონაწილეობას გულისხმობს, შედეგები გაცილებით უკეთესია (33) (34).

ზოგადად, მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული შედეგები გაცილებით უმჯობესდება ისეთი მოდელების გამოყენებისას, რომლებიც მრავლობით სტრატეგიებს მოიცავს, ვიდრე მხოლოდ ერთი სტრატეგიის შემცველი მოდელის განხორციელებისას.

განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა მიდგომები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მომსახურების მიმწოდებლებს შორის, აგრეთვე პაციენტსა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ურთიერთობის ფორმალიზებას, მაგალითად, შემთხვევის მართვის სტრატეგიის ან მრავალდარგობრივი გუნდის გამოყენებით (35).

არის მტკიცებულებები, რომელთა მიხედვით გარკვეული მიდგომები მისადაგებული უნდა იქნეს იმ ჯგუფებისადმი, რომლებიც მოსალოდნელია, რომ უფრო მეტ სარგებელს მიიღებენ ასეთი ჩარევების შედეგად. მაგალითად, აღმოჩნდა, რომ დაავადების მართვის სტრატეგია უფრო ეფექტურია იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც სისხლში გლუკოზის დონე მოუწესრიგებელი აქვთ.

მულტიმორბიდული პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას უფრო კარგ შედეგს იძლევა ორგანიზებული მიდგომები, რომელიც ფოკუსირებულია სპეციფიკური რისკ-ფაქტორების მართვაზე, პაციენტის ფუნქციური შესაძლებლობების გაუმჯობესებაზე ან ფარმაცოთერაპიაზე (36).

ასევე ეფექტურია ახალი ჩარევების ინტეგრირება ჯანდაცვის მომსახურებების მიწოდების უკვე არსებულ სტრუქტურებსა და პროცესებში (36).

დასასრულ, გასათვალისწინებელია, რომ კვლევების დიდი ნაწილი აშშ-შია ჩატარებული და სიფრთხილეა საჭირო იქ გამოყენებული ეფექტური მოდელების სხვა ქვეყნებში დანერგვისას, სადაც განსხვავებული ჯანდაცვის სისტემები და ზოგადად განსხვავებული გარემოა (37).

### ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელების მიმოხილვა ევროპის 3 ქვეყანაში

უკანასკნელი ორი ათწლეულის განმავლობაში ევროპის ქვეყნებში შეიმჩნევა მრავლობითი ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის უკეთესი მომსახურებების შეთავაზების მცდელობა, რაც, უპირატესად, სხვადასხვა სექტორებსა და ჯანდაცვის დონეებს შორის თანამშრომლობას და ინტეგრაციას ეფუძნება.

საინტერესოა ინტეგრირებული ზრუნვის სამი პილოტური პროექტის მიმოხილვა, რომელიც 2016 წელს ჩატარდა და მოიცავდა შემდეგ ქვეყნებს: დანია, გერმანია და ჰოლანდია. მიმოხილვაში გაანალიზებულია ამ ქვეყნებში განხორციელებული მოდელების შემუშავების, დანერგვის და განვითარების პროცესი და მათი გავლენა არსებულ სისტემაზე. უფრო კონკრეტულად შესწავლილი იყო აღნიშნული მოდელების დიზაინი, ფინანსური მხარეები, ორგანიზაციული სტრუქტურები და პროცესები, განხორციელება, გამოსავლები და შედეგები (38).

ამ ქვეყნების კონტექსტი იმით ჰგავს ერთმანეთს, რომ სამივე ქვეყანა თავის მოქალაქეებს სთავაზობს ჯანდაცვის უნივერსალურ და, შეძლებისდაგვარად, თანაბარ ხელმისაწვდომობას. სამივე ქვეყანაში ჯანმრთელობაზე დახარჯული ბიუჯეტის წილი ანალოგიურია და ეროვნული შემოსავლის 10-11%-ს შეადგენს. ჯანდაცვის სისტემა დანიაში ფინანსდება გადასახადებიდან, ხოლო გერმანიასა და ჰოლანდიაში ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის გზით. ამასთან, ამ ქვეყნებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებაა მართვის სტრუქტურებისა და მომსახურებების ორგანიზების მხრივ. დანიასა და გერმანიაში ადმინისტრირება და პოლიტიკური პასუხისმგებლობა სრულად ან ნაწილობრივ ადგილობრივ და რეგიონულ ხელისუფლებას ეკისრება. გერმანიასა და ჰოლანდიაში ჯანდაცვის სისტემის მართვაში ასევე ჩართულია კერძო ორგანიზაციები (სადაზღვევო კომპანიები, მომსახურების მიმწოდებლები).

სამივე სისტემაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (ოჯახის ექიმი) პაციენტის ჯანდაცვის სისტემასთან შეხების პირველი წერტილია, როცა ჯანმრთელობის პრობლემა გადაუდებელი არ არის. დანიასა და ჰოლანდიაში პაციენტები რეგისტრირებულნი არიან ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან და ეს უკანასკნელი აკონტროლებს სპეციალისტებთან მიმართვებს არაურგენტულ შემთხვევებში (39) (40).

გერმანიაში პაციენტს უფლება აქვს, ვიზიტზე ნებისმიერ ოჯახის ექიმთან მივიდეს და პირდაპირი წვდომა აქვს სპეციალისტებთან საავადმყოფოს გარეთ. ამასთან, გერმანიაში შესაძლებელია ოჯახის ექიმთან რეგისტრაციაც, თუმცა ამ მეთოდს მოსახლეობის მხოლოდ 20% მიმართავს (41) (42).

სამივე ქვეყანაში ინტეგრირებული ზრუნვის პილოტური მოდელების განხორციელებას წინ უძღოდა იმის გააზრება და აღიარება, რომ ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებისათვის შეთავაზებული მომსახურებები იყო ფრაგმენტირებული, ხოლო მათი ხარისხი - სასურველ სტანდარტზე დაბალი.

დანიური პროექტი 2 წლის განმავლობაში (2005-2007) მიმდინარეობდა კოპენჰაგენში, რომელიც თავის არსით კვლევას წარმოადგენდა და ჯანდაცვის სამინისტრომ

დააფინანსა. პროექტის ფარგლებში განხორციელდა რეაბილიტაციის პროგრამები სხვადასხვა ქრონიკული დაავადებების (დიაბეტი ტიპი 2, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, გულის დაავადებები, წონასწორობის პრობლემები) მქონე პირებისთვის, რაც მოითხოვდა მჭიდრო თანამშრომლობას ჯანდაცვის ადგილობრივ ცენტრს, საავადმყოფოსა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმს შორის. სამიზნე კონტინგენტი წარმოდგენილი იყო კოპენჰაგენის ერთ-ერთი რაიონის 700 პაციენტით. პროექტის დასრულების შემდეგ, მიღებული შედეგების ანალიზი გამოყენებული იქნა ქვეყნის მასშტაბით ინტეგრირებული ზრუნვის ანალოგიური მოდელების დასაწერად.

გერმანიაში პილოტური პროექტი ამოქმედდა 2005 წელს, ქვეყნის სამხრეთ-დასავლეთში, რომელსაც ახორციელებდა ჯანდაცვის მართვის კერძო კომპანია. პროექტის მიზანი იყო რეგიონულ დონეზე განვითარებინა ჯანდაცვის მომსახურებების მიწოდების სისტემა, რომელიც იქნებოდა ხარჯეფექტური, გაუმჯობესებდა მომსახურების ხარისხს და შედეგებს, ასევე, პაციენტების კმაყოფილებას. პროექტი დაფინანსდა რეგიონული ფონდის მიერ, მოიცავდა მთელს რეგიონს და 2014 წლისთვის მასში ჩართული იყო მოსახლეობის მესამედი. პროგრამაში ჩაერთო 160 პარტნიორი, ძირითადად, კერძო პრაქტიკის ექიმები, ასევე, საავადმყოფოები, მოვლის დაწესებულებები, შინმოვლის მომსახურებები და სხვ. პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს შეეძლოთ მომსახურების მიმწოდებლის არჩევა და პროგრამის დატოვება ყოველი კვარტლის ბოლოს. სისტემის ძირითადი მახასიათებელია პარტნიორებს შორის ხელშეკრულებაზე დაფუძნებული თანამშრომლობა და ერთობლივი ზრუნვა ხარჯეფექტურობაზე.

ჰოლანდიაში პროექტი განხორციელდა მაასტრიხტის რეგიონში, რომელიც, თავის მხრივ, დაფუძნებული იყო მაასტრიხტის უნივერსიტეტის მიერ ამავე რეგიონში 1996 წელს დაწყებულ პილოტურ პროექტზე. ეს უკანასკნელი გულისხმობდა სპეციალურად მომზადებული ექთნების მომსახურების გამოყენებას დიაბეტის მქონე პაციენტების სპეციალისტებთან გაგზავნის შესამცირებლად ამბულატორიულ დონეზე. პროექტი წარმატებული აღმოჩნდა და 2000 წელს გადაიზარდა ახალ პროგრამაში (Matador programme), რომელშიც 2006 წლისთვის მაასტრიხტის რეგიონის ზოგადი პრაქტიკის ექიმების 70% იყო ჩართული. 2008 წელს პროგრამა გარდაიქმნა ახალ პილოტურ პროექტად, რომელიც უფრო მეტ ქრონიკულ დაავადებას მოიცავს. ამ პროექტის ფარგლებში ჯანდაცვის მზღვეველი კომპანია წარმოადგენდა მთავარ კონტრაქტორს მაასტრიხტის რეგიონში, რომელიც აფორმებდა ე. წ. „შეფუთულ ანაზღაურებაზე“ (bundled payments) დაფუძნებულ ხელშეკრულებას ტიპი 2 დიაბეტის მართვისათვის. 2008 წლიდან ანალოგიური პროგრამები ამოქმედდა ასთმის, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (ფქოდ), გულს-სისხლძარღვთა დაავადებების, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებისა და დაავადებებისაკენ მიდრეკილი მოხუცებისთვის (43).

ეს „შეფუთული ანაზღაურება“, რომელსაც „პაკეტური ანაზღაურება“ შეიძლება ვუწოდოთ, წარმოადგენს ანაზღაურების ალტერნატიული მოდელების ერთ-ერთ ფორმას, რომლის მიზანია მომსახურების გამწვანება მოტივირება, რათა პაციენტზე ზრუნვის პროცესში კოორდინაციის გაუმჯობესებით და ხარჯეფექტური მიდგომებით



მიაღწიონ მომსახურების ხარისხისა და შედეგების გაუმჯობესებას უფრო დაბალი ხარჯების ფონზე. ასეთი პაკეტური ანაზღაურების შემოღებისას წინასწარ განისაზღვრება „ზრუნვის ეპიზოდის“ ფასი. პაციენტისათვის შეთავაზებულ ზრუნვაში ჩართული მხარეები იზიარებენ როგორც ზედმეტ ხარჯებს, ასევე მოგებას, რომელიც დაფიქსირდება პაკეტური ფასის რეალურად გაწეულ ხარჯებთან შედარებისას.

პაკეტური (შეფუთული) გადახდის სისტემის შემოღებისას, რომელსაც აგრეთვე ეპიზოდების მიხედვით გადახდასაც უწოდებენ, აუცილებელია, რომ მომსახურების მიმწოდებლები შეთანხმდნენ რისკის გაზიარებაზე, რადგან მათ შეიძლება მოუწიოთ სამიზნე ფასის ზემოთ გაწეული ხარჯების დაფარვა. ეს ხარჯები შეიძლება დაკავშირებული იყოს დაავადების გართულებებთან და განმეორებით ჰოსპიტალიზაციასთან. მეორე მხრივ, ისინი ასევე თანხმდებიან დარჩენილი ბიუჯეტის განაწილებაზე, რომელიც ხარისხის სტანდარტების ზედმიწევნით გამოყენების ფონზე შეიძლება დაიზოგოს (44).

ევროპის ზემოხსენებულ სამ ქვეყანაში განხორციელებული პილოტური პროექტების დიზაინის და მათ ფარგლებში გამოყენებული მომსახურებების მახასიათებლები შეჯამებულია მომდევნო ცხრილში (38).

<b>დანის პროექტი: SIKS pr42roject</b>			
<b>მომსახურების მიმწოდებელთა ჩართულობა და მხარდაჭერა</b>	<b>მომსახურების მიწოდების სისტემა</b>	<b>გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერა</b>	<b>საინფორმაციო სისტემები და მონიტორინგის და მონიტორინგის და მონიტორინგის და მონიტორინგის</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• განათლება და თვით-ზრუნვის საჭიროებებისა და ქმედებების აღნუსხვა;</li> <li>• ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმებისა და ამოცანების დასახვაში ჩართულობა;</li> <li>• ფიზიკური ვარჯიშის ხელმისაწვდომობა;</li> <li>• საგანმანათლებლო და განმრთვების ხელშეწყობის შესახებ მასალების მიწოდება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზრუნვაში ჩართული ჯანდაცვის პროფესიონალების როლების და ამოცანების მკაფიოდ განსაზღვრა;</li> <li>• პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, რომელიც პასუხისმგებელია სხვადასხვა მიმწოდებლების მიერ სხვადასხვა გარემოში პაციენტებისათვის გაწეული ზრუნვის კოორდინაციაზე;</li> <li>• რეაბილიტაციის მომსახურებების მიწოდებაში ჩართული მრავალდარგობრივი გუნდი;</li> <li>• რეგულარული ხანგრძლივი დაკვირვება პაციენტის ჯანმრთელობაზე;</li> <li>• პაციენტების პრიორიტეტული ჯგუფების გამოყოფა დაავადების სიმძიმის მიხედვით;</li> <li>• ორგანიზაციების რეგულარული შეხვედრები ცოდნისა და გამოცდილების გასაზიარებლად</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სამუშაო ჯგუფების მიერ მომზადებული (SIKS) მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სახელმძღვანელოები;</li> <li>• ზრუნვის სტანდარტები;</li> <li>• მომსახურების მიმწოდებლების რეგულარული განათლება და მზადება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზრუნვის გუნდის მიღწევების მონიტორინგი;</li> <li>• ინფორმაციის გაზიარება ელექტრონული ჩანაწერების საშუალებით, რომელიც ხელმისაწვდომია ზრუნვაში ჩართული ყველა მიმწოდებლისათვის;</li> <li>• კლინიკური და სხვა მონაცემების (მათ შორის, პაციენტების აზრის) რეგულარული შეგროვება;</li> <li>• მუნიციპალური IT-პლატფორმის გამოყენება;</li> <li>• მომსახურების მიმწოდებლების მიერ საკუთარი ბაზის წარმოების შესაძლებლობა</li> </ul>

<b>გერმანიის პროექტი: <i>Gesundes Kinzigtal</i></b>			
<b>მომსახურების მიმწოდებელთა ჩართულობა და მხარდაჭერა</b>	<b>მომსახურების მიწოდების სისტემა</b>	<b>გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერა</b>	<b>საინფორმაციო სისტემები და მონიტორირება</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• რეგულარული გასინჯვები და რისკის შეფასება;</li> <li>• ინდივიდუალური მკურნალობისა და ზრუნვის გეგმების შემუშავებასა და ამოცანების განსაზღვრაში ჩართულობა;</li> <li>• საგანმანათლებლო და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ მასალების ხელმისაწვდომობა;</li> <li>• წარმომადგენლობა პაციენტთა საკონსულტაციო საბჭოში (არჩევითი წევრობა) და პაციენტის ომბუდსმენი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მკაფიოდ განსაზღვრული როლები და ზრუნვის კოორდინატორებით;</li> <li>• პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, რომელიც პასუხისმგებელია სხვადასხვა მიმწოდებლების მიერ სხვადასხვა გარემოში პაციენტებისათვის გაწეული ზრუნვის კოორდინაციაზე.</li> <li>• პაციენტებზე რეგულარული ზედამხედველობა და შემთხვევების მართვა, რომელსაც წარმართავენ ექიმთა გუნდის წევრები, სოციალური მუშაკები და შემთხვევის მმართველები (case manager);</li> <li>• რისკების ანალიზი და შემთხვევების გამოვლენა;</li> <li>• მომსახურების მიმწოდებელთა ინტეგრირებული ქსელი და სისტემის მართვაზე/კოორდინირებულ მომსახურებაზე პასუხისმგებელი ორგანიზაცია</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სამკურნალო სახელმძღვანელოები 15-ზე მეტი დაავადებისთვის;</li> <li>• ინტეგრირებული ზრუნვის სახელმძღვანელოები 20 მდგომარეობისთვის, რომელთა პრევენცია შესაძლებელია;</li> <li>• მომსახურების მიმწოდებლების და ფინანსური ინსტიტუტის (ფონდის) ექსპერტების თანამშრომლობა სამუშაო ჯგუფებში სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტების მოსამზადებლად</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ხარისხის მართვის სისტემები და პაციენტის ულექტრონული ჩანაწერები;</li> <li>• ინფორმაციის გაზიარება ულექტრონული ჩანაწერების საშუალებით, რომელიც ხელმისაწვდომია ზრუნვაში ჩართული ყველა მიმწოდებლისათვის;</li> <li>• პაციენტის მონაცემების რეგულარული ანალიზი მაღალ ხარჯებთან დაკავშირებული რისკების წინასწარი მოდელირების გზით და ვრცელი ანგარიშების წარდგენა მმართველი გუნდისა და მომსახურების მიმწოდებლებისთვის;</li> <li>• პაციენტების აზრის რეგულარული შეგროვება</li> </ul>

**ჰოლანდიის პროექტი: Maastricht care group Zio**

მომსახურების მიწოდებელთა ჩართულობა და მხარდაჭერა	მომსახურების მიწოდების სისტემა	გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერა	საინფორმაციო სისტემები და მონიტორინგის
<ul style="list-style-type: none"> <li>• რეგულარული გასინჯვები, რომელიც მოიცავს თვითმოვლის საკითხებზე განათლებას და რომელსაც წარმართავენ პრაქტიკოსი ექთნები ან დიაბეტის მართვაში სპეციალიზებული ექთნები, პაციენტის საჭიროების შესაბამისად;</li> <li>• საგანმანათლებლო და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ მასალების ხელმისაწვდომობა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება, რომელიც პასუხისმგებელია სხვადასხვა მიმწოდებლების მიერ სხვადასხვა გარემოში პაციენტებისათვის გაწეული ზრუნვის კოორდინაციაზე.</li> <li>• პაციენტების განაწილება პრიორიტეტების მიხედვით 4 ძირითად მოდულში და 2 დამატებით მოდულში, რომელიც რთული შემთხვევებისთვის არის განკუთვნილი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დიაბეტზე ზრუნვის სახელმწიფო სტანდარტები და მრავალდარგობრივი ზრუნვის სტანდარტები;</li> <li>• ზრუნვის სხვა მიმწოდებლებთან გამისამართების მკაფიოდ განსაზღვრული კრიტერიუმები;</li> <li>• ინტერნისტები არიან დიაბეტის მართვაში სპეციალიზებული ექთნების კონსულტანტები რთული პრობლემების მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ცალკეულ დაავადებაზე მორგებული ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერები შეიცავენ ინფორმაციას პროგრამის ფარგლებში ჩატარებული რეგულარული გასინჯვების და გამისამართების შესახებ, რომელიც ინფორმაციის გაზიარების და ზრუნვის სტანდარტების ავტომატიზაციის საშუალებას იძლევა. შესაძლებელია მისი დაკავშირება ლაბორატორიულ მონაცემებთან და პაციენტის ფუნქციურ მონაცემებთან;</li> <li>• პაციენტების აზრის რეგულარული შეგროვება.</li> </ul>

აღნიშნულ ქვეყნებში მოსინჯული მოდულები განსხვავდებოდა სპეციფიკური მიზნებითა და ამოცანებით, მასშტაბებით, აგრეთვე, ინდივიდზე ორიენტირებული მომსახურების დეტალებით. ამასთან, აღსანიშნავია სამივე პილოტური პროექტის მსგავსება, რადგან ისინი ხანგრძლივი ზრუნვის მოდელზეა დაფუძნებული და ორიენტირებულია მომსახურების საავადმყოფოდან პირველად ჯანდაცვაში და თემში გადატანაზე.

მაასტრიხტის (ჰოლანდია) მოდელში თვალსაჩინოა ამოცანების და ფუნქციების გადანაწილება და ჩანაცვლება; მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ყოველთვის პასუხისმგებელია დიაბეტის მქონე სტაბილურ პაციენტებზე (მან ჩანაცვლა შინაგანი მედიცინის სპეციალისტი), ხოლო პრაქტიკოსი ექთნები და დიაბეტის ექთნები სხვა ამოცანებს ასრულებენ, რომელსაც ტრადიციულად ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ან ინტერნისტი აგვარებდა.

სამივე ქვეყანაში გამოყენებული მოდელის უმთავრესი მახასიათებელია პაციენტზე ორიენტაცია - ზრუნვის სისტემის ცენტრში ყოველთვის პაციენტი მოიაზრება.

სამივე შემთხვევაში გამოყენებულია სისტემური მიდგომა, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს პაციენტის თვითდახმარების მხარდაჭერა - ყველა პირობის შექმნა იმისათვის, რომ პაციენტმა შეძლოს მისთვის შერჩეული რჩევების შესრულება, ცხოვრების წესის შეცვლა, მკურნალობის რეჟიმის განხორციელება, საკუთარ ჯანმრთელობაზე დაკვირვება. ამასთან, იმავე სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ცალკეულ პაციენტზე მორგებული და მისი საჭიროებებისადმი მისადაგებული ინდივიდუალური ზრუნვის გეგმების შემუშავება და განხორციელება.

ყველა შემთხვევაში მეტ-ნაკლებად ხდება რისკის ანალიზი, პაციენტების განაწილება სხვადასხვა დონეზე და მათდამი ზრუნვის სხვადასხვა მოდელის მისადაგება.

სამივე ქვეყანაში გამოყენებული მოდელი მრავალდარგობრივი გუნდების მუშაობას ეფუძნება.

სამივე სისტემა მოითხოვს, რომ ზრუნვის პროცესში გადაწყვეტილებები მტკიცებულებებს ეფუძნებოდეს, რისთვისაც იყენებენ პროექტის ფარგლებში ან ეროვნულ დონეზე მომზადებულ სახელმძღვანელოებს და უშუალოდ გამოყენებული მოდელისადმი მისადაგებულ სტანდარტებს, რომელიც პაციენტზე ზრუნვის პროცესის დეტალებს ასახავს.

ასევე, აღსანიშნავია საერთო მიდგომა, რომელიც გულისხმობს ზრუნვაში ჩართული ყველა მხარისთვის პაციენტის შესახებ არსებული ელექტრონული ჩანაწერების ხელმისაწვდომობას.

დასასრულ, სამივე სისტემა მოითხოვს მონაცემების რეგულარულ შეგროვებას და ხარისხის შეფასებას, აგრეთვე გუნდებისა და ცალკეული პერსონალის მუშაობის შედეგების გაზომვას და ყოველივე ზემოხსენებულის გამოყენებას მართვასთან დაკავშირებული ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მისაღებად.

საყურადღებოა აქ განხილული სამი მოდელის განხორციელების შედეგების ანალიზი. თითოეული მოდელის განმეორებითმა შეფასებებმა აჩვენა, რომ:

- მნიშვნელოვნად უმჯობესდებოდა გლიკემიის, არტერიული წნევის და წონის კონტროლი დიაბეტის მქონე პაციენტებში;
- ფქოდ-ის მქონე პაციენტებს შორის მცირდებოდა ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის, საავადმყოფოში დაყოვნების და ამბულატორიული ვიზიტების რაოდენობის ზრდის ტემპი ორი წლის განმავლობაში;
- უმჯობესდებოდა პროცესზე ორიენტირებული ინდიკატორები - სახელმძღვანელო რეკომენდაციების შესრულება, ჯანდაცვის მომსახურებების გამოყენება;
- გაუმჯობესდა ისეთი მაჩვენებლები, როგორცაა მოტეხილობების სიხშირე ოსტეოპოროზის დროს (შემცირდა), ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პაციენტების წილი (შემცირდა);
- უმჯობესდებოდა პაციენტების კმაყოფილება;
- გამოხატული იყო მოდელის ხარჯეფექტურობა.

სამივე ქვეყანამ განხილული მოდელების საფუძველზე შეძენილი გამოცდილება განავრცო და სხვადასხვა მასშტაბით დანერგა ქვეყნის ფარგლებში.

პილოტური მოდელების გავრცობა და ფართო მასშტაბით დანერგვა სხვადასხვა მიდგომებით განხორციელდა.

ერთი მიდგომა გულისხმობდა მოდელის უფრო ფართო სამიზნე რეგიონში განხორციელებას, რისთვისაც პროექტის ფარგლებში მომსახურების გამწევი გუნდების რაოდენობის ზრდა იყოს საჭირო. ამასთან, გერმანიის გამოცდილების მიხედვით, არსებობს გარკვეული ზღვარი ქსელის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის, რომლის ზემოთ ქსელში მონაწილე გუნდების შემდგომი ზრდა არასასურველია.

ანალოგიური შეხედულება ჰქონდათ ჰოლანდიის პროექტის მესვეურებსაც, რომლებიც თვლიან, რომ პროექტში ჩართული გუნდის ზომა და მასში გაერთიანებული პარტნიორების რაოდენობა შეზღუდული უნდა იყოს. მეორე მხრივ, გარკვეულ ფარგლებში უნდა იყოს ასეთი გუნდების რაოდენობაც, რათა შესაძლებელი იყოს მათი კოორდინაცია და სისტემის ადეკვატური მართვა.

პილოტური მოდელის გამოცდილების გავრცელების ალტერნატიული მიდგომაა წარმატებული მოდელის კოპირება და იმავე ფორმით განხორციელება ქვეყნის სხვა რეგიონებში, როგორც ეს დანიაში მოხდა. ამასთან, აუცილებელია მოდელის ადაპტაციის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა და მისი მისადაგება ადგილობრივ თავისებურებებთან.

### **ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებზე ინტეგრირებული ზრუნვის ეკონომიკური ასპექტები**

საყურადღებოა სისტემური მიმოხილვების დასკვნები, რომელთა მიზანი იყო ინტეგრირებული ზრუნვის ეკონომიკური შედეგების ანალიზი. ასეთი ანალიზი, უმეტეს შემთხვევაში, ფოკუსირებული იყო ჰოსპიტალურ მომსახურებებთან დაკავშირებულ ხარჯებზე, როგორიცაა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობა, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ვიზიტების რაოდენობა და სხვ.

ამ მხრივ, ზოგიერთი კვლევა ადასტურებს ჰოსპიტალური მომსახურებების გამოყენების შემცირებას (29) (27) (31) (30) (28).

ინტეგრირებულ ზრუნვის სტრატეგიების ეკონომიკურ შედეგებსა და გაწეულ ხარჯებზე ზეგავლენის გაანალიზებისას ცალკე უნდა იქნეს შეფასებული ახალი მოდელის დანერგვის საწყის ეტაპზე გაწეულ ხარჯები და შემდგომ პერიოდში აღნუსხული დანახარჯები.

მაგალითად, ბინაზე ორგანიზებული სტრუქტურირებული მომსახურებების დანერგვამ, რომლის წამყვანი ფიგურაც ექთანი იყო, აჩვენა, რომ ისეთი ქრონიკული დაავადების ინტეგრირებული მართვისას, როგორიცაა პარკინსონის დაავადება, ხარჯები დასაწყისში იზრდება, მაგრამ მომდევნო 2 წლის განმავლობაში სარწმუნოდ მცირდება (32).

ზოგადად, ინტეგრირებული ზრუნვის ხარჯეფექტურობის შესახებ მყარი მტკიცებულებების ამსახველი სისტემური მიმოხილვების რაოდენობა მცირეა, შესაბამისი კვლევების ჩატარებისას ძალზე განსხვავებული მეთოდოლოგიების,

მიდგომების და განმარტებების გამოყენების გამო. ამასთან, როგორც ზემოთ განხილული მაგალითებიდან ჩანს, არსებობს ინტეგრირებული ზრუნვის ცალკეული მოდელების შეფასებისა და ანალიზის საფუძველზე მოპოვებული მტკიცებულებები, რომლებიც ინტეგრირებული ზრუნვის ეფექტურობას და ეკონომიკურ ეფექტს ადასტურებს.

## **შეჯამება და რეკომენდაციები**

ინტეგრირებული ზრუნვის ქვეშ მრავალფეროვანი მიდგომები და სტრატეგიები იგულისხმება და ცალსახა რეკომენდაციების მომზადება ქრონიკული დაავადებების მართვისას ინტეგრაციული ზრუნვის კონკრეტული მოდელების გამოყენების შესახებ გამართლებული არ იქნება. ამიტომ, ცალკეული პროექტის განხორციელებისას, ინტეგრაციული ზრუნვის მოდელი მისადაგებელი უნდა იყოს კონტექსტს, სამიზნე კონტინგენტს, არსებულ რესურსებს და იმ დაავადებების თუ ჯანმრთელობის პრობლემების თავისებურებებს, რომელთა მოგვარება იგეგმება მოცემული პროექტის ფარგლებში.

გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ერთ რეგიონსა თუ ქვეყანაში განხორციელებული ეფექტური მოდელის უცვლელი განხორციელება სხვაგან მიზანშეწონილი არ არის. ასევე, არსებობს ექსპერტული მოსაზრებები, რომ მაგ., აშშ-ში განხორციელებული გარკვეული მიდგომები სხვაგან, მაგალითად, ევროპაში, იმავე ეფექტის მქონე შეიძლება არ აღმოჩნდეს.

საყურადღებოა, რომ ინტეგრირებული ზრუნვის სფეროში ჩატარებული კვლევების ამსახველი ლიტერატურიდან მკაფიოდ იკვეთება პროცესების და გარკვეული შედეგების გაუმჯობესება. ამასთან, ხარჯების შემცირება იწყება საწყისი ინვესტიციებიდან გარკვეული პერიოდის გასვლის შემდეგ.

მნიშვნელოვანია, რომ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პოლიტიკის საკითხებზე მომუშავე ადამიანებმა გაითვალისწინონ ზემოხსენებული და მკაფიო და რეალური მოლოდინი ჰქონდეთ ეფექტური ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელების დანერგვის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებისას - იგულისხმება პროცესების და შედეგების ინდიკატორები და ხარჯეფექტურობის შეფასების ვადები.

არსებული მტკიცებულებების საფუძველზე დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ ეფექტურია ისეთი მოდელები, რომლებიც მოიცავს თემზე დაფუძნებულ მრავლობით ორგანიზაციულ სტრატეგიებს და მასში ჩართული არიან ექთნები, შემთხვევის მართვის მენეჯერები (case manager), აგრეთვე, გამოიყენება მრავალდარგობრივი მიდგომა.

ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებზე ზრუნვისას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული შედეგები გაცილებით უმჯობესდება ისეთი მოდელების გამოყენებისას, რომლებიც მრავლობით სტრატეგიებს მოიცავს, ვიდრე მხოლოდ ერთი სტრატეგიის შემცველი მოდელის განხორციელებისას.

ქრონიკული დაავადებების მართვისას ეფექტურია მიდგომები, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების მიმწოდებლებს შორის, აგრეთვე პაციენტსა და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ურთიერთობის ფორმალიზებას. ეს უკანასკნელი გულისხმობს ზემოხსენებულთა თანამშრომლობას, მაგალითად:

- შემთხვევის მართვის (case management) მეთოდის გამოყენებით, როცა შემთხვევის მართვის მენეჯერი წინასწარი მომზადებული გეგმის და თანამშრომლობის პრინციპების საფუძველზე კოორდინაციას უწევს ზრუნვაში ჩართული პირების საქმიანობას და/ან
- მრავალდარგობრივი გუნდის საშუალებით, სადაც ყველა მონაწილის როლი წინასწარ არის განსაზღვრული და გუნდის მართვის პრინციპები და მართვის მეთოდები მკაფიოდ არის ჩამოყალიბებული.

მულტიმორბიდული პაციენტების ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას კარგ შედეგს იძლევა სტრატეგიები, რომელიც ფოკუსირებულია სპეციფიკური რისკ-ფაქტორების მართვაზე, პაციენტის ფუნქციური შესაძლებლობების გაუმჯობესებაზე ან ფარმაკოთერაპიაზე. ამ დროს უფრო ადვილდება კონკრეტული ამოცანების, ღონისძიებებისა და სამიზნე შედეგების დასახვა როგორც ინტეგრაციული ზრუნვის გუნდის წევრებისთვის, ისე პაციენტისათვის.

სასურველია ახალი ჩარევების ინტეგრირება მოხდეს ჯანდაცვის მომსახურებების მიწოდების უკვე არსებულ სტრუქტურებსა და პროცესებში, რაც აადვილებს დასახული მიზნის მიღწევას, ამცირებს ამ მიზნების მიღწევისათვის საჭირო დროს და ხარჯებს.

დასასრულ, ერთი რამ ცხადია, და აუცილებლად გასათვალისწინებელი: შეუძლებელი იქნება ქრონიკული დაავადებების მართვის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი ინტეგრირებული მოდელის შემუშავება და დანერგვა საქართველოში, თუ არ მომზადდა და განხორციელდა პილოტური მოდელები, რომელიც შემდგომი კვლევის, ანალიზისა და სისტემის გაუმჯობესება-ოპტიმიზაციის საფუძველი გახდება.

**შემთხვევის აღწერა - გაგრძელება** — მოვლენების შესაძლო განვითარება ინტეგრირებული ზრუნვის ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში.

ზემოთ განხილული შემთხვევა, სადაც ნაჩვენებია თითქმის 2 წლის განმავლობაში მრავლობითი ქრონიკული დაავადების არაეფექტური მართვის შემთხვევა, კარგი მაგალითია ინტეგრირებული ზრუნვის მიდგომების გამოყენების პირობებში მოვლენების ალტერნატიული განვითარების აღსაწერად. მიუხედავად ჰიპოთეზურობისა, მას მაინც მყარი საფუძველი ექნება, თუკი წინამდებარე ნაშრომში აღწერილ მეთოდებს მივუსადაგებთ, რომელთა ეფექტურობას საკმარისი მტკიცებულებები აქვს.

ამრიგად, ქვემოთ მოცემულია იმავე პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების მართვა და მოვლენების ჰიპოთეზური განვითარება ინტეგრაციული ზრუნვის მოდელისთვის დამახასიათებელი გარკვეული სტრატეგიების გამოყენებისას.

53 წლის მამაკაცი ჯანმრთელობის მრავლობითი პრობლემით პირველად არის ვიზიტზე ოჯახის ექიმთან. მანამდე პაციენტზე სხვა ოჯახის ექიმი ზრუნავდა.

პაციენტს აქვს ინდივიდუალური დაზღვევა. ცხოვრობს მეუღლესთან ერთად. შვილები არ ჰყავთ. არის მძღოლი. აქვს მიკროავტობუსი და მუშაობს არარეგულარული შეკვეთების შესასრულებლად.

მოცემულ ვიზიტამდე პაციენტს დადგენილი ჰქონდა მოციმციმე არითმია, არტერიული ჰიპერტენზია, პოდაგრა და პოდაგრის შემდგომი ართროზო-ართრიტი.

პაციენტმა ექიმს მიმართა არტერიული წნევის მატების და ღამით ჰაერის უკმარისობის გამო. არტერიული წნევა ნორმის ფარგლებამდე არ ჩამოდის.

ზემოხსენებულის გარდა პაციენტი უჩივის სახსრების ტკივილს, რაც პოდაგრასთან არის დაკავშირებული და რეგულარულად იღებს ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებს.

ძირითადი დაავადებების გამო - მოციმციმე არითმია, გულის ქრონიკული უკმარისობა, არტერიული ჰიპერტენზია - პაციენტი იღებს 4 დასახელების მედიკამენტს. რამდენიმე თვის წინ კარდიოლოგმა ურჩია ანტიკოაგულანტის (ვარფარინის) მიღება თრომბოემბოლიური გართულებების პრევენციისათვის, მაგრამ მას დღემდე არ დაუწყია ამ წამლის მიღება.

პირველ ვიზიტზე ოჯახის ექიმი ცდილობს, კარგად გაიცნოს პაციენტი და ჰოლისტური მიდგომით შეაფასოს პაციენტის მდგომარეობა. თუმცა, პაციენტი ჩაწერილია რეგულარულ ვიზიტზე, რომლის ხანგრძლივობა 20 წუთს არ აღემატება. ამიტომ, ექიმი პაციენტს აძლევს კონკრეტულ რჩევებს მომდევნო ერთი კვირისთვის, რაც მოიცავს რეკომენდაციებს არტერიული წნევის მონიტორინგის და ანტიჰიპერტენზიული წამლის მიღების შესახებ, აგრეთვე, მოციმციმე არითმიის კონტროლის თაობაზე და პაციენტს იბარებს ხანგრძლივ ვიზიტზე მისი პრობლემების კომპლექსური შეფასებისთვის.

იმავდროულად, ექიმი პაციენტს სთავაზობს თბილისის მოცემულ რაიონში ადგილობრივი გამგეობის, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ზრუნვის პლატფორმის სამი პროფესიული ასოციაციის ერთობლივი პროექტის გაცნობას, რომელიც ითვალისწინებს მრავლობითი ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებზე მრავალდარგობრივ ზრუნვას.

ექიმი აძლევს პაციენტს საინფორმაციო ბუკლეტს და სთავაზობს მისი შინაარსის განხილვას მომდევნო ვიზიტის დროს.

მომდევნო ვიზიტზე ოჯახის ექიმი დაწვრილებით აფასებს პაციენტის პრობლემის ბიოფსიქოსოციალურ მხარეებს და გამოაქვს შემდეგი დასკვნები:

- პაციენტს აქვს ჯანმრთელობის მრავალი პრობლემა (მულტიმორბიდობა); ჯანმრთელობის პრობლემები ძირითადად ქრონიკული დაავადებებით არის წარმოდგენილი;
- პაციენტის ჯანმრთელობის არცერთი პრობლემა არ არის მოგვარებული, არ იმართება ადეკვატურად, არ არის მიღწეული სამიზნე პარამეტრები (არტერიული წნევა, პულსი, სისხლის შედედების მაჩვენებლები);
- სრულყოფილად არ არის შეფასებული რისკ-ფაქტორები და არ არსებობს რისკ-



ფაქტორების მართვის გეგმა;

- პაციენტის ცხოვრების წესი (კვება, ფიზიკური აქტიურობა, წონის კონტროლი, საქმიანობა და დასვენება) არ შეესაბამება მისი ჯანმრთელობის ინტერესებს და აუარესებს არსებული ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობას და მათ მავნე ზეგავლენას ჯანმრთელობაზე;
- ფარმაკოლოგიური მკურნალობა არათანმიმდევრულია, ხშირად იცვლება წამლების დასახელება და დოზები; მიღებული წამლების ნაწილის ურთიერთქმედება არასასურველ გავლენას ახდენს პაციენტის ჯანმრთელობაზე, ზოგიერთი მათგანი აუარესებს ქრონიკული დაავადების მიმდინარეობას (მაგალითად, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები ამცირებენ ანტიჰიპერტენზიული წამლების ეფექტს, აუარესებენ გულის უკმარისობის მიმდინარეობას);
- ზოგჯერ, პაციენტი იტარებს მკურნალობას, რომელიც არ არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, კერძოდ, იღებს არარეგისტრირებულ წამლებს და დანამატებს;
- პაციენტი კარგად არ იცნობს საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემებს, მკურნალობის მიზნებს, არ აქვს გააზრებული სამკურნალო რეკომენდაციების მნიშვნელობა;
- პაციენტს აქვს ინდივიდუალური დაზღვევა, რომელიც ფარავს მომსახურების მხოლოდ ნაწილს; დაზღვევის პოლისით გათვალისწინებულია მნიშვნელოვანი თანაგადახდა პაციენტის მხრიდან მისთვის გაწეული კონსულტაციებისთვის, გამოკვლევებისა და გამოწერილი წამლებისთვის;
- პაციენტის შემოსავლები არ არის სტაბილური, რაც მუდმივი დასაქმების არქონით არის განპირობებული;
- პაციენტი ცხოვრობს მეუღლესთან ერთად, რომელსაც ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს და ხშირად პაციენტს უხდება საოჯახო საქმეების გაძღოლა;
- პაციენტს უყვარს თევზაობა; მიღებული წამლების ნაწილი (შარდმდენის შემცველი ანტიჰიპერტენზიული საშუალება) პრობლემას უქმნის და როცა სათევზაოდ მიდის, წამლის დოზას გამოტოვებს ხოლმე;
- პაციენტს უარყოფითი განწყობა აქვს წამლების მიმართ, რადგან მათ ეფექტს კარგად ვერ ხედავს და, ამასთან, მათ შეძენაზე დიდი თანხები ეხარჯება; მას ასევე უარყოფითი დამოკიდებულება აქვს ვარფარინისადმი, რომლის მიღების ფონზე დამატებითი გამოკვლევები სჭირდება და ხარჯები კიდევ უფრო უზრდება.

- შეფასების შემდეგ, ოჯახის ექიმი პაციენტს სთავაზობს მრავლობითი ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებზე მრავალდარგობრივი ზრუნვის პროექტის განხილვას და პროექტში ჩართვას;
- შეთავაზებული პროექტის ფარგლებში პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას განახორციელებს მრავალდარგობრივი გუნდი ოჯახის ექიმის, შემთხვევის მართვის მენეჯერის, ექთნის, სოციალური მუშაკის და ფსიქოლოგის მონაწილეობით;
- მრავალდარგობრივი გუნდი იყენებს პროექტის ფარგლებში შექმნილ ელექტრონულ პლატფორმას, სადაც აისახება პაციენტის შესახებ არსებული ჩანაწერები, რომელიც გუნდის ყველა წევრისთვის ხელმისაწვდომია. ჩანაწერები ხელმისაწვდომი იქნება მოწვეული სპეციალისტებისთვისაც, რომელთა ჩართვა საჭირო გახდება პაციენტზე

ზრუნვის პროცესში;

- პროგრამის ფარგლებში პაციენტზე ზრუნვის კოორდინაციას უზრუნველყოფს შემთხვევის მართვის მენეჯერი, ხოლო მრავალდარგობრივ გუნდს ხელმძღვანელობს ოჯახის ექიმი;
- პროგრამის ფარგლებში მრავალდარგობრივი გუნდი თანამშრომლობს ქალაქის ამავე რაიონში არსებულ საავადმყოფოსთან, რომლის გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტს, საჭიროებისას, ექნება წვდომა პაციენტის ჩანაწერთან;
- პაციენტს აცნობეს, რომ პროგრამაში ჩართვის შემთხვევაში, ის გადაიხდის იმ პრემიუმზე ნაკლებს, რასაც დაზღვევისთვის იხდიდა. ამასთან, რაიმე თანაგადახდა პროექტით არ არის გათვალისწინებული, რადგან პროექტს თავისი დაფინანსება გააჩნია ქალაქის ბიუჯეტიდან. პაციენტზე ზრუნვა ფინანსდება ფიქსირებული თანხით, რომლის რაოდენობა განისაზღვრა რისკ-ფაქტორების შეფასების და ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობის დაზუსტების შემდეგ; დაფინანსება მოიცავს როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ ხარჯებს; ფინანსების მართვა დავალებული აქვს პროექტის მმართველ გუნდს;
- პროგრამის დეტალების განხილვის შემდეგ პაციენტი თანხმდება პროგრამაში ჩართვას; ოჯახის ექიმი პაციენტს აძლევს მიმდინარე სამკურნალო რეკომენდაციებს, სთხოვს სპეციალური ანკეტის შევსებას და ავალებს თავის ასისტენტს, დაუგეგმოს პაციენტს შეხვედრა შემთხვევის მართვის მენეჯერთან. ამით ვიზიტი დასრულდა.

**ერთი თვის შემდეგ:**

- პაციენტს უკვე ჰყავს შემთხვევის მართვის მენეჯერი;
- მისი დახმარებით პაციენტი უკვე შეხვდა მრავალდარგობრივი გუნდის ყველა წევრს;
- მომზადებულია პაციენტისა და მისი ჯანმრთელობის პრობლემების მრავალდარგობრივი შეფასების დოკუმენტი;
- მომზადებულია პაციენტზე ზრუნვის ინდივიდუალური გეგმა;
- პაციენტი იცნობს აღნიშნულ გეგმას, ასევე, მრავალდარგობრივი გუნდის ყველა წევრს და მათ როლებს, იცის, როგორ უნდა დაუკავშირდეს მათ;
- პაციენტთან მუშაობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და განათლების ექთანი, რომელსაც კონკრეტული გეგმა აქვს. პირველ ეტაპზე სამუშაო საკითხები შემოიფარგლება კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორებით და მოციმციმე არითმიის მართვის და თრომბოემბოლიური გართულებების თავიდან აცილების მნიშვნელობით;
- პაციენტს უკვე დაწყებული აქვს ანტიკოაგულანტის (ვარფარინის) მიღება და იტარებს შესაბამის ლაბორატორიულ გამოკვლევებს;
- პაციენტს აქვს დაწვრილებითი რეკომენდაციები წამლების მიღების შესახებ, გადაცემული აქვს ტაბლეტების კოლოფი კვირის დღეების და დღის მონაკვეთების მითითებით, მას რეგულარულად უკავშირდება მრავალდარგობრივი გუნდის სტაჟიორი, რომელიც შეახსენებს პაციენტს, რომ არ გამოტოვოს დანიშნული წამლების მიღება; მეორე მხრივ, არკვევს, ხომ არ განუვითარდა პაციენტს რაიმე გვერდითი მოვლენა.

**ორი თვის შემდეგ:**

- პაციენტს აქვს რეგულარული კავშირი შემთხვევის მართვის მენეჯერთან;
- პაციენტს ჰქონდა რამდენიმე შეხვედრა ფსიქოლოგთან;
- პაციენტი ჩართულია თვითდახმარების ჯგუფში, სადაც პაციენტები წონაში დაკლების შესახებ გამოცდილებას უზიარებენ ერთმანეთს; ჯგუფთან მუშაობს ექთანი დიეტოლოგი; პაციენტმა დაიწყო წონაში კლება;
- პაციენტი აღარ იღებს ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებს და დაიწყო რეკომენდაციების შესრულება პოდაგრის გამწვავების წინააღმდეგ მიმართული დიეტის შესახებ; ამასთან, იღებს შესაბამის წამლებს;
- მიღწეულია პირველი სამიზნე პარამეტრები: არტერიული წნევა, პულსის რიტმის შენელება სამიზნე დონემდე, კოაგულაციის მაჩვენებლები ვარფარინის მიღების ფონზე;
- პაციენტს კონსულტაცია გაუწია სტაციონარში მომუშავე კარდიოლოგმა; ვიზიტისთვის პაციენტი და მისი მონაცემები (დიაგნოზები, მიმდინარე მკურნალობა და მისი მიზნები, ფსიქოსოციალური პრობლემები), აგრეთვე, ვიზიტის მიზანი და ოჯახის ექიმისა და გუნდის სხვა წევრთა კითხვები მოამზადა შემთხვევის მართვის მენეჯერმა.

**ექვსი თვის შემდეგ:**

- პაციენტი შედარებით ხშირად ესაუბრება ან ხვდება ექთანს, რომელიც აკვირდება მკურნალობის მიმდინარეობას, სამიზნე კლინიკურ პარამეტრებს. ექთანი ამზადებს მოკლე ანგარიშებს ამ ვიზიტების შესახებ და შეაქვს ეს ინფორმაცია მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში;
- ოჯახის ექიმი ამ ეტაპზე პაციენტს ვიზიტზე 3 თვეში ერთხელ იბარებს;
- ქრონიკული დაავადებების მართვის გაუმჯობესებასთან და სამიზნე კლინიკური პარამეტრების მეტ-ნაკლებად მიღწევასთან ერთად, გუნდმა შეიმუშავა პაციენტის ფიზიკური დატვირთვის შესაძლებლობის ზღვრები და ოპტიმალური ფიზიკური დატვირთვის მაჩვენებლები. ამასთან, პაციენტს მიეცა რჩევები, როდის და როგორ წავიდეს სათევზაოდ, რომელი წამლები ჩაანაცვლოს ახლით ამ დღეს და როგორ მოიქცეს, თუ გაუჩნდება საეჭვო ნიშნები.

**1 წლის შემდეგ:**

- პაციენტის მდგომარეობა სტაბილურია, მიღწეულია ყველა სამიზნე კლინიკური პარამეტრი;
- ოჯახის ექიმი ამ ეტაპზე პაციენტს რეგულარულ ვიზიტზე 6 თვეში ერთხელ იბარებს;
- შემთხვევის მართვის მენეჯერი აკვირდება პაციენტისათვის გაწეულ მომსახურებებს, პერიოდულად აფასებს პაციენტთან მუშაობის ინდივიდუალური გეგმით გათვალისწინებული მომსახურების გაწევას; გეგმავს პაციენტის მდგომარეობის პერიოდულ შეფასებას;
- წლის ბოლოს პაციენტს სთხოვეს პროგრამის და ამ პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურებების შეფასება სპეციალურად მომზადებული კითხვარის საფუძველზე.

## 2 წლის შემდეგ:

- პაციენტის მდგომარეობა სტაბილურია, ყველა სამიზნე კლინიკური პარამეტრი სტაბილურად არის მიღწეული;
- ოჯახის ექიმი პაციენტს რეგულარულ ვიზიტზე 6 თვეში ერთხელ იბარებს;
- პაციენტი საჭიროებისას უკავშირდება შემთხვევის მართვის მენეჯერს და მისი დახმარებით ხვდება მრავალდარგობრივი გუნდის რომელიმე წევრს ან ტელეფონით უკავშირდება მათ;
- პაციენტი რეგულარულად დადის სათევზაოდ, რომლისთვისაც სათანადოდ ემზადება მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ მისთვის მომზადებული რეკომენდაციების საფუძველზე;
- ამ ხნის განმავლობაში პაციენტი არცერთხელ არ ყოფილა ჰოსპიტალიზებული.

## ლიტერატურა:

1. The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic. [www.healthdata.org/](http://www.healthdata.org/). [Online] October 15, 2020. <http://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and>.
2. ჯავაშვილი, გივი. ქრონიკული დაავადებები. [book auth.] ნანა ალაპიშვილი, უჩა ვახანია, კახა კვაშილავა, მარინე კურატაშვილი, დავით ოთიაშვილი, ფატი ძოწენიძე, დავით ხუბუა, გივი ჯავაშვილი იოსებ აბესაძე. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. თბილისი : s.n., 2020, pp. 82-95.
3. The effectiveness of information technology-supported shared care for patients with chronic disease: a systematic review. Kooij L, Groen W, van Harten W. 2017, J Med Internet Res.
4. Ageing and the epidemiology of multimorbidity. Divo, MJ, Martinez, CH and Mannino, DM. 4, 08 22, 2014, The European respiratory journal, Vol. 44, pp. 1055–68.
5. Global population trends and policy options. Ezeh, AC, Bongaarts, J and Mberu, B. 9837, 7 14, 2012, Lancet, Vol. 380, pp. 142–148.
6. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? Crimmins, EM and Beltran-Sanchez, H. 66, 01 2011, The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences, Vol. 1, pp. 75-86.
7. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. Fortin, M, Lapointe, L, Hudon, C, Vanasse, A, Ntetu, AL and Maltais, D. 51, 09 20, 2004, Health and quality of life outcomes, Vol. 2.

8. World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? [www.who.int](http://www.who.int). [Online] 2011. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44706/9789241502313\\_eng.pdf;jsessionid=A0FC079614F67A1F67E8B0B71297FA0B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44706/9789241502313_eng.pdf;jsessionid=A0FC079614F67A1F67E8B0B71297FA0B?sequence=1).
9. Buttorff C, Ruder T, Bauman M. Multiple Chronic Conditions in the United States. Santa Monica, CA : Rand Corporation, 2017.
10. National Health Care Spending In 2019: Steady Growth For The Fourth Consecutive Year. Martin AB, Hartman M, Lassman D, Catlin A. 40, 2021, Health Affairs, Vol. 1, pp. 14-24.
11. NEJM Catalyst Insights Council Survey on Chronic Care Models. NEJM Catalyst . [Online] September 5, 2019. <https://catalyst.nejm.org/improve-chronic-disease-care/>.
12. Nolte, E and Knai, C. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. World Health Organization. Copenhagen, Denmark : World Health Organization, 2015. Technical Report.
13. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. Kodner DL, Spreeuwenberg C. 2002, International Journal of Integrated Care, 2:e12., Vol. 2.
14. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, Yancy CW, Faxon DP. 13, 2006, Circulation, Vol. 114, pp. 1432–1445.
15. Nolte E, Hinrichs S (eds.). DISMEVAL: developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems: final report. RAND Corporation. Santa Monica, CA : s.n., 2012.
16. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients’ needs? . al., Rijken M et. 5, 2014, Health Expectations, Vol. 17, pp. 608–621.
17. Chronic illness management: what is the role of primary care? . Rothman AA, Wagner EH. 3, 2003, Annals of Internal Medicine, Vol. 138, pp. 256–261.
18. America, Disease Management Association of. Disease Management Association Of America. [wordpress.com](http://wordpress.com). [Online] Disease Management Association Of America, 2004. <https://diseasemanagementassociationofamericawpan.wordpress.com/>.
19. Health policy responses to rising rates of multi-morbid chronic illness in Australia and New Zealand. al., Aspin C et. 4, 2010, Australian and New Zeland Journal of Public Health, Vol. 34, pp. 386–393.
20. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M, Conklin A, Erler A, Elissen A, Flamm M, Fullerton B, Sönnichsen A, Vrijhoef HJ. 1, 2012, Health Econ Policy Law, Vol. 7, pp. 125-46.
21. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. WN, Leutz. 1, 1999, Milbank Quarterly, Vol. 77, pp. 77–110.

22. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. Gröne O, Garcia-Barbero M. e21, 2001, International Journal of Integrated Care, Vol. 1.
23. Transforming Chronic Illness Management through Integrated Care: A Systematic Review of What Works Best and Why. Savage, E, et al. 6, 2016, International Journal of Integrated Care, Vol. 16.
24. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D. et al. 350, 2018, BMC Health Services Research, Vol. 18.
25. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. al., Oeseburg B et. 3, 2009, Nursing Research, Vol. 58, pp. 201–210.
26. Disease management interventions for heart failure. Takeda A, Martin N, Taylor RS, Taylor SJC. 1, 2019, Cochrane Database of Systematic Reviews.
27. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, Dey P, Indredavik B, Mayo N, Power M, Rodgers H, Ronning OM, Rudd A, Suwanwela N, Widen-Holmqvist L, Wolfe C. 9458, 2005, Lancet. 2005, Vol. 365, pp. 501-6.
28. Review of the cost-effectiveness of interventions to improve seamless care focusing on medication. Simoens, S., Spinewine, A., Foulon, V. et al. 2011, Int J Clin Pharm, Vol. 33, pp. 909–917.
29. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. 11, 2004, JAMA, Vol. 291, pp. 1358-67.
30. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B. 1, 2009, Acta Psychiatr Scand, Vol. 120, pp. 1-9.
31. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. Chiu WK, Newcomer R. 6, 2007, Professional Case Management, Vol. 12, pp. 330–336.
32. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. Tappenden P, Campbell F, Rawdin A, Wong R, Kalita N. 20, 2012, Health Technol Assess, Vol. 16, pp. 1-72.
33. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. Roccaforte R, Demers C, Baldassarre F, Teo KK, Yusuf S. 7, 2005, Eur J Heart Fail, Vol. 7, pp. 1133-44.
34. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. Göhler A, Januzzi JL, Worrell SS, Osterziel KJ, Gazelle GS, Dietz R, Siebert U. 7, 2006, J Card Fail, Vol. 12, pp. 554-67.

35. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. S8, 2008, Med J Aust, Vol. 188, pp. S65-8.
36. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. e5205, 2012, BMJ, Vol. 345.
37. Nolte E, McKee M (eds.). Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead : Open University Press, 2008.
38. Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries. Nolte E, Frølich A, Hildebrandt H, Pimperl A, Schulpen GJ, Vrijhoef HJ. 2016, International Journal of Care Coordination. 2016;19(1-2):5-19. doi: , Vols. 19(1-2), pp. 5-19.
39. Denmark: health system review. Olejaz, M, Juul Nielsen, A, Rudkjøbing, A. 2012, Health Systems in Transition, Vol. 14, pp. 1–192.
40. The Netherlands: health system review. Schäfer, W, Kroneman, M, Boerma, W. 2010, Health Systems in Transition, Vol. 12, pp. 1–229.
41. Germany: health system review. Busse, R, Blümel, M. 2014, Health Systems in Transition, Vol. 16, pp. 1–296.
42. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. <https://www.kbv.de>. [Online] 2010.  
[https://www.kbv.de/media/sp/V.befragung\\_2010\\_Grafikbericht\\_KVen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/V.befragung_2010_Grafikbericht_KVen.pdf).
43. Elissen, A, Duimel-Peeters, I, Spreeuwenberg, C The Netherlands. In: Nolte, E, Knai, C (eds). Assessing chronic disease management in European health systems Country reports. Copenhagen : World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies), 2015, pp. 99–110, 2015.
44. NEJM Catalyst. What Are Bundled Payments? . [catalyst.nejm.org](http://catalyst.nejm.org). [Online] February 28, 2018. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0247>.

# ინტეგრირებული ზრუნვა ხანგრძლივ მოვლაში

## თენგიზ წულაძე

### ინტეგრირებული ზრუნვის მნიშვნელობა

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პაციენტების დიდი უმრავლესობა ხანდაზმულია, ან ეს არიან პაციენტები სხვადასხვა ქრონიკული პათოლოგიებით. ასეთ ადამიანებს აქვთ შემცირებული შესაძლებლობები, დამოუკიდებლად გაუმკლავდნენ პრობლემებს. მაგალითად, კარდიოლოგიური ავადმყოფობები, დეპრესია, მხედველობის და სმენის დაქვეითება, ტვინის ინფარქტის შედეგები, შაქრიანი დიაბეტი, ხშირად, ამას ემატება ყოფითი პრობლემებიც, ფსიქოტროპული მედიკამენტების ქარბად მოხმარება, ალკოჰოლის ან თამბაქოს ავადმომხმარება. ასეთი საკითხების გამკლავებას სჭირდება კარგად ორგანიზებული გუნდი, რომელიც შეიძლება მრავალ სხვადასხვა სპეციალისტს მოიცავდეს. სწორედ აქ ვლინდება ინტეგრირებული ზრუნვის ძალზე მნიშვნელოვანი როლი.

მოვლა იწყება პაციენტის სრული შეფასებით.

### ინტეგრირებული შეფასება

ინტეგრირებული შეფასება გულისხმობს მრავალდარგობრივ სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო პროცესს, რაც ახდენს პაციენტის სამედიცინო, ფსიქოსოციალური და ფუნქციური შესაძლებლობის განსაზღვრას. შედეგების საფუძველზე ხდება კოორდინირებული გეგმის შედგენა ასაკის მიუხედავად მაქსიმალური ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის. ინტეგრირებული შეფასება დაფუძნებულია დაშვებაზე, რომ მოწყვლადი პაციენტის სისტემატური შეფასება ჯანმრთელობის პროფესიონალთა გუნდის მიერ გამოავლენს სხვადასხვა მკურნალობად პრობლემებს, რასაც მივყავართ ჯანმრთელობის უკეთეს მდგომარეობამდე.

კრიტერიუმები, თუ რა უნდა შეფასდეს, მოიცავს შემდეგს:

- ასაკი;
- კომორბიდული მდგომარეობები (მაგ., ბარდაყის მოტეხილობა, აორტული სარქველის პროთეზირება);
- ფსიქოსოციალური პრობლემები;
- სპეციფიკური გერიატრიული მდგომარეობები, როგორცაა ფუნქციური უძლურება;



- წარსულში ან მაღალი ალბათობით მომავალში ჯანდაცვის მომსახურებების ინტენსიური მოხმარება;
- ყოფა-ცხოვრების ცვლილება (მაგ., დამოუკიდებელი ცხოვრებიდან მოვლის სახლში გადასვლა);
- ასევე, უნდა შეფასდნენ ხანდაზმული პაციენტები, რომელთაც აქვთ ფუნქციური უძლურება, დაცემის მაღალი რისკი, კოგნიტური გაუარესება, დეპრესია, ჯანმრთელობის და სოციალური მომსახურებების მოხმარების მაღალი ალბათობა;
- ჰოსპიტალიზებული პაციენტები, რომელთაც აქვთ მოტეხილობები, განმეორებითი პნევმონია, ნაწოლები, ასევე, პაციენტები 85 წელზე მეტი ასაკით, რომელთაც აქვთ დემენცია, მოძრაობის შეზღუდვა.

ინტეგრირებული შეფასების გუნდი შედგება შემდეგი სპეციალისტებისგან:

- კლინიცისტი;
- ექთანი;
- სოციალური მუშაკი;
- პაციენტის მდგომარეობიდან და რეალობიდან გამომდინარე, გუნდში შეიძლება იყოს ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპევტი, დიეტოლოგი, ფარმაცევტი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, დანტისტი, აუდიოლოგი, პოდიატრი, ოკულისტი.

რა კომპონენტები უნდა შეფასდეს ინტეგრირებული შეფასების დროს:

- ფუნქციური შესაძლებლობა;
- დაცემის რისკი;
- კოგნიტური სფერო;
- განწყობა;
- პოლიფარმაცია;
- კვებითი სტატუსი/წონის ცვლილება;
- შარდვის შეუკავებლობა;
- სქესობრივი ფუნქცია;
- მხედველობა/სმენა;
- კბილები;
- საყოფაცხოვრებო გარემო;
- სოციალური მხარდაჭერა;
- ფინანსური მდგომარეობა;
- მოვლის მიზნები;
- სულიერება;
- ზრუნვის/მოვლის მოცულობის დაგეგმვა სიცოცხლის ბოლოს დღეების დროს.

## მწვავე დაავადების შემდგომი მოვლის მიზნები

მწვავე დაავადების შემდეგ პაციენტები მოელიან ფუნქციური შესაძლებლობის გაუმჯობესებას და იღებენ ინტეგრირებულ ზრუნვას, რაც, ჩვეულებრივ, შედგება შემდეგისგან: ფიზიკური თერაპია, ოკუპაციური თერაპია, მეტყველების (speech) თერაპია.

- ფიზიკური თერაპევტი ფოკუსირებულია მოძრაობაზე, სიარულზე, დამხმარე საშუალებებით ან მის გარეშე, ასევე, ეტლით გადაადგილებაზე. ის ატარებს კიბეზე სიარულის ტრენინგსაც, როცა ეს შესაძლებელია;
- ოკუპაციური თერაპევტის მიმართულებაა ჰიგიენა, დამოუკიდებლად კვება და ჩაცმა. ხშირად, ისინი მუშაობენ ფიზიკური თერაპევტთან ერთად, რათა პაციენტმა შეძლოს საწოლიდან სკამზე და ტუალეტზე გადასვლა და უკან დაბრუნება.
- მეტყველების თერაპევტი მეთვალყურეობას უწევს კვების და ყლაპვის უსაფრთხოებას, ის ურჩევს პაციენტს საკვებისა და სასმელის კონსისტენციას, ასევე, ღეჭვის და ყლაპვის ტექნიკას. მეტყველების თერაპევტები ეხმარებიან იმ პაციენტებსაც, ვისაც აქვს კავშირის დამყარების პრობლემები, მაგალითად, დიზართრია, აფაზია, სმენის გაუარესება. მათ შეიძლება დაატრენინგონ მომსახურე პერსონალი, ოჯახის წევრები და მომვლელები ურთიერთობის ტექნიკის ოპტიმიზაციის მიზნით.

იმისათვის, რომ მივადწიოთ პაციენტის სახლში გაწერას, საჭიროა მრავალდარგობრივი ზრუნვა, რაც გულისხმობს ექიმს, სპეციალიზებულ კლინიცისტს, ექთანს, ზრუნვის მენეჯერს, სოციალურ მუშაკს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიცისტი და დიეტოლოგიც არიან ხოლმე გუნდის წევრები. ოჯახის წევრები ხშირად ამჩნევენ პაციენტის მდგომარეობის ადრეულ ცვლილებებს, რის გამოც საჭიროა მათთან მჭიდრო კავშირი, რათა შეფასდეს ახალწარმოქმნილი სამედიცინო პრობლემა, მედიკამენტის გვერდითი ეფექტი, ფსიქიკური მდგომარეობა, დეპრესია და დროულად იქნეს მიღებული სამკურნალო ზომები.

დამატებით, მრავალდარგობრივმა ჯგუფმა უნდა შეაფასოს და გამოავლინოს, თუ რა მხარდაჭერა დასჭირდება პაციენტს სახლში. მომვლელის განათლებას აქვს ძალიან დიდი მნიშვნელობა პაციენტის სახლში გაწერის დროს, მან უნდა შეძლოს პაციენტის მდგომარეობაზე დაკვირვება და დანიშნული მედიკამენტების სწორად მიწოდება.

**შეხვედრები ოჯახის წევრებთან** - ზრუნვის გეგმის შედგენა და ოჯახის წევრებთან შეხვედრა საჭიროა მოვლის დაწესებულებაში პაციენტის მოთავსებიდან რამდენიმე დღეში, დამატებითი შეხვედრები უნდა გაიმართოს სამ თვეში ერთხელ, შეხვედრას უნდა ესწრებოდნენ შემდეგი სპეციალისტები: რეაბილიტაციური გუნდის წარმომადგენელი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, კლინიცისტი. ოჯახის წევრებთან შეხვედრების ფორმატი მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:

- მიმდინარე სამედიცინო მდგომარეობის გადახედვა იმაში დასარწმუნებლად, რომ კლინიცისტს, ოჯახის წევრებს და პაციენტს ერთნაირად ესმით პაციენტის მდგომარეობა;

- დამატებითი მითითებების გადახედვა, მაგალითად, შეუძლია თუ არა პაციენტს გადაწყვეტილების მიღება, თუ არა, ვინ არის გადაწყვეტილების მიმღები, ზრუნვის მოცულობის საზღვრები;
- შესაძლო მკურნალობების არჩევანის გადახედვა - რა შეიძლება გაკეთდეს სახლში, მოვლის დაწესებულებაში და ჰოსპიტალში.

**კლინიკური საკითხები** ყველაზე დიდი გამოწვევების შემცველია ხანგრძლივი მოვლის დროს, კონტინგენტის მრავალფეროვნებიდან და მოწყვლადობიდან გამომდინარე. პაციენტების უმრავლესობა მულტიმორბიდულია, მათ გაუარესებული აქვთ კოგნიტური და მობილობის ფუნქციაც. მონაცემთა ბაზაზე დამყარებული სახელმძღვანელოები შემუშავებულია გაცილებით ჯანმრთელი პაციენტებისთვის და მათ ბრმად გამოყენებას შეიძლება უარყოფითი შედეგი ჰქონდეს. მაგალითად: ჰიპერტენზიის გადაჭარბებულმა მკურნალობამ შეიძლება დაცემები და სინკოპები გამოიწვიოს, დიაბეტის მკაცრ კონტროლს შეიძლება ჰიპოგლიკემიები მოჰყვეს. კლინიკისტებს უნდა ჰქონდეთ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პოლიფარმაცია, არააუცილებელი დიაგნოსტიკური და თერაპიული ჩარევები. ამას შეუძლია მეტი ვნება მიაყენოს პაციენტს, ვიდრე სარგებელი.

**მხედველობა და სმენა** - მხედველობის და სმენის გაუარესება ცხოვრების ხარისხის გაუარესების პოტენციურად შექცევადი მიზეზია. მხედველობის და სმენის გაუარესება ასევე ასოცირებულია დაცემებთან და მასთან დაკავშირებულ გართულებებთან.

- ხანგრძლივი მოვლის ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს მხედველობის სკრინინგული შეფასება, ხოლო ვისაც გამოუვლინდება ზომიერი ან მძიმე გაუარესება, უნდა ჩაუტარდეს ოფთალმოლოგის შეფასებაც, რა თქმა უნდა, თუ პაციენტს არ აქვს მძიმე დემენცია ან სხვა მძიმე კომორბიდული მდგომარეობა;
- ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სმენის სკრინინგი ჩურჩულის ტესტის გამოყენებით, ხოლო თუ დადებითია - აუდიოლოგიური შეფასება სმენის აპარატის შესარჩევად.

რეფრაქციის დარღვევების ტესტირება და შესაბამისი სათვალის შერჩევა აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს და დეპრესიის სიმპტომებსაც კი. კატარაქტექტომია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მხედველობას, საზოგადოებასთან ურთიერთობას, ამცირებს ფსიქოსოციალურ დისტრესს.

შეიძლება სმენის დაქვეითება მარტივი მიზეზით იყოს გამოწვეული, მაგალითად, გოგირდის საცობით, რაც უნდა მოსცილდეს. ზოგადად, სმენის დაქვეითება ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებების ბინადართა 70-90%-ს აღენიშნება. დაქვეითებული სმენა აუარესებს ცხოვრების ხარისხს, იწვევს დეპრესიას, კოგნიტურ გაუარესებას, სოციალურ იზოლაციას.

**დემენცია** - რეკომენდებულია ყველა ახალი პაციენტის რუტინული სკრინინგი, შეიძლება გამოყენებული იქნეს მინიმენტალური შეფასება (MMSE).

- მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დემენციის დროს უნდა დაინიშნოს ანტიდემენტური პრეპარატები. გაცილებით რთულია დემენციადამოკიდებული

ისეთი სიმპტომების მკურნალობა როგორცაა აჟიტაცია, ხეტიალი, აგრესია და სხვა.

- მძიმე დემენციად ფასდება, როცა MMSE<10, ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია გამოყენებული იქნეს პალიატიური მიდგომა, ან თუ პაციენტი შესაბამის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებს, გაიგზავნოს ჰოსპისში. რეკომენდებულია შეუწყდეს პრეპარატები, რომელთაც, სავარაუდოდ, აღარ აქვთ სარგებელი, მაგალითად, სტატინები, ქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები და სხვა.

**დელირიუმი** - ახალი მიღებული პაციენტები ხშირად საჭიროებენ სკრინინგს დელირიუმის თვალსაზრისით. დელირიუმი უპირატესად გერიატრიული სინდრომია და ჰოსპიტალიზებული ხანდაზმული პაციენტების 2/3-ში გვხვდება, სიმპტომები გრძელდება საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგაც. დელირიუმის ნიშნები ყოველთვის აღვილი ამოსაცნობი არ არის, განსაკუთრებით მაშინ, თუ კარგად არ იცნობ პაციენტს და ვერ არჩევ, მისი კოგნიტური, ბიჰევიორული ან ფუნქციური ცვლილებები ახალია თუ არა. ასეთ პაციენტზე შეიძლება არასწორად ვიფიქროთ, რომ აქვს დემენცია, დეპრესია, ფსიქოზი ან ნორმალური დაბერების პროცესი. კლინიცისტმა უნდა მოახდინოს სხვა სპეციალისტებისა და ოჯახის წევრების ინტეგრირება პაციენტის დიაგნოსტიკებისა და შემდგომ დაკვირვების პროცესში. დელირიუმის მქონე პაციენტები ხშირად გადაუდებელ განყოფილებაში შეფასებას საჭიროებენ, თუმცა ეს დიდი სტრესია პაციენტებისთვის, განსაკუთრებით, დემენციის შემთხვევაში, ამიტომ, რამდენადაც შესაძლებელია, სადიაგნოსტიკო კვლევები უნდა ჩატარდეს ადგილზე, პაციენტის ტრანსპორტირების გარეშე.

დელირიუმის ფარმაკოლოგიური მართვის გეგმა უნდა შედგეს სიმპტომების მიხედვით. მძიმე სიმპტომები შეიძლება საჭიროებდეს ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენებას. ბენზოდიაზეპინებისგან ზოგადად თავი უნდა იქნეს შეკავებული, თუ დელირიუმი ალკოჰოლური გენეზის არ არის. დელირიუმის პირველადი პრევენცია ყველაზე ეფექტური მკურნალობის სტრატეგიაა. ობსერვაციულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ დელირიუმის დამძიმების პროვოცირებას იწვევს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ოთახის ხშირი ცვლილება, ოთახში საათის არარსებობა, საკითხავი სათვალის არქონა, პაციენტის დაბმა.

დელირიუმი შეიძლება თვეების მანძილზე გაგრძელდეს და გახდეს უფრო ქრონიკული, ვიდრე მწვავე მდგომარეობა. დელირიუმის გახანგრძლივება ხშირი მიზეზია ხანმოკლე მოვლის პაციენტების გადასაყვანად ხანგრძლივი მოვლის სექტორში.

### კლინიკური შემთხვევა (ა)

ბატონი გივი, 77 წლის, მოყვანილი იქნა მოვლის დაწესებულებაში საავადმყოფოდან. იქ ის მკურნალობდა უროგენული სეფსისის და ბარძაყის ყელის მოტეხილობის გამო. ჩაუტარდა ენდოპროტეზირება. პაციენტთან ვლინდებოდა დელირიუმი, ჰიპერგლიკემია, გამოხატული იყო კონსტიპაცია. ის შეფასდა კლინიცისტის და მომვლელი ექთნის მიერ, დაწყებული იქნა საფადართო საშუალებების გამოყენება, შეიცვალა ინსულინის და ანტიდიაბეტური საშუალებების დოზები, ყოველდღიურად მიმდინარეობდა სპეციალიზებული ვარჯიშები, რასაც

ახორციელებდა სათანადო კვალიფიკაციის მოვლის ექთანი. პაციენტს ჩაუტარდა ოპერატორი ტრავმატოლოგის ერთჯერადი კონსულტაცია, რომელიც დაეთანხმა მიმდინარე მკურნალობას.

დელირიუმის სამკურნალოდ კლინიცისტმა სცადა არიპიპრაზოლის გამოყენება, მაგრამ მკვეთრად გამოხატული სედაციის გამო პრეპარატის მიღება მალევე შეწყდა.

ტკივილების, ჰიპერგლიკემიის და კონსტიპაციის სწორი მართვის ფონზე დელირიუმი მალევე შეწყდა და პაციენტი 2 კვირის შემდეგ დაბრუნდა სახლში, სადაც ამჟამადაც თავს დამაკმაყოფილებლად გრძნობს.

**ქცევითი პრობლემები** - საკმაოდ რთულია მართვა მოვლის დაწესებულებებში იმისგან დამოუკიდებლად, ის აღმოცენდება ხანგრძლივი ფსიქიკური ავადმყოფობისგან თუ დემენციისგან. არამიზანმიმართულად გამოყენებულ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს ხანდაზმულებში მათი ქცევითი პრობლემების მოსაგვარებლად ხშირად მივყავართ ჯანმრთელობის და კოგნიტური სტატუსის გაუარესებამდე.

**აჟიტაცია და ფსიქოზური სიმპტომატიკა** - დემენციის მქონე პაციენტთა 80%-ს უვითარდება ნეიროფსიქიატრიული პრობლემები დაავადების მიმდინარეობის რომელიმე პერიოდში. აჟიტირება შეიძლება გამოწვეული იყოს დემენციით ან ჯანმრთელობის შექცევადი გაუარესებით, როგორცაა, მაგალითად, შარდის შეკავება ან ინფექცია. როგორც კი გამოირიცხება მწვავე პრობლემა, კლინიცისტმა უნდა განიხილოს ტკივილის ემპირიული მკურნალობის საჭიროება. ანტიფსიქოზური მედიკამენტები არ არის ნაჩვენები დემენციასთან ასოცირებული ფსიქოზისთვის, მაგრამ ბოღვებისა და ჰალუცინაციების შემთხვევაში სხვა არჩევანი არ არსებობს, მიუხედავად იმისა, რომ ეს პრეპარატები ზრდიან სიკვდილობას.

თუ ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება გარდაუვალია, რეკომენდებულია სედაციური და მკვეთრად ანტიქოლინერგული პრეპარატებისგან თავის შეკავება. ასეთია, მაგალითად, ქლორპრომაზინი, ასევე ჰალოპერიდოლი, რომელმაც შეიძლება პარკინსონიზმი გამოიწვიოს.

ატიპური ანტიფსიქოზური პრეპარატები (ოლანზაპინი, ჟუეტიაპინი) შეიძლება იყოს ეფექტური აჟიტაციისა და ფსიქოზური სიმპტომების სამართავად დემენციის მქონე პაციენტებში და როცა შესაძლებელია, ისინი ხანმოკლე კურსით უნდა იქნეს დანიშნული.

**აგრესიული ქცევა** - განსაკუთრებით შემაწუხებელია, თუ იმავე ოთახში სხვა პაციენტიც იმყოფება. კლინიცისტმა შეიძლება გამოიყენოს შემდეგი მიდგომები:

- შეაფასოს სიტუაციის საშიშროება პაციენტისა და გარშემომყოფთათვის;
- დაადგინოს სიმპტომების ეტიოლოგია;
- შეაფასოს სიმპტომების სიმძიმე და სინშირე;
- გამოიკვლიოს მსგავს პრობლემებზე წარსულში პაციენტის მართვის თავისებურებები;

- დაიწყოს არაფარმაკოლოგიური მართვის სტრატეგია, თუ აგრესიული ქცევის სამედიცინო მიზეზი არ გამოვლინდა;
- განიხილოს პაციენტის წარმომადგენელთან ფარმაკოლოგიური მკურნალობის რისკი და სარგებელი;
- რეგულარულად შეაფასოს ფარმაკოლოგიურ მკურნალობაზე პაციენტის პასუხი და მედიკამენტის გვერდითი მოვლენები, განსაზღვროს პრეპარატის უმცირესი ეფექტური დოზა; რეგულარულად სცადოს პრეპარატის მოხსნა, თუ სიმპტომები გაკონტროლებულია 3-6 თვის განმავლობაში.

დოკუმენტირებული სარგებელი არაფარმაკოლოგიურ მიდომას არ აქვს, თუმცა, გამოიყენება მუსიკით თერაპია, კოგნიტური სტიმულაცია და ბიჰევიორული თერაპია. ასეთი რთული სიტუაციების მართვაში მომვლელის განათლებას პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს.

**ხეტიალი** - ხეტიალი ან უმიზნოდ სიარული რთული პრობლემაა, რაც ხშირად აწყდებიან ხანგრძლივი მოვლის ცენტრები. ხშირად, პაციენტებს, რომლებიც ერთობიან სიარულით და არ აქვთ განზრახვა დატოვონ დაწესებულება, ნათლავენ როგორც მოხეტიალეებს, ასეთ შემთხვევაში საჭიროა შემოქმედებითი მიდგომა ისე, რომ პაციენტს მიეცეს თავისუფალი სიარულის საშუალება და ვერ მოახერხოს შენობის დატოვება; მაგალითად, კარების სასიგნალო სისტემა, მაგნიტური სამაჯური, წრიული ღერეფანი და სხვა.

**დეპრესია** - დეპრესიის სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ყველა პაციენტთან და მათ, ვისაც აქვთ რეციდივის მაღალი რისკი, უნდა დაენიშნოთ ხანგრძლივი თერაპია. ხანგრძლივი მოვლის პაციენტებთან დეპრესია აუარესებს ცხოვრების ხარისხს, იწვევს სოციალურ იზოლაციას, ჩვეული აქტივობების მიმართ ინტერესის დაკარგვას, ძილისა და კვების პრობლემებს.

**ფსიქოტროპული პრეპარატები** - იგულისხმება ანტიფსიქოზური, ანტიდეპრესანტები, შფოთვის საწინააღმდეგო და საძილე პრეპარატები. ზოგ დაწესებულებაში საჭიროა პაციენტის ან მისი წარმომადგენლის თანხმობა ასეთი მედიკამენტების დანიშვნისას. ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით მკურნალობისას საჭიროა ექსტრაპირამიდულ გვერდით მოვლენებზე დაკვირვება. ამ პრეპარატებით მკურნალობის ჩვენებები რეგულარულად უნდა გადაიხედოს და, როცა შესაძლებელია, დოზა თანდათან უნდა შემცირდეს და შეწყდეს.

**დაცემები** - ხშირი პრობლემაა ხანდაზმულებში. მიზეზი მრავალფაქტორიანია. შინაგანი ფაქტორებია: სიარულის ატაქსია, მხედველობის გაუარესება, დემენცია; გარეგანი ფაქტორებია: გარემოს რისკები, პრეპარატების გვერდითი მოვლენები. პრევენციული ღონისძიებებით დაცემის სიხშირე სარწმუნოდ არ მცირდება, თუმცა მნიშვნელოვნად მცირდება იმ ადამიანების რიცხვი, ვინც ხშირად ეცემა.

**ინფექციები** - ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში ავადობის, სიკვდილობის და ჰოსპიტალიზაციის ყველაზე ხშირი მიზეზია ინფექციები.

მოწყვლად ხანდაზმულებს აქვთ სხვადასხვა ინფექციებით დაავადების გაზრდილი რისკი, რაც გამოწვეულია გაუარესებული იმუნიტეტით, მრავლობითი კომორბიდული მდგომარეობით, კვების დეფიციტით. გარდა ამისა, პაციენტებს შორსწასული დემენციითა და მრავლობითი ინსულტებით აქვთ გაუარესებული ყლაპვა, რაც ზრდის ასპირაციის და პნევმონიის რისკს.

ასაკის შესაბამისი იმუნიზაცია გრიპსა და პნევმოკოკზე უნდა ჩაუტარდეს ყველა ხანგრძლივი მოვლის პაციენტს. დამატებით, ჰერპეს ზოსტერის და ლიფთერიატეტანუსის რევაქცინაციაც უნდა შეეთავაზოთ.

კლინიცისტმა მხედველობაში უნდა მიიღოს მოვლის დაწესებულებებში ეპიდემიოლოგიური გამოწვევები - ანტიბიოტიკრეზისტენტული პათოგენები, ანტიბიოტიკინდუციურული კლოსტრიდიოლული კოლიტი - და უმკურნალოს ანტიბიოტიკების მართვის მიღებული სქემებით.

**ინფექციების შეფასება** - არის რამდენიმე ფაქტორი, რაც ართულებს ინფექციის გამოცნობას ხანგრძლივი მოვლის პაციენტებში: კავშირის დამყარების პრობლემები, მრავალი კომორბიდული მდგომარეობა, ატიპური გამოვლენა. ცხელება, რაც განისაზღვრება, როგორც  $>38^{\circ}\text{C}$ , ასეთ პაციენტების 50%-ში საერთოდ არ ვლინდება სერიოზული ინფექციების დროს.

ინფექციაზე უნდა მივიტანოთ ეჭვი შემდეგი ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში:

- ახალდმოცნებული ან მზარდი კონფუზია, მარდის/განავლის შეუკავებლობა, გაუარესებული მობილობა;
- საკვების მიღების შემცირება;
- ქცევის შეცვლა (აგრესია, აჟიტაცია).
- ერთ-ერთი განსაზღვრების მიხედვით, ხანგრძლივი მოვლის პაციენტებში ცხელების განსაზღვრისათვის იყენებენ შემდეგ პარამეტრებს:
- ერთჯერადად გაზომილი ორალური ტემპერატურა  $>37,8^{\circ}\text{C}$ , ან
- განმეორებით გაზომილი ორალური ტემპერატურა  $>37,2^{\circ}\text{C}$  ან რექტალური ტემპერატურა  $>37,5^{\circ}\text{C}$ , ან
- ტემპერატურის ზრდა  $>2^{\circ}\text{C}$  ჩვეულებრივ შედარებით.

საწყისი შეფასება ხდება მომვლელი პერსონალის მიერ და მოიცავს შემდეგს: რესპირაცია, ჰიდრატაცია, ფსიქიკური სტატუსი, კანის დათვალეერება, ცხვირ-ხახის შეფასება, გულმკერდის, გულის, მუცლის და კათეტერის (თუ სახეზეა) შეფასება.

შეფასების შემდეგი საფეხურია: სისხლის საერთო ანალიზი, ბაქტერიული კულტურა (მხოლოდ მაშინ, როცა ბაქტერიემიის რისკი მაღალია), პულსოქსიმეტრია პაციენტებში, სადაც სუნთქვის სიხშირე  $>25'$ , ან სხვა რესპირატორული ნიშნები და სიმპტომები აქვს; გულმკერდის რენტგენოგრაფია, თუ ვლინდება ჰიპოქსემია (სატურაცია  $<90$ ).

**კლინიკური შემთხვევა (ბ)**

ბატონი მურთაზი, 74 წლის, გადმოყვანილი იქნა საავადმყოფოდან მოვლის დაწესებულებაში. პაციენტი კლინიკაში მკურნალობდა ტრავმული სუბდურული ჰემატომის გამო, ჰოსპიტალში განვითარდა ნოზოკომიური პნევმონია, კლოსტრიდიოდიული კოლიტი. კლინიკიდან გამოწერეს სტაბილურ მდგომარეობაში, თუმცა პაციენტთან კვლავ გრძელდებოდა ფადარათი, ვლინდებოდა არაადეკვატური ქცევა - ცდილობდა ტრაქეოსტომის და საკვები ზონდის მოცილებას.

პაციენტი შეფასდა კლინიცისტის და მოვლის ექთნის მიერ, ჩატარდა დისტანციური კონსულტაცია რესპირატორული მედიცინის სპეციალისტთან.

ემპირიულად ჩაითვალა, რომ სახეზე იყო კვლავ კლოსტრიდიოდიული კოლიტის გამწვავება და დაწყებული იქნა ვანკომიცინით პერორალური მკურნალობა, მიღებული იქნა ინფექციის კონტროლის ზომები. მოვლის პერსონალი იძულებული გახდა, გამოეყენებინა მექანიკური შემაკავებელი საშუალებები, დაწყებული იქნა ნაწოლების პროფილაქტიკაც. გაგრძელდა სტანდარტული ანტიბიოტერაპიული მკურნალობა. დანიშნული ჰქონდა კარბამაზეპინი, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს გულყრა არ ჰქონია. ამიტომ, მიღებული იქნა გადაწყვეტილება კარბამაზეპინით მკურნალობის შეწყვეტაზე.

მკურნალობის ფონზე დასაწყისში პაციენტის მდგომარეობა გახდა სტაბილური, სატურაციის ციფრები გაუმჯობესდა ისე, რომ თითქმის აღარ საჭიროებდა ჟანგბადის მიწოდებას, ფადარათი შეწყდა, ზოგადი მდგომარეობა მკვეთრად გაუმჯობესდა.

ამ პერიოდში დაწესებულებაში დაფიქსირდა კოვიდით ინფიცირება, თუმცა მოცემულ პაციენტთან ტესტი ორჯერ ჩატარდა და იყო უარყოფითი.

მოვლის დაწესებულებაში ყოფნის მე-3 კვირას, ღამით დაეწყო ძლიერი ფადარათი და დილით განვითარდა უეცარი სიკვდილი.

**ასიმპტომური ბაქტერიურია** შეიძლება ინახოს ბინადართა 50%-ში, როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში. ქვემოთ ჩამოთვლილია ფაქტორები, რაც ხელს უწყობს საშარდე გზების კოლონიზაციას:

- დემენცია;
- ფიზიკური უძლურება - უჭირს ტუალეტში მისვლა;
- ნევროლოგიური პროცესები, რაც აზიანებს შარდის ბუშტს;
- ზოგადად, საშარდე ინფექციის სიხშირის ზრდა ასაკთან ერთად იმ ადამიანებში, ვისაც ეს ქრონიკულად აწუხებთ.

ბაქტერიურიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები ხანდაზმულებშიც იგივეა, რაც ახალგაზრდებში, მაგრამ პიურიის არსებობა არ არის სპეციფიკური საშარდე ინფექციის სადიაგნოსტიკოდ მოვლის სახლის ბინადრებში.

ასიმპტომური ბაქტერიურიის მკურნალობა პაციენტებში არ ახდენს საშარდე გზები ინფექციის პრევენციას.

**პნევმონია** - პაციენტები შორსწასული დემენციით, პარკინსონიზმით და სხვა ნევროლოგიური პრობლემებით არიან ასპირაციული პნევმონიის მაღალი რისკის



ქვეშ. აღნიშნულის გამო, პნევმოკოკური ვაქცინით იმუნიზაცია რეკომენდებულია პაციენტებში, ვინც აკმაყოფილებს შესაბამის კრიტერიუმებს.

რამდენიმე კვლევამ აჩვენა, რომ პირის ღრუს ჰიგიენა ამცირებს პნევმონიის რისკს 65 წელზე მეტი ხნის პაციენტებში.

პნევმონია შეიძლება წარმატებით იმართოს მოვლის სახლებში. ვინაიდან ბაქტერიული კვლევა აქ შეუძლებელია, მკურნალობა უნდა იყოს ემპირიული. ძირითადი გამომწვევი მიკრობებია *Streptococcus pneumoniae*, *S. aureus* და ენტერალური გრამუარყოფითი ორგანიზმები განსაკუთრებით მძიმე პაციენტებში.

**ტუბერკულოზი** - ლატენტური ტუბერკულოზის სკრინინგი ჩვეული პრაქტიკა იყო მოვლის დაწესებულების ბინადრებში. ამჟამად ეს იმდენად აქტუალური აღარ არის, თუმცა, საქართველოს რეალობაში გასათვალისწინებელია, ვინაიდან ტუბერკულოზის შემთხვევათა რიცხვი მეტია 100 per 100000 პოპულაციაზე.

**ინფექცია მოვლის დაწესებულების ბინადრებში შორსწასული დემენციით** - ასეთ შემთხვევაში პროგნოზი ცუდია. ანტიბიოტიკები შორსწასული დემენციის დროს სარწმუნოდ ვერც სიცოცხლის გახანგრძლივებას იწვევს და ვერც სიმპტომების შემსუბუქებას. ცხელების მკურნალობა აცეტამინოფენით, ჟანგბადით და კომფორტული გარემოს შექმნით პაციენტისთვის დაახლოებით იმავე შედეგის მომტანია, რაც ანტიბიოტიკოთერაპია. არც ზონდით კვებას აქვს ასპირაციული პნევმონიის საპროფილაქტიკო ეფექტი. ასეთ შემთხვევაში, სჯობს პაციენტის მოთავსება პალიატიური მოვლის განყოფილებაში.

**ტკივილი** - ჩვეულია მოვლის დაწესებულებებში და ხშირად არაადეკვატურად ფასდება. ტკივილი იწვევს ძალიან ბევრ გართულებას - დეპრესია, წონის დაკლება, დელირიუმი, ფუნქციური უძლურება, კანის დაზიანება. ზომიერად მძიმე კოგნიტური გაუარესების მქონე პაციენტებსაც კი შეუძლიათ ტკივილის იდენტიფიცირება. თუ ტკივილი აუარესებს პაციენტის ძილს ან ღლიურ აქტივობას, მაშინ თერაპიული ჩარევაც უნდა დაიგეგმოს და პასუხი ამ ღონისძიებაზე ყურადღებით უნდა იქნეს შეფასებული. მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს იმ შემთხვევაში, თუ ის ეფექტურია და არ იწვევს მნიშვნელოვან გვერდით მოვლენებს.

ტკივილი შეიძლება იყოს მუდმივი, მწვავე და სიცოცხლის დასასრულთან ასოცირებული.

- მუდმივი ტკივილი ხშირად გამოწვეულია ართრიტით, რაც მოვლის სახლების ბინადართა 80%-ს აწუხებს;
- მწვავე ტკივილი შეიძლება გამოიწვიოს ახალი ან არსებული ავადმყოფობის გამწვავებამ, აქვე განიხილება პოსტოპერაციული ტკივილიც;
- სიცოცხლის დასასრულთან ასოცირებული ტკივილი დაკავშირებულია ავთვისებიან სიმსივნეებთან, თუმცა, შორსწასული დემენციის მქონე პაციენტებთანაც ზოგჯერ გამოვლინდება მსგავსი დისტრესი.

ტკივილის მართვისთვის შეიძლება ვცადოთ მრავალი არაფარმაკოლოგიური მიდგომა - ცხელი ან ცივი საფენები, მასაჟი, დაჭიმვა, კუნთების გამაძლიერებელი

ვარჯიშები. როდესაც საჭიროა მედიკამენტური თერაპია, უნდა ვიხელმძღვანელოთ WHO ტკივილის მართვის ალგორითმით (pain ladder), რაც გულისხმობს საფეხურებრივ მიდგომას: არაოპიოიდური, სუსტი ოპიოიდები და ძლიერი ოპიოიდები დამხმარე მედიკამენტურ საშუალებებთან ერთად. უნდა შეფასდეს, რა სქემა იქნეს გამოყენებული - სიმპტომური თუ რეგულარული. პაციენტებში კოგნიტური გაუარესებით და მუდმივი ტკივილებით რეგულარული სქემა საჭირო, ვინაიდან ისინი ვერ აცნობიერებენ ტკივილგაყუჩების საჭიროებას. ნარკოტიკები იწვევს შეკრულობას, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნეს.

### კვება და ჰიდრატაცია

**კვება** - როგორც ხანგრძლივი, ასევე ხანმოკლე მოვლის პაციენტები განსაკუთრებით მოწყვლადები არიან ადეკვატური კვების და ჰიდრატაციის შენარჩუნების თვალსაზრისით. პაციენტები, რომლებიც ჰოსპიტლებიდან შემოვიდნენ, ხშირად არიან სპეციალურ დიეტაზე, დამატებით, დელირიუმი, ტკივილი და კუჭ-ნაწლავის აშლილობები გავლენას ახდენს კვებით სტატუსზე, მაშინაც კი, როცა ეს მდგომარეობები გამოსწორდება. ქრონიკულ დაავადებებს, დეპრესიას, მედიკამენტურ გვერდით მოვლენებს მნიშვნელოვანი წილი აქვს ანორექსიასა და წონის დაკლების გამომწვევ მიზეზებში. ხანგრძლივი მოვლის მოსარგებლებს ხშირად აქვთ ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადებები, რაც აუარესებს მადას, დეჰჰიდრატაციას, ყლაპვას, საჭმლის მონელებას, რის გამოც წონაში კლება გარდაუვალია. წონის კლება  $\geq 5\%$  30 დღის განმავლობაში ან  $\geq 10\%$  180 დღის განმავლობაში საჭიროებს მოვლის გეგმის გადახედვას. სპეციალური დიეტის გარეშე წონის 5%-ით კლება 5-10-ჯერ ზრდის სიკვდილის რისკს.

წონის კლების მართვა უნდა წარმართოს მრავალდარგობრივმა ჯგუფმა, რომლის შემადგენლობაში შედის დიეტოლოგი. ის ახდენს შეფასებას და იძლევა კვებით რეკომენდაციებს. სხვა სპეციალისტები, რომლებიც ასევე უნდა იყვნენ ამ ინტეგრირებულ გუნდში, არიან მეტყველების თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ბიჰევიორული ჯანმრთელობის სპეციალისტი. გუნდის შემადგენლობა დამოკიდებულია წონაში კლების ეტიოლოგიაზე. მაგალითად, ყლაპვის მოშლა ასოცირებულია ისეთ ნევროლოგიური პრობლემებთან, როგორცაა პარკინსონიზმი, ალცჰაიმერის დაავადება, ინსულტი. მწვავე დაავადების შემდგომი პაციენტი, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს ორალური ინფექცია (კანდიდიასი), დასხივებასთან ასოცირებული დამწვრობა/ანთება, ცუდად მორგებული კბილების პროთეზი. მეტყველების თერაპევტმა შეიძლება განსაზღვროს საკვების კონსისტენცია, პაციენტთან ერთად დაამუშაოს ყლაპვის ტექნიკა. სიმარჯვის და მოქნილი მოძრაობების დაქვეითებას, იქნება ეს ართრიტის, ინსულტის თუ ტრავმის გამო, მკურნალობს ოკუპაციური თერაპევტი, რომელიც ასწავლის პაციენტს დამხმარე საშუალებების გამოყენებას.

მალნუტრიციასთან და წონის კლებასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი დიდი ფაქტორია დეპრესია. ის საჭიროებს ანტიდეპრესანტებით მკურნალობას. თუმცა, ანტიდეპრესანტებმაც (SSRI) შეიძლება მოგვცეს ანორექსია, ხოლო ტრიციკლურმა

ანტიდეპრესანტებმა შეკრულობა და პირის სიმშრალე. ზოგიერთი მონაცემების მიხედვით, მირტაზაპინი შეიძლება უფრო მისადაგებელი იყოს ასეთ შემთხვევებში.

**ჰიდრატაცია** - ხანდაზმული პაციენტები, დაქვეითებული წყურვილის გრძობის გამო, არიან გაუწყლოების რისკის ქვეშ; ასევე, გარკვეული როლი აქვს რენინის და ალდოსტერონის პროდუქციის დაქვეითებას, რასაც მოსდევს წყლისა და მარილების კარგვა. ეს რისკი მკვეთრად იზრდება კოგნიტური გაუარესების მქონე და/ან ფიზიკურად დაუძლურებულ პაციენტებში. მარდმდენები კიდევ უფრო ზრდის გაუწყლოების რისკს, განსაკუთრებით, როცა მწვავე მდგომარეობა აუარესებს მადას და სითხის მიღებას. მარტივი ჩარევა - რეგულარულად სითხეების შეთავაზება მნიშვნელოვნად ამცირებს გაუწყლოების რისკს.

ხშირად, გაუწყლოების სიმპტომატიკა ხანდაზმულებში არასპეციფიკურია - ფსიქიკური სტატუსის ცვლილება, დაცემები; უფრო სპეციფიკური სიმპტომები, როგორცაა ორთოსტატიული ჰიპოტენზია, მშრალი ლორწოვანი, ჰიპერნატრიემია, პრერენული აზოტემია, ასოცირებულია უფრო მძიმე გაუწყლოებასთან.

მოვლის დაწესებულებები თავიანთი შესაძლებლობებით განსხვავდება. როცა მიღებულია გადაწყვეტილება, რომ პარენტერალურად იქნეს ჰიდრატაცია მართული, შეიძლება გამოვიყენოთ კანქვეშა ინფუზია (ჰიპოდერმოკლიზისი), როგორც ინტრავენურის ალტერნატივა მსუბუქ და ზომიერ შემთხვევებში, მაშინ, როცა ნებისმიერი მიზეზით ინტრავენური ინფუზია ვერ ხერხდება.

**ნაწოლები** - ნაწოლები ხშირად მტკივნეულია, აუარესებს პაციენტის მობილობას, ზრდის ინფექციის და სიკვდილის რისკს. ექიმი და პრაქტიკოსი კლინიცისტი საზღვრავენ რისკებს და ინფორმაციას გადასცემენ გუნდის სხვა წევრებს - ფიზიკური თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, დიეტოლოგი. ექიმმა რეგულარულად უნდა შეაფასოს ნაწოლები და გადაწყვიტოს, საჭიროა თუ არა ქრონიკული ჭრილობის მოვლის სხვა სპეციალისტების ჩართვა. კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს დოკუმენტაციის სწორად წარმოებას ჭრილობის შეხორცების მიმდინარეობის მეთვალყურეობისთვის.

ნაწოლების განვითარების რისკ-ფაქტორებია: მოძრაობის შეზღუდვა, გაუარესებული კვება, სენსორული და კოგნიტური სფეროების გაუარესება, შეუკავებლობა. ბარდაყის მოტენილობამ და ინსულტმა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ნაწოლები.

ნაწოლების მართვა მოიცავს სპეციალურ მატრასს, პაციენტის სწორად დაწვენას, გადაბრუნების სიხშირის კონტროლს, ჭრილობის სპეციფიკურ მკურნალობას. ის საჭიროებს მრავალდარგობრივ მიდგომას ისე, რომ მიწოდებული მომსახურებები იყოს კოორდინირებული, რათა განვავითაროთ, განვახორციელოთ და მეთვალყურეობა გავუწიოთ მოვლის გეგმას, რომელიც ყველაზე შესაბამისია ნაწოლების რისკის განვითარების მქონე პაციენტათვის.

ნაწოლების განვითარება ხშირად ასოცირებულია კვების დეფიციტთან, ამიტომ, ზოგჯერ, შეფასებისას საჭიროა ალბუმინის და პრეალბუმინის განსაზღვრა, მიღებული კალორიების დათვლა და წონის კლების შეფასება. კომორბიდული მდგომარეობები, რომლებიც აუარესებს მადას ან საკვების შეწოვას, კიდევ მეტად ზრდის რისკს.

ჭრილობების შეხორცებას შეიძლება დასჭირდეს ჭარბი ცილის მიღება, რისთვისაც, ზოგიერთი კვლევის მიხედვით, იყენებენ საკვებ დანამატებს.

ნაწოლების დროს ჭრილობის მოვლა დამოკიდებულია ჭრილობის ხასიათზე - ფუფხის არსებობა, ექსუდატის რაოდენობა, ჭრილობის ზომა და სიღრმე.

პაციენტებში ტერმინალური მდგომარეობებით შეიძლება არ ჩატარდეს ყველა ის ღონისძიება, რაც მიმართულია ნაწოლების შეხორცებისკენ, მაგალითად, მაქსიმალურად შევზღუდოთ პაციენტის პოზიციის შეცვლა, უარი ვთქვათ ჭრილობის ქირურგიულ დამუშავებაზე.

### კლინიკური შემთხვევა (ა)

ქალბატონი მარინა, 65 წლის, გადმოყვანილი იქნა მოვლის დაწესებულებაში. სახლში მას უვლიდა არაპროფესიონალი მომვლელი. ბოლო პერიოდში ის იყო აგზნებული, ყვიროდა, მკვეთრად დაიკლო წონაში, შეამჩნიეს, რომ კუდუსუნზე ჰქონდა ნაწოლიც. იღებდა ქვეტიაპინს, ანტიდიაბეტურ პერორალურ საშუალებებს.

პაციენტი მოვლის დაწესებულებაში შეფასდა კლინიცისტის, მოვლის ექთნის, ნაწოლების მოვლაში სპეციალურად ტრენირებული ექთნის მიერ, დისტანციური კონსულტაცია ჩატარდა ენდოკრინოლოგთანაც.

ვლინდებოდა დიდი ზომის IV ხარისხის ნაწოლი კუდუსუნის მიდამოში, უხვი ექსუდაციით, გამოხატული იყო მკვეთრი ჰიპერგლიკემია, ცხელება, პაციენტი კონტაქტში არ შემოდოდა, მხოლოდ ყვიროდა, მოძრაობა ჰქონდა მკვეთრად შეზღუდული.

დაწყებული იქნა ინსულინოთერაპია, ანტიბიოტიკების (კლინდამიცინი, ლევოფლოქსაცინი) 14 დღიანი კურსი, ჭრილობის ნეკროზული ქსოვილების მოცილება და შესაბამისი შეხვევა ყოველდღიურად, ტკივილგამაყუჩებელი თერაპია (არასტეროიდი, ამიტრიპტილინი).

მკურნალობის ფონზე პაციენტის მდგომარეობა მალევე გაუმჯობესდა, ნაწოლი დასტაბილდა, ცხელება გაქრა და შაქრის ციფრები ნორმალიზდა, მოიხსნა ტკივილიც, შესაბამისად, მალევე შეწყდა ამიტრიპტილინით თერაპია.

პაციენტი ამჟამადც აგრძელებს მოვლის სახლში ყოფნას, ნაწოლი შეხორცებულია, ქცევის აშლილობები აღარ აღენიშნება, თუმცა, სახეზეა მკვეთრად შორსწასული დემენცია, პაციენტი საწოლს არის სრულიად მიჯაჭვული.

ხდება საუბრები ოჯახის წევრებთან, რომელთა გადაწყვეტილებით უარი ითქვა ჰოსპიტალურ თერაპიაზე და აირჩიეს მხოლოდ ის მკურნალობა, რაც მოვლის სახლშია შესაძლებელი (მაღალი გრადაციის ზრუნვის III დონე).

**მედიკამენტების გვარდითი მოვლენების პრევენცია** - პოლიფარმაცია - 5 ან მეტი მედიკამენტით მკურნალობა - პაციენტს აყენებს მედიკამენტური რეაქციების გაზრდილი რისკის ქვეშ. განსაკუთრებით, ეს ეხება მოწყვლად ხანდაზმულებს. ის ასოცირებულია დაცემებთან, დელირიუმთან და სხვა გერიატრიულ სინდრომებთან. მაღალი რისკის მედიკამენტებია ანტიფსიქოზურები, ანქსიოლიზურები, ანტიკოაგულანტები და საძილე საშუალებები. მრავალი მედიკამენტი შეიძლება

გამოვიყენოთ სინერგიულად ჩვეული მდგომარეობების დროს, მაგრამ მედიკამენტებთან დაკავშირებული რეაქციების რისკიც პროპორციულია მიღებული მედიკამენტების რაოდენობისა.

მედიკამენტების ტოქსიკურობა მოვლის სახლის ბინადართა ჰოსპიტალიზაციის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია. წამლების აკუმულირება დამოკიდებულია მათი დისტრიბუციის და კონცენტრაციის ცვლილებებზე, რასაც, თავის მხრივ, განაპირობებს გაზრდილი ცხიმოვანი მასა, დაქვეითებული ღვიძლის და თირკმლის კლირენსი. ცენტრალური ნერვული სისტემის მომატებული მგრძობელობა ანტიქოლინერგულ საშუალებებზე იწვევს დელირიუმს, შეკრულობას, შარდის შეკავებას, სიარულის არასტაბილობას.

ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებს პოლიფარმაციას, არის მრავალი ქრონიკული მდგომარეობა, რაც გამწვები მექანიზმია სხვადასხვა კლინიკური ალგორითმის გამოყენებისა ერთ პაციენტთან. თითოეული ეს ალგორითმი აუმჯობესებს დაავადების გამოსავალს, თუმცა, რაც ოპტიმალურია პაციენტისთვის ერთი დაავადებით, არ არის აუცილებლად მიზანშეწონილი პაციენტისთვის მრავალი დაავადებით. გარდა ამისა, პაციენტებთან, რომელთა სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა შეზღუდულია, მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს პაციენტის კომფორტი. მოვლის სახლების ბინადრები ხშირად არ არიან ადეკვატური კანდიდატები იმ ალგორითმებისთვის, რომლებიც შექმნილია სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად. ასეთ პაციენტებში გონივრულია მოვერიდოთ დიაბეტის, ჰიპერლიპიდემიის, ჰიპერტენზიის, ოსტეოპოროზის ინტენსიურ მკურნალობას.

პოლიფარმაცია იწვევს ისეთ გვერდით მოვლენებს, რაც აღიქმება, როგორც ახალი მდგომარეობა, რასაც მოსდევს დამატებითი მედიკამენტის დანიშვნა, ნაცვლად „დამნაშავე“ მედიკამენტის შეწყვეტისა. მაგალითად, საფალარათო საშუალებები იწვევენ ფალარათს და პაციენტები ღებულობენ ანტიდიარეულ აგენტებს, ნაცვლად საფალარათო პრეპარატების შეწყვეტისა.

მოვლის დაწესებულებებმა შეიძლება შეამცირონ არააუცილებელი წამლების გამოყენება კლინიკური ფარმაცევტის კონსულტაციის საფუძველზე, ვისაც შეუძლია გადახედოს მკურნალობის რეჟიმს და გასცეს რეკომენდაციები ზოგი პრეპარატის შესაწყვეტად, ხოლო ზოგის დოზის მოდიფიცირებისთვის. მანვე უნდა შეაფასოს კლინიკური და ლაბორატორული დაკვირვების შედეგები.

კლინიცისტი უნდა მუშაობდეს ფარმაცევტთან და მომვლელ პერსონალთან ერთად, რათა მოახდინონ ისეთი მედიკამენტების დანიშნულებების შემსუბუქება, რაც შეიძლება აღარ იყოს საჭირო და იყოს პოტენციურად ვნების მომტანი (პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები, ქოლინესტერაზას ინჰიბიტორები, სტატინები) და/ან ერთი და იმავე კლასის (მაგ.: ანტიჰიპერტენზიულიები, ჰიპოგლიკემიურები, ფსიქოაქტიური მედიკამენტები, ანალგეტიკები).

მკურნალობის სქემა უნდა იყოს პრაქტიკული პაციენტისთვისაც და მომვლელისთვისაც, მათ უნდა იცოდნენ თითოეული მედიკამენტის ჩვენება და გვერდითი მოვლენები. მნიშვნელოვანია ასევე, რომ დანიშნულება დაწერილი იყოს გასაგებად, ხოლო მედიკამენტები იყოს ხელმისაწვდომი.

## შარდვისა და კუჭის მოქმედების საკითხები

**შარდის შეუკავებლობა** - მოვლის დაწესებულებების ბინადართა 57% აწუხებს შარდის შეუკავებლობა, ის ასოცირებულია ჰოსპიტალიზაციის გაზრდილ რისკთან, სამარდუ გზების ინფექციასთან, ნაწოლებთან და მნიშვნელოვნად აუარესებს ცხოვრების ხარისხს. დიაგნოზი და მართვა მოიცავს შემდეგ საფეხურებს:

- დაადგინეთ შეუკავებლობის ტიპი - სტრესული, არაკონტროლირებადი (urge), გადავსების (overflow), შერეული, ფუნქციური;
- შეაფასეთ პოტენციურად შექცევადი მდგომარეობები - დელირიუმი, შარდის შეკავება, ცისტითი, შეკრულობა, დიაბეტი, კოფეინის ჭარბმომხმარება, მედიკამენტები (ანტიქოლინერგული და დიურეტიკები);
- განახორციელეთ დროულად მოშარდვის შესაძლებლობა ხანდაზმულთათვის დღის განმავლობაში (ზრდის მომვლელის დაკავებულობას);
- პაციენტებში სტრესული ან არაკონტროლირებადი შეუკავებლობით დადებითი შედეგი აქვს შორისის კუნთების ვარჯიშებს, თუ შესაძლებელია;
- განიხილეთ შარდის ბუშტის რელაქსანტების გამოყენება არაკონტროლირებადი ტიპის შეუკავებლობის დროს იმ პაციენტებში, სადაც გაზრდილია დაცემების რისკი და გაუარესებულია კოგნიტური ფუნქციები;
- ყურადღებით შერჩეულ ადამიანებში შეიძლება განხილული იქნეს უროლოგიური, გინეკოლოგიური და/ან უროდინამიური თერაპია.

**განავლის შეუკავებლობა** - განავლის შეუკავებლობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზია შეკრულობა ან განავლოვანი მასის გაჭედვა და მის გარშემო განავლის ჟონვა. მკურნალობა უნდა წარიმართოს შეკრულობის საწინააღმდეგოდ. საფალარათო საშუალებებს, ანტიბიოტიკებს და ჰიპეროსმოლარულ დანამატებს ასევე აქვთ როლი განავლის შეუკავებლობის განვითარებაში. შორსწასული ნევროლოგიური დაავადებების ან დემენციის დროს განავლის შეუკავებლობის მკურნალობა, როგორც წესი, მხოლოდ მხარდამჭერია.

**შარდის მწვავე შეკავება** - ხშირი პრობლემაა და შეიძლება იყოს ტკივილის, შეკრულობის ან აჟიტაციის მიზეზი. განსაკუთრებით ხშირია კაცებში პროსტატის ჰიპერპლაზიის გამო, თუმცა შეიძლება ქალებთანაც შეგვხვდეს ინსულტის ან დიაბეტის დროს, შეიძლება გამოიწვიოს ანტიქოლინერგულმა მედიკამენტებმაც (ანტიჰისტამინები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები).

**შეკრულობა** - ძალიან ხშირია მოვლის დაწესებულებებში, რის გამოც კონტინგენტის 50% რეგულარულად იყენებს საფალარათო საშუალებებს.

შეკრულობამ შეიძლება გამოიწვიოს ანორექსია, შარდის შეკავება, განავლის და შარდის შეუკავებლობა, სოციალური იზოლაცია, რექტალური პროლაფსი. იშვიათად, მძიმე კონსტიპაციას შეიძლება მოჰყვეს ნაწლავების პერფორაცია.

შეკრულობის შეფასება გაძნელებულია პაციენტებში კოგნიტური დეფიციტით, ის შეიძლება იყოს ანტიქოლინერგული საშუალებების, ოპიოიდების, რკინის, კალციუმის

და არასტეროიდების გამოყენების შედეგი. შეკრულობა შეიძლება გახდეს პოლიფარმაციის მიზეზი, თუ მას მკურნალობენ საფალარათო საშუალებებით და არა დამნაშავე პრეპარატების შემცირების საშუალებით.

### **მაღალი გრადაციის ზრუნვის/მოვლის დაგეგმვა**

მოვლის დაწესებულებების ბინადრებს უმეტესად აქვთ უკურნებელი მდგომარეობები/ავადმყოფობები. მათ ავადობის და სიკვდილობის მაღალი რისკი აქვთ. ხშირია კოგნიტური გაურესებაც შექცევადი ან მუდმივი მიზეზებით. ასეთ ჯგუფში მომავალი ზრუნვის დაგეგმვას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს.

პაციენტის სურვილით, ან მის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უნარის არქონის შემთხვევაში შეიძლება დაინიშნოს რწმუნებული ჯანმრთელობის საკითხებში (health care proxy). გადაწყვეტილების უნარის შეფასება ტარდება ზრუნვის გუნდის მიერ - კლინიცისტი, თერაპევტი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქიატრი. შეიძლება საჭირო იყოს სპეციალური დოკუმენტაციის შევსებაც.

საუბარი ჯანმრთელობაზე პაციენტთან ან რწმუნებულთან გვეხმარება გავარკვიოთ პაციენტის მოლოდინები (მაგ., სიცოცხლის გახანგრძლივება, ფუნქციების შენარჩუნება, მაქსიმალური კომფორტი). შემდეგ, კლინიცისტთან ერთად მუშავდება შესაბამისი ზრუნვის გეგმა.

პაციენტის ან რწმუნებულის მოთხოვნა შეიძლება იყოს რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარების უარყოფა (Do not resuscitate).

**ჰოსპიტალიზაცია** - მაღალი გრადაციის ზრუნვის ერთ-ერთი წარმატებული მიდგომა მოიცავს შემდეგ დონეებს:

- I დონე - ყველა სახის სამედიცინო ჩარევა, კარდიოპულმონური რეანიმაციის და ინტენსიური თერაპიის ჩათვლით;
- II დონე - ჰოსპიტალური ჩარევა, კარდიოპულმონური რეანიმაციისა და ინტენსიური თერაპიის გამოკლებით;
- III დონე - მხოლოდ ის მკურნალობა, რაც შესაძლებელია მოვლის სახლში;
- IV დონე - მხოლოდ პალიატიური მოვლა.

ასეთი სისტემის განხორციელება მოითხოვს კლინიცისტების, მოვლის სახლის თანამშრომლების, ბინადრების და მათი ოჯახის წევრების განათლებას. შედეგად, უკვე წინასწარ არის ნათელი, თუ რა მიდგომა შეიძლება იქნეს გამოყენებული დაავადებების გამწვავებისას.

**არააუცილებელი ჰოსპიტალიზაციის პროფილაქტიკა** - ამისათვის, მოწოდებულია რამდენიმე სტრატეგია:

- ჯანმრთელობის პრობლემის აღრეული ამოცნობა და პროაქტიური მკურნალობა;

- სამედიცინო პერსონალის შეთანხმებული ქმედება, რათა არ იქნეს დარღვეული მკურნალობის უწყვეტი ჯაჭვი, როცა პაციენტის გადაყვანა ხდება ერთი ადგილიდან მეორეში;
- ჰოსპისში გასაგზავნი პაციენტების სწორი შერჩევა;
- ვაქცინაციის პროგრამების განხორციელება გრიპსა და პნევმოკოკურ პნევმონიაზე;
- ანტიბიოტიკების მოხმარების მართვის პროგრამის სწორად დაგეგმვა.

## რეკომენდაციები

რაკი საქართველოში ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებები ინსტიტუციურად განვითარებული არ არის, სისტემურის ნაცვლად, მოწოდებულია ორგანიზაციული და კლინიკური რეკომენდაციები:

- პაციენტმა მოვლის პროფესიონალურ სახლებში უნდა გაიაროს სრული ინტეგრირებული შეფასება მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ, რაც უნდა გამეორდეს კვარტალურად.
- ქცევითი პრობლემები ყველაზე რთული გამოწვევაა მოვლის დაწესებულებათათვის. დელირიუმის გამოცნობა ხშირად ვერ ხდება და ის უნდა იქნეს განხილული არაადეკვატური ქცევის პოტენციურ მიზეზად. დელირიუმი საჭიროებს გამომწვევი პრობლემის მართვას, რაც მოიცავს ელექტროლიტურ დისბალანსს, დეჰიდრატაციას, ტკივილს და ინფექციას. მიუხედავად იმისა, რომ ანტიფსიქოზური მედიკამენტები განიხილება, როგორც ქიმიური ბორკილები, ისინი მაინც გამოიყენება ფსიქოზის და აგრესიული ქცევის დროს მოვლის დაწესებულებებში; უპირატესად, იყენებენ ატიპურ ანტიფსიქოზურ საშუალებებს.
- დეპრესია ფართოდ გავრცელებული და არასათანადოდ შეფასებული პრობლემაა მოვლის დაწესებულებებში. SSRI პრეპარატები არის არჩევის მკურნალობა, ხოლო ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებისგან თავი უნდა იქნეს შეკავებული ანტიქოლინერგული ეფექტების გამო.
- დაცემები ხშირი პრობლემაა მოვლის სახლებში. რისკის შემცირება შეიძლება მრავალდარგობრივი მიდგომით და იმ მედიკამენტების შეზღუდვით, რაც დაცემებთან არის ასოცირებული.
- მოვლის სახლების მომსახურე პერსონალი და პაციენტები ვაქცინირებულნი უნდა იქნენ გრიპზე ადრეულ შემოდგომაზე. გრიპის ეპიდემიის დროს პაციენტებს, ვისაც ჰქონდათ კონტაქტი, უნდა ჩაუტარდეთ ანტივირუსული პროფილაქტიკა. დამატებით, უნდა გამკაცრდეს ინფექციური კონტროლის ზომები, შეიზღუდოს გადაადგილება დაავადებული ზონიდან სხვა ზონებში.
- *Clostridioides difficile* დიარეის დიაგნოსტიკების შემთხვევაში მიღებული უნდა იქნეს უნივერსალური სიფრთხილის ზომები.
- ტკივილი ხშირად არასათანადოდაა შეფასებული მოვლის დაწესებულებებში. სიცოცხლის ბოლო დღეების ტკივილი განსაკუთრებული გამოწვევების შემცველია.



ამ დროს მნიშვნელოვანია ტრანსდერმული და სუბლინგვალური ოპიოიდების გამოყენება.

- არაგანზრახული წონის კლება პირდაპირპროპორციულ დამოკიდებულებაშია სიკვდილობასთან და საჭიროებს გამომწვევი შექცევადი მიზეზების შეფასებას, მათ შორისაა დეპრესია, ორალური და ნევროლოგიური პრობლემები, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები. არ არის მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ ენდოსკოპიური გასტროსტომია აუმჯობესებს კვებით სტატუსს ან ახანგრძლივებს სიცოცხლეს პაციენტებში შორსწასული დემენციით. ორალურ კვებით დანამატებს შეიძლება ზომიერად დადებითი ეფექტი ჰქონდეს.
- რეგულარულად სითხის შეთავაზებამ შეიძლება მოახდინოს დეჰიდრატაციის პრევენცია. სითხის კანქვეშა ინფუზია შეიძლება იყოს ინტრავენური გადასხმის ალტერნატივა.
- ნაწოლების მართვა საჭიროებს მრავალდარგობრივ მიდგომას. ასეთ პაციენტებთან ხშირად სახეზეა მალნუტრიცია და მათ შეიძლება დასჭირდეთ გაზრდილი ცილოვანი საკვები ჭრილობის შეხორცების დასაჩქარებლად.
- ფარმაცევტმა და კლინიცისტმა რეგულარულად უნდა განიხილონ დანიშნულებაში მედიკამენტების სია და შევალონ ისინი პაციენტის სტატუსის ცვლილებასთან ერთად.
- ხანგრძლივი მოვლის მნიშვნელოვანი ნაწილია მაღალი გრადაციის მოვლის დაგეგმვა. ასევე „არ ჩამიტაროთ რეანიმაციის“ საკითხები. ბინადრებს უნდა მიეცეთ ჰოსპიტალიზაციის შეზღუდვის არჩევანი.
- ხანგრძლივი მოვლის რეკომენდაციები მოიცავს პაციენტის მოვლას როგორც ბინაზე, ასევე მოვლის დაწესებულებებში.

საქართველოში ამ ეტაპზე მოცემული რეკომენდაციების გათვალისწინება ხდება მხოლოდ სპორადულად და ნაწილობრივ.

უკეთეს შემთხვევაში, მოვლის მრავალდარგობრივ ჯგუფში შედიან მომვლელი ექთნები და კლინიცისტები, რაც, არც თუ იშვიათად, დამაკმაყოფილებელია. უხშირესად კი მოვლა ხორციელდება არაპროფესიონალი მომვლელების მიერ. ასეთ პაციენტებში ავადობა და სიკვდილობა მაღალია.

რაც შეეხება სოციალურ მუშაკს, ოკუპაციურ თერაპევტს, დიეტოლოგს, მეტყველების თერაპევტს, ფარმაცევტს, ფსიქოლოგს, პოდიატრს, ისინი მინიმალურად არიან წარმოდგენილი მოვლის მრავალდარგობრივ გუნდებში. ზოგიერთი სპეციალისტი კი, როგორცაა დიეტოლოგი, მეტყველების თერაპევტი, პოდიატრი, ქვეყანაში თითქმის არც არსებობს ან ძალიან ძნელად საპოვნელია.

**ლიტერატურა:**

1. Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, et al. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. *Med Care* 1999; 37:1199.
2. American Geriatrics Society. Comprehensive geriatric assessment position statement 2005. Available at: [www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/cga.shtml](http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/cga.shtml) (Accessed on April 30, 2007).
3. [https://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/25\\_NHQIMDS30.asp](https://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp).
4. Centers for Medicare and Medicaid Services. Nursing Home Compare. <http://www.medicare.gov/nursinghomecompare/About/What-Is-NHC.html> (Accessed on February 04, 2015).
5. Ouslander JG, Bonner A, Herndon L, Shutes J. The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) quality improvement program: an overview for medical directors and primary care clinicians in long term care. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15:162.
6. Gaugler JE. Family involvement in residential long-term care: a synthesis and critical review. *Aging Ment Health* 2005; 9:105.
7. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/> (Accessed on April 09, 2018).
8. Owsley C, McGwin G Jr, Scilley K, et al. Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. *Arch Ophthalmol* 2007; 125:1471.
9. Owsley C, McGwin G Jr, Scilley K, et al. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents. *Br J Ophthalmol* 2007; 91:1359.
10. Friedman DS, Muñoz B, Roche KB, et al. Poor uptake of cataract surgery in nursing home residents: the Salisbury Eye Evaluation in Nursing Home Groups study. *Arch Ophthalmol* 2005; 123:1581.
11. Cohen-Mansfield J, Taylor JW. Hearing aid use in nursing homes. Part 1: Prevalence rates of hearing impairment and hearing aid use. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5:283.
12. <http://www.kff.org/medicaid/state-indicator/hearing-aids/> (Accessed on August 29, 2017).
13. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1451.
14. Chodosh J, Edelen MO, Buchanan JL, et al. Nursing home assessment of cognitive impairment: development and testing of a brief instrument of mental status. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:2069.
15. Raina P, Santaguida P, Ismail A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2008; 148:379.

16. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, et al. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med* 2008; 148:370.
17. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361:1529.
18. Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, et al. Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *JAMA* 2010; 304:1929.
19. Tjia J, Briesacher BA, Peterson D, et al. Use of medications of questionable benefit in advanced dementia. *JAMA Intern Med* 2014; 174:1763.
20. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113:941.
21. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA* 2010; 304:779.
22. Jones RN, Kiely DK, Marcantonio ER. Prevalence of delirium on admission to postacute care is associated with a higher number of nursing home deficiencies. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11:253.
23. Kiely DK, Bergmann MA, Murphy KM, et al. Delirium among newly admitted postacute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58:M441.
24. Kosar CM, Thomas KS, Inouye SK, Mor V. Delirium During Postacute Nursing Home Admission and Risk for Adverse Outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65:1470.
25. Oh ES, Needham DM, Nikooie R, et al. Antipsychotics for Preventing Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2019; 171:474.
26. Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2019; 171:485.
27. Lyons WL. Delirium in postacute and long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7:254.
28. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999; 340:669.
29. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, et al. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1327.
30. Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann MA, et al. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:4.
31. Centers for Medicare and Medicaid Services. Why quality measures are important to you (short stay residents).

- <http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/About/Short-Stay-Residents.html>  
(Accessed on February 04, 2015).
32. Chen Y, Briesacher BA, Field TS, et al. Unexplained variation across US nursing homes in antipsychotic prescribing rates. *Arch Intern Med* 2010; 170:89.
  33. Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13:503.
  34. Beebe D. Massachusetts approves dementia care training regulations. PHI 2014. <https://phinational.org/massachusetts-approves-dementia-care-training-regulations/>  
(Accessed on October 08, 2019).
  35. Cummings JL. Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2004; 351:56.
  36. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011; 343:d4065.
  37. [www.fda.gov/medwatch/safety/2008/safety08.htm#Antipsychotics](http://www.fda.gov/medwatch/safety/2008/safety08.htm#Antipsychotics) (Accessed on September 15, 2011).
  38. Huybrechts KF, Gerhard T, Crystal S, et al. Differential risk of death in older residents in nursing homes prescribed specific antipsychotic drugs: population based cohort study. *BMJ* 2012; 344:e977.
  39. Street JS, Clark WS, Gannon KS, et al. Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:968.
  40. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2006; 355:1525.
  41. Folstein M, Bylsma F. Noncognitive symptoms of Alzheimer disease. In: *Alzheimer Disease*, Terry R, Katzman R, Bick K (Eds), Raven Press, New York 1994. p.27.
  42. Meeks TW, Jeste DV. Beyond the Black Box: What is The Role for Antipsychotics in Dementia? *Curr Psychiatr* 2008; 7:50.
  43. McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:490.
  44. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23:271.
  45. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006; 354:1130.

46. Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013; 381:2255.
47. Hoover DR, Siegel M, Lucas J, et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *Int Psychogeriatr* 2010; 22:1161.
48. Levin CA, Wei W, Akincigil A, et al. Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8:585.
49. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994; 121:442.
50. Centers for Medicare and Medicaid Services. Why quality measures are important to you (long stay residents).  
<http://www.medicare.gov/NursingHomeCompare/About/Long-Stay-Residents.html>  
(Accessed on February 04, 2015).
51. Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, et al. Characteristics and effectiveness of fall prevention programs in nursing homes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63:211.
52. Fulop T, Pawelec G, Castle S, Loeb M. Immunosenescence and vaccination in nursing home residents. *Clin Infect Dis* 2009; 48:443.
53. High KP, Bradley SF, Gravenstein S, et al. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2009; 48:149.
54. D'Agata E, Mitchell SL. Patterns of antimicrobial use among nursing home residents with advanced dementia. *Arch Intern Med* 2008; 168:357.
55. Feldstein D, Sloane PD, Feltner C. Antibiotic Stewardship Programs in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2018; 19:110.
56. Centers for Disease Control and Prevention. The core elements of antibiotic stewardship for nursing homes. <https://www.cdc.gov/longtermcare/prevention/antibiotic-stewardship.html> (Accessed on October 11, 2019).
57. Barker WH, Borisute H, Cox C. A study of the impact of influenza on the functional status of frail older people. *Arch Intern Med* 1998; 158:645.
58. Hayward AC, Harling R, Wetten S, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333:1241.
59. Hayden FG, Osterhaus AD, Treanor JJ, et al. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza virus infections. GG167 Influenza Study Group. *N Engl J Med* 1997; 337:874.
60. Hayden FG, Atmar RL, Schilling M, et al. Use of the selective oral neuraminidase inhibitor oseltamivir to prevent influenza. *N Engl J Med* 1999; 341:1336.

61. Hayden FG, Treanor JJ, Fritz RS, et al. Use of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in experimental human influenza: randomized controlled trials for prevention and treatment. *JAMA* 1999; 282:1240.
62. [www.cdc.gov/flu/han011406.htm](http://www.cdc.gov/flu/han011406.htm) (Accessed on September 15, 2011).
63. Peters PH Jr, Gravenstein S, Norwood P, et al. Long-term use of oseltamivir for the prophylaxis of influenza in a vaccinated frail older population. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1025.
64. Patriarca PA, Arden NH, Koplan JP, Goodman RA. Prevention and control of type A influenza infections in nursing homes. Benefits and costs of four approaches using vaccination and amantadine. *Ann Intern Med* 1987; 107:732.
65. Simor AE. Diagnosis, management, and prevention of *Clostridium difficile* infection in long-term care facilities: a review. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1556.
66. Nicolle LE, Henderson E, Bjornson J, et al. The association of bacteriuria with resident characteristics and survival in elderly institutionalized men. *Ann Intern Med* 1987; 106:682.
67. Colgan R, Nicolle LE, McGlone A, Hooton TM. Asymptomatic bacteriuria in adults. *Am Fam Physician* 2006; 74:985.
68. Quagliarello V, Ginter S, Han L, et al. Modifiable risk factors for nursing home-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* 2005; 40:1.
69. Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:430.
70. Terpenning MS, Taylor GW, Lopatin DE, et al. Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:557.
71. Terpenning M. Geriatric oral health and pneumonia risk. *Clin Infect Dis* 2005; 40:1807.
72. Naughton BJ, Mylotte JM. Treatment guideline for nursing home-acquired pneumonia based on community practice. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:82.
73. Loeb M, Carusone SC, Goeree R, et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295:2503.
74. Mills K, Graham AC, Winslow BT, Springer KL. Treatment of nursing home-acquired pneumonia. *Am Fam Physician* 2009; 79:976.
75. Finucane TE. The American Geriatrics Society statement on two-step PPD testing for nursing home patients on admission. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:77.
76. Jensen PA, Lambert LA, Iademarco MF, et al. Guidelines for preventing the transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in health-care settings, 2005. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54:1.

77. Fabiszewski KJ, Volicer B, Volicer L. Effect of antibiotic treatment on outcome of fevers in institutionalized Alzheimer patients. *JAMA* 1990; 263:3168.
78. van der Steen JT, Ooms ME, van der Wal G, Ribbe MW. Pneumonia: the demented patient's best friend? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1681.
79. Morrison RS, Siu AL. Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA* 2000; 284:47.
80. Givens JL, Jones RN, Shaffer ML, et al. Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. *Arch Intern Med* 2010; 170:1102.
81. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282:1365.
82. Won A, Lapane K, Gambassi G, et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:936.
83. Jensen PA, Lambert LA, Iademarco MF, et al. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings, 2005. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54:1.
84. Hollenack KA, Cranmer KW, Zarowitz BJ, O'Shea T. The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 4): pain management. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8:e77.
85. [www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS3.pdf](http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS3.pdf).
86. Sloane PD, Ivey J, Helton M, et al. Nutritional issues in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9:476.
87. Sullivan DH, Johnson LE, Bopp MM, Roberson PK. Prognostic significance of monthly weight fluctuations among older nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59:M633.
88. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999; 15:116.
89. Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; :CD007209.
90. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62:1590.
91. Robertson RG, Montagnini M. Geriatric failure to thrive. *Am Fam Physician* 2004; 70:343.
92. Rigler SK, Webb MJ, Redford L, et al. Weight outcomes among antidepressant users in nursing facilities. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:49.

93. Koretz RL, Avenell A, Lipman TO, et al. Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:412.
94. Simmons SF, Keeler E, Zhuo X, et al. Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1466.
95. Yeh S, Wu SY, Levine DM, et al. Quality of life and stimulation of weight gain after treatment with megestrol acetate: correlation between cytokine levels and nutritional status, appetite in geriatric patients with wasting syndrome. *J Nutr Health Aging* 2000; 4:246.
96. Simmons SF, Alessi C, Schnelle JF. An intervention to increase fluid intake in nursing home residents: prompting and preference compliance. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:926.
97. Feinsod FM, Levenson SA, Rapp K, et al. Dehydration in frail, older residents in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5:S35.
98. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guideline. 2014. <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf> (Accessed on June 20, 2016).
99. Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7:46.
100. Pham B, Stern A, Chen W, et al. Preventing pressure ulcers in long-term care: a cost-effectiveness analysis. *Arch Intern Med* 2011; 171:1839.
101. Frías Soriano L, Lage Vázquez MA, Maristany CP, et al. The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers. *J Wound Care* 2004; 13:319.
102. Hilmer SN, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Clinical pharmacology in the geriatric patient. *Fundam Clin Pharmacol* 2007; 21:217.
103. Messinger-Rapport BJ, Thomas DR, Gammack JK, Morley JE. Clinical update on nursing home medicine: 2009. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10:530.
104. Witherington EM, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care* 2008; 17:71.
105. Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med* 2001; 161:1629.
106. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351:2870.
107. Wouters H, Scheper J, Koning H, et al. Discontinuing Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med* 2017; 167:609.



108. Boockvar KS, Carlson LaCorte H, Giambanco V, et al. Medication reconciliation for reducing drug-discrepancy adverse events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006; 4:236.
109. Lapane KL, Hughes CM, Daiello LA, et al. Effect of a pharmacist-led multicomponent intervention focusing on the medication monitoring phase to prevent potential adverse drug events in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:1238.
110. Gabrel CS. Characteristics of elderly nursing home current residents and discharges: data from the 1997 National Nursing Home Survey. *Adv Data* 2000; :1.
111. Dubeau CE, Simon SE, Morris JN. The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:1325.
112. Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical Practice Guideline No. 2. 1996 Update. Agency for Health Care Policy and Research; Rockville, MD 1996.
113. [www.amda.com/tools/cpg/incontinence.cfm](http://www.amda.com/tools/cpg/incontinence.cfm) (Accessed on April 30, 2007).
114. Zarowitz BJ, Ouslander JG. The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 6): urinary incontinence. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8:35.
115. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; :CD002113.
116. Fink HA, Taylor BC, Tacklind JW, et al. Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: a systematic review of randomized trials. *Mayo Clin Proc* 2008; 83:1332.
117. Hu TW, Igou JF, Kaltreider DL, et al. A clinical trial of a behavioral therapy to reduce urinary incontinence in nursing homes. Outcome and implications. *JAMA* 1989; 261:2656.
118. Phillips C, Polakoff D, Maue SK, Mauch R. Assessment of constipation management in long-term care patients. *J Am Med Dir Assoc* 2001; 2:149.
119. Volicer L, Lane P, Panke J, Lyman P. Management of constipation in residents with dementia: sorbitol effectiveness and cost. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5:239.
120. United States Government Accountability Office. Advance directives. 2015. [www.gao.gov/assets/670/669906.pdf](http://www.gao.gov/assets/670/669906.pdf) (Accessed on June 20, 2016).
121. Gillick MR. Adapting advance medical planning for the nursing home. *J Palliat Med* 2004; 7:357.
122. Volandes AE, Brandeis GH, Davis AD, et al. A randomized controlled trial of a goals-of-care video for elderly patients admitted to skilled nursing facilities. *J Palliat Med* 2012; 15:805.
123. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283:1437.

124. <http://coalitionccc.org/> (Accessed on June 05, 2017).
125. <https://www.nhpco.org/> (Accessed on June 05, 2017).
126. <https://www.prepareforyourcare.org/> (Accessed on June 05, 2017).
127. Jones AL, Moss AJ, Harris-Kojetin LD. Use of advance directives in long-term care populations. NCHS Data Brief #54. 2011.  
<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db54.pdf> (Accessed on June 20, 2016).
128. Centers for Medicare and Medicaid Services. Cardiopulmonary resuscitation in the nursing home. 2015. <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Survey-and-Cert-Letter-14-01.pdf> (Accessed on June 20, 2016).
129. Gordon M, Cheung M. Poor outcome of on-site CPR in a multi-level geriatric facility: three and a half years experience at the Baycrest Centre for Geriatric Care. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:163.
130. Shah MN, Fairbanks RJ, Lerner EB. Cardiac arrests in skilled nursing facilities: continuing room for improvement? *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7:350.
131. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE, Campion EW. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *Ann Intern Med* 1989; 111:199.
132. Finucane TE, Harper GM. Attempting resuscitation in nursing homes: policy considerations. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:1261.
133. Lahn M, Friedman B, Bijur P, et al. Advance directives in skilled nursing facility residents transferred to emergency departments. *Acad Emerg Med* 2001; 8:1158.
134. Tolle SW, Tilden VP, Nelson CA, Dunn PM. A prospective study of the efficacy of the physician order form for life-sustaining treatment. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:1097.
135. Hickman SE, Nelson CA, Perrin NA, et al. A comparison of methods to communicate treatment preferences in nursing facilities: traditional practices versus the physician orders for life-sustaining treatment program. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1241.
136. Volicer L, Rheaume Y, Brown J, et al. Hospice approach to the treatment of patients with advanced dementia of the Alzheimer type. *JAMA* 1986; 256:2210.
137. Molloy DW, Guyatt GH. A comprehensive health care directive in a home for the aged. *CMAJ* 1991; 145:307.
138. Phelan EA, Borson S, Grothaus L, et al. Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA* 2012; 307:165.
139. Mitchell SL, Teno JM, Intrator O, et al. Decisions to forgo hospitalization in advanced dementia: a nationwide study. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:432.
140. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6513a6.htm> (Accessed on August 16, 2017).

141. Aragon K, Covinsky K, Miao Y, et al. Use of the Medicare posthospitalization skilled nursing benefit in the last 6 months of life. *Arch Intern Med* 2012; 172:1573.
142. Hanson LC, Ersek M. Meeting palliative care needs in post-acute care settings: „to help them live until they die“. *JAMA* 2006; 295:681.
143. Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291:88.
144. Baer WM, Hanson LC. Families' perception of the added value of hospice in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:879.
145. Miller SC, Lima J, Gozalo PL, Mor V. The growth of hospice care in U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1481.
146. Ouslander JG, Maslow K. Geriatrics and the triple aim: defining preventable hospitalizations in the long-term care population. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:2313.
147. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59:745.
148. Casarett D, Karlawish J, Morales K, et al. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294:211.
149. Ingber MJ, Feng Z, Khatutsky G, et al. Initiative To Reduce Avoidable Hospitalizations Among Nursing Facility Residents Shows Promising Results. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36:441.
150. Rantz MJ, Popejoy L, Vogelsmeier A, et al. Successfully Reducing Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18:960.
151. A guide to Medicare's readmission penalties and data. Kaiser Health News. October 2014. <http://kaiserhealthnews.org/news/a-guide-to-medicare-readmissions-penalties-and-data/> (Accessed on February 04, 2015).
152. Mor V, Intrator O, Feng Z, Grabowski DC. The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:57.
153. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:627.
154. Gozalo P, Teno JM, Mitchell SL, et al. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med* 2011; 365:1212.

# ინტეგრირებული ზრუნვა ფსიქიატრიაში მარინე კურატაშვილი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების თანახმად, დეპრესიის და სხვა ფსიქიკური აშლილობების წილი „დაავადებების გლობალური ტვირთის“ (global burden of disease) სფეროში საკმაოდ მაღალია. ეპიდემიოლოგიური კვლევები აჩვენებს ფსიქიკური აშლილობების მაღალ გავრცელებას როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში. ჯანდაცვის სისტემას საკმაოდ მნიშვნელოვანი თანხის ინვესტირება უნდა ეფარებოდეს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებზე სათანადო ზრუნვის განხორციელებისთვის. ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში ყოველწლიურად იზრდება ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი ბიუჯეტი, თუმცა ეს ზრდა მაინც ვერ ფარავს საჭიროებებს. დაფინანსების ზრდის მიუხედავად პრობლემების არსებობის მიზეზად სახელდება ზრუნვის სისტემაში კოორდინაციის, თანამშრომლობის და კავშირის ნაკლებობა, რის გამოც ადგილი აქვს ფინანსური რესურსების არაეფექტურ განაწილებას (1).

ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარეობს, რომ ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს სხვაგვარად სტრუქტურირებას, მის იმგვარად შეცვლას, რომ უზრუნველყოფილი იყოს როგორც ზრუნვის უწყვეტი გაუმჯობესება, ასევე ქვეყნის ეკონომიური შესაძლებლობების გათვალისწინებაც.

ცნობილია, რომ მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობები გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. პირველ რიგში, ეს არის მათი მრავალფაქტორიანი ბუნება, მათ წარმოშობასა და მიმდინარეობაში თანაბრად მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მრავალფეროვანი ფაქტორები ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური სფეროდან. ეს დაავადებები ასევე ხასიათდება სიმპტომების ხშირი გამწვავებით და ქრონიკული მიმდინარეობისადმი მიდრეკილებით, რაც ითხოვს ზრუნვის უწყვეტობას და დარგთაშორის თანამშრომლობას პაციენტების მრავალმხრივი საჭიროებების დაკმაყოფილების მიზნით. ბიოსამედიცინო მოდელზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემა, როგორცაა დღემდე რჩება ჩვენი ქვეყნის ფსიქიკური ჯანდაცვა, მიმართულია მხოლოდ დაავადების სიმპტომების მოხსნაზე და ნაკლებად ითვალისწინებს პაციენტის აღდგენას, მის დაბრუნებას საზოგადოებაში.

**შემთხვევის აღწერა**

ნინო, 36 წლის. 12 წელია, აღრიცხვაზე სათემო ფსიქიატრიულ ამბულატორიაში პარანოიდული შიზოფრენიის დიაგნოზით. ამ ხნის მანძილზე, ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების გამო, 8-ჯერ აქვს ჩატარებული მკურნალობა სტაციონარში. ამბულატორიაში გამოცხადდა გეგმიურ ვიზიტზე. გარეგნულად მოუწესრიგებელია, ჩაცმულია დაუდევრად, უსუფთაოდ.

უჩივის ზედაპირულ, წყვეტილ ძილს, პერიოდულად, სმენით ჰალუცინაციებს. გვიყვება, რომ ოჯახის წევრები და ახლობლები მის მოთხოვნებს არ ითვალისწინებენ, „ჩაგრავენ“, რის გამოც ხშირია კონფლიქტი მათთან. ნათესავებთან კავშირი გაწყვეტილი აქვს, რადგან გრძნობს, რომ „ზურგს უკან რაღაცას უწყობენ“; ასევე, არ ურთიერთობს მეზობლებთან. ნინო იღებს დანიშნულ წამლებს, თუმცა პერიოდულად აცხადებს, რომ „უკვე განკურნებულია და სურს დაისვენოს წამლებისგან“. რამდენიმე წელია, აქვს დადგენილი ჰიპერთირეოზი, მკურნალობას იტარებს არასისტემურად, რაც ასევე ამძიმებს მის ფსიქიკურ მდგომარეობას.

განქორწინებულია, ჰყავს 13 წლის ქალიშვილი, სკოლის მოსწავლე. გოგონას პრობლემები აქვს სწავლასთან დაკავშირებით, უჭირს ურთიერთობა თანატოლებთან, რასაც აბრალებს დედის ხასიათს. ნინოს ოჯახში ჰყავს 74 წლის დედა, რომელსაც აქვს ჰემიპარეზი, არ შეუძლია დამოუკიდებლად გადაადგილება, საჭიროებს მოვლას. ნინო თვლის, რომ ოჯახის წევრები მას ვერ უგებენ, იჩაგრება, დედის მოვლაც მას „აჰკიდეს“. ცხოვრობს იტალიურ ეზოში, დაქირავებულ 2-ოთახიან, სარემონტო ბინაში, სამზარეულო და სველი წერტილი საერთო აქვს მეზობელთან. უჭირს ბინის ქირის გადახდა, ემუქრებათ გამოსახლება. ნინოს მინიჭებული აქვს შშმ სტატუსი, დანიშნული აქვს პენსია, თვეში 140 ლარი, არ მუშაობს. ავად გახდომამდე მუშაობდა სილამაზის სალონში სტილისტად, ზოგჯერ, გამოთქვამს სურვილს, კვლავ იმუშაოს ამ სპეციალობით. მისი დღე ნაკლებად სტრუქტურირებულია, არ ჰყავს მეგობრები, არავისთან ურთიერთობს, მასთანაც არავინ სტუმრობს, მეტ დროს სახლში ატარებს. ბინა მეტწილად მოუწესრიგებელია, იშვიათად ალაგებს, შეუძლია და ზოგჯერ ამზადებს სადილს. აქვს პრობლემები პირად ჰიგიენასთან, რეცხვასთან დაკავშირებით, რადგან ამბობს, რომ მეზობელი უზღუდავს საერთო აბაზანით სარგებლობას. ოჯახს აქვს მწირი შემოსავალი, დედის და ნინოს პენსია ჯამში 390 ლარია. სხვა შემწეობით არ სარგებლობენ. უჭირს ფინანსების ადეკვატურად განაწილება.

როგორც მოყვანილი მაგალითიდან ჩანს, პაციენტს აქვს მრავალი პრობლემა როგორც ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის, ისე სოციალური, ფინანსური და პიროვნებათაშორის ურთიერთობის სფეროში. პაციენტის ეს პრობლემები, სავარაუდოდ, უარყოფით ზეგავლენას ახდენს მის მოზარდ ქალიშვილზე და ავადმყოფ დედაზე.

ჩამოვთვალოთ ზოგიერთი ეს პრობლემა:

1. ფსიქიკური აშლილობა – არამყარი რემისიის მდგომარეობა;
2. მედიკამენტებით მკურნალობის მიმართ ამბივალენტური დამოკიდებულება;
3. ჰიპერთირეოზი, არასათანადოდ ჩატარებული მკურნალობით;
4. საკუთარი დაავადების მართვის უნარის დეფიციტი;

5. თავის მოვლის და კავშირის დამყარების უნარების დეფიციტი;
6. მოუწესრიგებელი საცხოვრებელი გარემო;
7. ურთიერთობის პრობლემები: დაძაბული ურთიერთობა ახლობლებთან, სამეგობრო წრის არქონა;
8. მუდმივი საცხოვრებლის არქონა, ბინიდან გამოსახლების საფრთხე;
9. ოჯახის წევრის (დედის) მძიმე ავადმყოფობა, მასზე ზრუნვის სირთულეები;
10. ფინანსური პრობლემები და ფინანსების მართვის უუნარობა;
11. დაუსაქმებლობა, არასტრუქტურირებული დღის რეჟიმი.

სათემო ამბულატორიის გუნდისთვის ცნობილია ნინოს პრობლემები, მაგრამ შეზღუდული რესურსების და პაციენტზე ზრუნვის ბიოსამედიცინო მიდგომაზე ორიენტაციის გამო მისი მხოლოდ რამდენიმე პრობლემის გადაწყვეტაა შესაძლებელი, კერძოდ:

- მედიკამენტებით მკურნალობის კორექცია ფსიქოზური სიმპტომატიკის შემცირების მიზნით;
- მედიკამენტებით უწყვეტი მკურნალობის მნიშვნელობის და სარგებლიანობის ახსნა – ხანმოკლე ფსიქოგანათლება;
- რჩევების მიცემა ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით;
- ინფორმირება მისთვის ხელმისაწვდომ სოციალურ შეღავათებთან დაკავშირებით.

მედიკამენტებით მკურნალობის კორექციის შემდეგ პარანოიდულმა იდეებმა დაკარგა აქტუალობა, მოწესრიგდა ძილი, ნინო გახდა უფრო თანმიმდევრული მედიკამენტებით მკურნალობაში, შედარებით უკეთ გაიაზრა წამლების მიღების აუცილებლობა. მორიგ ვიზიტზე ნინომ გამოთქვა სურვილი, დაეხმარონ სოციალური შეღავათების მიღებაში, რადგან თავად ვერ ახერხებს ბიუროკრატიულ მექანიზმებში გარკვევას, საჭირო საბუთების შეგროვებას; ასევე ითხოვს „ვინმე დაეხმაროს“ დედის მოვლაში, ნათესავებთან და ქალიშვილთან ურთიერთობის მოწესრიგებაში; სურს იმუშაოს, რათა ჰქონდეს დამატებითი შემოსავალი, შეძლოს ბინის ქირის გადახდა, ან ჰქონდეს საკუთარი საცხოვრებელი.

ნინოს ეს საჭიროებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებების თანამედროვე მოწყობის პირობებში დაუკმაყოფილებელი რჩება. ამ პრობლემებმა სამომავლოდ შეიძლება განაპირობოს ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავება, გამოვიდეს რა გამშვები მექანიზმის როლში. ამით დაიკარგება ის მიღწევაც, რაც ბიოსამედიცინო მოდელზე ორიენტირებულმა ფსიქიკური ჯანდაცვის სამსახურმა შეძლო.

გასული საუკუნის 70-იან წლებში ფსიქიკური აშლილობების გაგების ბიოსამედიცინო მოდელის ბიოფსიქოსოციალური მოდელით შეცვლამ ხელი შეუწყო მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ინდივიდუალურ საჭიროებებზე ყურადღების გამახვილებას და ამ საჭიროებების უფრო ფართოდ

დანახვას. ინდივიდუალური საჭიროებების გამოსავლენად ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ პროფესიონალების და პაციენტების შეხედულებები პაციენტის საჭიროებების შესახებ ხშირად ერთმანეთს არ ემთხვევა. პაციენტებისთვის სამედიცინო პრობლემების მოგვარებაზე უფრო მნიშვნელოვანია ისეთი საკითხები, როგორცაა მათი მიღება საზოგადოების მხრიდან, კონტროლის საკუთარ თავზე აღება, შინაარსიანი ცხოვრება, სიამოვნების მიღების შესაძლებლობა და ა. შ.

შინაარსიანი ცხოვრების მოთხოვნაში ხშირად იგულისხმება სურვილი, ჰქონდეთ საკუთარი ღირსეული ადგილი საზოგადოებაში, იყვნენ დასაქმებულები, ჰქონდეთ პროფესია, ოჯახი. როცა ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანს დაკარგული აქვს სოციალური როლი, მას უძლიერდება ცხოვრების უაზრობის, უმიზნობის განცდა.

საზოგადოების მხრიდან მიღების სურვილი დაკავშირებულია სტიგმის პრობლემასთან. სტიგმა ხელს უშლის პიროვნების სწორ შეფასებას, მის საზოგადოებაში ინტეგრაციას. ავადმყოფის იარლიყის მიწებებას მივყავართ უკვე არსებული დაავადების გაღრმავებისკენ. ზოგ შემთხვევაში ფსიქიკური აშლილობის პროგრესირების მიზეზია არა მხოლოდ ბიოლოგიური ფაქტორები, არამედ არასწორი სოციალური ურთიერთობები და დამოკიდებულებები.

სიამოვნების მიღების სურვილი ნიშნავს, რომ პაციენტს სურს, მონაწილეობდეს სხვადასხვა გასართობ ღონისძიებაში, დადიოდეს კონცერტებზე, კაფეში და ა. შ. ეს საჭიროება ხშირად ავიწყდებათ მომსახურების მიმწოდებლებს.

მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტებისათვის ასევე მნიშვნელოვანია მხარდაჭერა ისეთ სფეროებში, როგორცაა სოციალური დახმარების და შეღავათების მიღება, ემოციური და მატერიალური მხარდაჭერა ახლობლებისგან, საოჯახო პრობლემებში დახმარება, დახმარება ყოველდღიური ყოფითი პრობლემების მოგვარებაში (საყიდლები, გადასახადები, ჰიგიენის დაცვა, სამზარეულო, სარეცხი); მათ ასევე უძნელდებათ გამკლავება სამართლებრივ საკითხებთან, რის გამოც ხშირად ირღვევა მათი უფლებები (2).

საჭიროებების ამ ჩამონათვალს კიდევ შეიძლება დავუმატოთ რამდენიმე:

- მეგობრების შექმნა, კონტაქტების შენარჩუნება;
- ნორმალური საცხოვრებელი პირობები;
- გარეგნობის და სოციალური ქცევის გაუმჯობესება;
- საკმარისი შემოსავლის გამოძებნა;
- ავადმყოფურ აზრებთან და შეგრძნებებთან გამკლავება;
- პიროვნული განვითარების შესაძლებლობა;
- რელაქსაციის უნარი;
- ცხოვრებისეულ დანაკარგებთან შეგუება;
- ჰარმონიული ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან;
- დახმარების საჭიროების გამოხატვა (3).

ბუნებრივია, ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანის საჭიროებების ამ მრავალფეროვანი და არასრული ჩამონათვალის დაკმაყოფილება მოითხოვს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ძირულ გარდაქმნას. გარდაქმნა გულისხმობს როგორც მომსახურების ახალი, ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ფორმების დანერგვას, ისე ახალი პროფესიების, მართვის ახალი მეთოდების სწავლებას და შემოტანას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, რაც, თავის მხრივ, კანონმდებლობაში შესაბამისი ცვლილებებით უნდა იყოს გამყარებული.

გადავხედოთ ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმირების გზას ბოლო რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში. მე-20 საუკუნის 60-იან წლებამდე ფსიქიატრიული პაციენტი შესაბამის მომსახურებას იღებდა უპირატესად განცალკევებულად მდებარე დიდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც ხშირად რამდენიმე ათასი საწოლი იყო და ბევრი პაციენტი იქ სიცოცხლის ბოლომდე რჩებოდა. ასეთი საავადმყოფოები უფრო მეტად ორიენტირებული იყო რაც შეიძლება ნაკლები რესურსების გამოყენებით პაციენტების უსაფრთხოდ შენახვაზე, ვიდრე პაციენტის მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე (4).

მე-20 საუკუნის 60-70-იან წლებში მთელი რიგი სოციალური და პოლიტიკური მოვლენების ზეგავლენით მოხდა დიდ საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობის თანდათანობით შემცირება, საავადმყოფოების ნაწილი კი მთლიანად დაიხურა. ფსიქიატრიული პაციენტი დაბრუნდა თემში, მის ბუნებრივ საცხოვრებელ გარემოში. პაციენტებზე ზრუნვა გადაიბარა თემზე დაფუძნებულმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებმა, რომელთა განვითარებაც აღნიშნულ პერიოდში მოხდა. მომსახურების ამ სისტემის დანერგვა უდავოდ წინ გადადგმული ნაბიჯი იყო, ვინაიდან ეს დაწესებულებები განლაგებული იყო პაციენტის საცხოვრებლის სიახლოვეს, არ საჭიროებდა ადამიანის იზოლირებას საზოგადოებიდან და მეტად იყო ორიენტირებული პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე. თუმცა, ამ პროგრესულ ცვლილებას თან ახლდა გარკვეული პრობლემებიც. ამ პრობლემების და მისი გადაწყვეტის გზის დანახვა კარგად ჩანს აშშ-ის მაგალითზე.

აშშ-ში დეინსტიტუციონალიზაციის შემდეგ ფსიქიატრიულ პაციენტზე პასუხისმგებლობა მრავალ სხვადასხვა სააგენტოსა და სახელმწიფო სტრუქტურას შორის გაიფანტა. ამ სააგენტოების ფუნქციები, მოვალეობები, ცალკეული პაციენტისთვის გასატარებელი სპეციფიკური ღონისძიებები ზუსტად განსაზღვრული და დადგენილი არ იყო. ამგვარ უწყსრიგო გარემოში ორიენტირება განსაკუთრებით გაუჭირდათ ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანებს, მათ „გზა აებნათ“ ამ სისტემაში. მათი უმეტესი ნაწილი ვერ იღებდა საჭირო სახის მომსახურებას, ვინაიდან ასეთი მომსახურება ან არ არსებობდა, ან პაციენტი მის მიღებასა და კოორდინირებას დამოუკიდებლად ვერ ახერხებდა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამები დაფინანსებას სხვადასხვა წყაროდან იღებდა და ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად, შეუთანხმებლად მუშაობდა. შედეგად, პაციენტის მიერ სხვადასხვა მიმწოდებლისგან მიღებულ მომსახურებას მთლიანობაში ფრაგმენტული, დუბლირებული, არაკოორდინირებული ხასიათი ჰქონდა. მომსახურებების სისტემის ასეთი დაქსაქსვა სრულყოფილ მომსახურებას ძნელად მისაწვდომს ხდიდა, განსაკუთრებით კი ისეთი მომხმარებლისთვის, ვისაც ერთდროულად სხვადასხვა



სახის დახმარება სჭირდებოდა. ამ გამოწვევების საპასუხოდ აშშ-ში წარმოიშვა „მომსახურების ინტეგრაციის“ იდეა. აშშ-ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაციონალურმა ინსტიტუტმა (NIMH) შეიმუშავა საჭირო მომსახურებების ყოვლისმომცველი ქსელის კონცეპტუალური სისტემა – საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით (სათემო) მხარდაჭერის სისტემა (CSS - community Support System) და ამ სისტემის საცდელი პროექტები დააფინანსა. ამ სისტემის საკვანძო რგოლია **შემთხვევის მართვა** (case management), რომელიც წარმოადგენს სისტემის ფუნქციონირების მაკოორდინირებელ მექანიზმს. შემთხვევის მართვის მეთოდი შემდგომში დაინერგა სხვა ქვეყნებშიც, მოხდა მისი მოდიფიცირება, განსხვავებული მოდელების შექმნა. შემთხვევის მართვის ცნების მრავალი განმარტება არსებობს, მაგრამ ყველა მათგანი გულისხმობს შემდეგს: შემთხვევის მართვა წარმოადგენს პროცესს ან მეთოდს, რომლის საშუალებითაც უზრუნველყოფილია მომხმარებლისათვის საჭირო სახის მომსახურებების კოორდინირებული, ეფექტური და რაციონალური გზით მიწოდება (5).

შემთხვევის მართვა შედეგზე ორიენტირებული სისტემაა. მისი მიზანია არა მომსახურების მიწოდება, არამედ დახმარება უკეთესი შედეგების მიღწევაში.

შემთხვევის მართვის სხვადასხვა მოდელის არსებობის მიუხედავად, ისინი უნდა პასუხობდეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- **მომსახურების ხელმისაწვდომობა** – მომსახურების სფერო მოიცავს უამრავ განსხვავებულ პროგრამას, სადაც პაციენტებს უჭირთ „გზის გაკვლევა“. შემთხვევის მართვის სისტემა პაციენტებს სხვადასხვა სააგენტოებთან ურთიერთობაში ეხმარება და მომსახურებებს მათთვის ხელმისაწვდომს ხდის;
- **განსაზღვრული პასუხისმგებლობა და ანგარიშვალდებულება** – მთელი სისტემის ფუნქციონირებასა და ეფექტურობაზე პასუხისმგებლობა ერთ კონკრეტულ მუშაკს ან სააგენტოს ეკისრება;
- **მომსახურების/ზრუნვის უწყვეტობა** – მას „ორგვარი განზომილება“ გააჩნია:
  - დროის ნებისმიერ მომენტში უნდა ხდებოდეს პიროვნებისთვის საჭირო ყველა სახის მომსახურების კოორდინირებული მიწოდება;
  - სისტემა კომპლექსური მომსახურების კოორდინირებულ მიწოდებას უნდა უზრუნველყოფდეს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში;
- **მომსახურების ეფექტურობა** – მიზნებიდან გამომდინარე, ხდება მომხმარებლის მეტი საჭიროების განსაზღვრა, შესაბამისად, იზრდება მისთვის მისადაგებული მეტი მომსახურების მიწოდება. ბუნებრივია, იზრდება მომსახურების ხარისხი და საბოლოო შედეგიც უმჯობესდება.

შემთხვევის მართვის მეთოდის ძირითადი ამოცანებია:

1. **კონტაქტის დამყარება მომხმარებელთან და მისი შემდგომი განმტკიცება:** ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანს ხშირად არ გააჩნია სურვილი, ითხოვოს დახმარება ფსიქიატრიული მომსახურებებიდან. დახმარებას მის ნაცვლად მისი ახლობლები ითხოვენ. ამ დროს შემთხვევის მმართველს მეტი აქტიურობა

ევალუბა. იგი კარგად უნდა მოემზადოს პაციენტთან პირველი შეხვედრისთვის, წინასწარ შეკრიბოს ცნობები მის შესახებ, შეარჩიოს შეხვედრის ადგილი და დრო, სათანადოდ წარუდგინოს თავი, რათა იგი დააინტერესოს შემდგომი თანამშრომლობისთვის;

2. **მომხმარებლის საჭიროებათა შეფასება:** ხდება მომხმარებლის ინდივიდუალური საჭიროებებისა და შესაძლებლობების (ძლიერი მხარეები, რესურსები) დეტალური შეფასება;
3. **მომსახურების დაგეგმვა:** შეფასების შედეგების საფუძველზე, შემთხვევის მმართველის ხელმძღვანელობით შემუშავდება მომსახურების გეგმა, რომელშიც ზუსტად განისაზღვრება მოსალოდნელი შედეგები;
4. **მომსახურების მიწოდება:** დაგეგმილ ღონისძიებათა განხორციელება ხდება თავად მომხმარებლის, მისი მხარდამჭერების (ოჯახის წევრები, ახლობლები) და განსაზღვრულ საჭიროებათა შესაბამისი დაწესებულებების ჩართვით;
5. **მონიტორინგა:** შემთხვევის მმართველი სისტემატურად აწარმოებს მიღწეული შედეგების და ხარვეზების აღრიცხვას;
6. **მომსახურების შედეგების შეფასება:** საბოლოო შედეგების შეფასება წარმოებს გეგმის განხორციელებაში მონაწილე ყველა პირის ჩართვით. იგი მთავრდება ან შემთხვევის დახურვით, ან დგინდება ახალი საჭიროებები, რის მიხედვითაც იცვლება მომსახურების გეგმა და ციკლი თავიდან იწყება (3).

შემთხვევის მართვის მოდელში სისტემის გამართულ ფუნქციონირებაზე პასუხისმგებლობა ერთ კონკრეტულ თანამშრომელს ან სააგენტოს ეკისრება. ერთი მხრივ, ეს შეიძლება იყოს სრულიად დამოუკიდებელი სააგენტო, რომელიც მხოლოდ შემთხვევის მართვას ემსახურება და მას ამისთვის დაქირავებული ჰყავს შემთხვევის მმართველები. სხვა მიდგომის მიხედვით, მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის პერსონალი დამატებით ითავსებს შემთხვევის მართვის ფუნქციასაც. აქედან გამომდინარე, ასხვავებენ შემთხვევის მართვის 2 ძირითად მოდელს – ბრიტანულს და ამერიკულს.

**ბრიტანული მოდელის** მიხედვით, შემთხვევის მმართველი სრულიად დამოუკიდებელია მომსახურების მიმწოდებლებისგან. მისი მოვალეობაა მომსახურების შესყიდვა და კოორდინაცია. ის გამოდის „ბროკერის“ როლში, დისტანცირდება რა მომხმარებლისგან, რათა რესურსების განაწილებისას თავიდან იქნეს აცილებული მიკერძოებულობა. მომხმარებლის უშუალო დახმარების ფუნქციას აქ ასრულებენ სააგენტოს მიერ დაქირავებული სპეციალისტები.

**ამერიკულ მოდელში** შემთხვევის მმართველს ადარებენ „ექსკურსიამდლოლს“, რომელიც მომხმარებელს თან დაჰყვება ფსიქიატრიული სამსახურის ლაბირინთებში. აქ აქცენტი კეთდება მომხმარებელთან ინტენსიურ და ხანგრძლივ უშუალო კონტაქტზე და ხშირად უშუალო მოვლას, პირველად ფსიქიატრიულ დახმარებასაც გულისხმობს (3) (6).

ზემოთქმულიდან ნათელია, რომ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში შემთხვევის მართვის მეთოდის შემოღება იყო ამ სფეროში არსებული მრავალფეროვანი მომსახურებების ინტეგრაციის პირველი წარმატებული მცდელობა, რაც დღესაც აქტიურად გამოიყენება.

ევროპული ქვეყნები ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებითა და დაფინანსებით. მაგალითად, ინგლისში მოქმედებს წესი, რომ ფსიქიატრი თავისი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე პასუხისმგებელია მუდმივად, მიუხედავად იმისა, თუ მოცემულ მომენტში რომელ დაწესებულებაში, სტაციონარში თუ ამბულატორიაში იტარებს მკურნალობას პაციენტი. ინგლისში ამბულატორიული, მრავალდარგობრივი, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული გუნდი წარმოადგენს მკურნალობის ცენტრალურ რგოლს ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურებაში (National Health Service). ეს გუნდი არეგულირებს წვდომას პირველად ჯანდაცვასთან, სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ ზრუნვასთან სტაციონარული მკურნალობის ჩათვლით, ასევე, ისეთ სპეციალიზებულ მომსახურებებთან, როგორცაა, მაგალითად, რეაბილიტაცია, ადიქტოლოგია, კრიზისული სამსახური, ასერტიული სათემო მკურნალობა (Assertive Community Treatment). ინგლისში გრძელდება დისკუსია, თუ მომსახურების ორგანიზების როგორი ფორმაა უმჯობესი. ამასთან, კონკრეტული რეგიონისთვის კონცეფციების შესაბამისობის საკითხი განიხილება ამ რეგიონის ისტორიის, კონტექსტისა და რესურსების გათვალისწინებით (7).

### **ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი - გერმანიის მაგალითი**

გერმანიაში ცვლილებებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სათავე დაუდო 1975 წელს ბუნდესტაგის დავალებით მომზადებულმა ნაშრომმა „მოხსენება გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში ფსიქიატრიის მდგომარეობის შესახებ“ (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland). მოხსენება აღწერდა იმ არასახარბიელო მდგომარეობას, რაც განსაკუთრებით დიდი საავადმყოფოებისთვის იყო დამახასიათებელი. აქ პაციენტებთან მოპყრობის ძირითადი მეთოდი იყო შეზღუდვა და კონტროლი, ნაცვლად იმისა, რომ ჩაეტარებინათ სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, რათა პაციენტს შეძლებოდა ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ მოთხოვნებთან გამკლავება. ამ მოხსენებიდან გამომდინარე, გადაწყდა იმ დროისთვის რადიკალური რეფორმის გატარება. დასახელებული იქნა მნიშვნელოვანი წინაპირობები, რათა კონტროლზე დაფუძნებული ზრუნვა ჩაენაცვლებინა პაციენტის მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე, მათ საზოგადოებაში დაბრუნებაზე გამიზნულ ზრუნვას. ზრუნვის ამ ახალი ფორმისთვის დამახასიათებელი იყო შემდეგი ნიშნები:

- პაციენტის საჭიროებებზე ორიენტირებული ამბულატორიული და დამატებითი (შემავსებელი) დახმარების მიმწოდებლები განლაგებულია პაციენტის საცხოვრებლის სიახლოვეს;

- სტაციონარული მომსახურება სასურველია შეთავაზებული იქნეს დეცენტრალიზებულად და რეგიონული პრინციპით;
- ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება წარმოადგენს ერთიან ქსელს;
- ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის დიპლომისშემდგომი უწყვეტი განათლება სავალდებულოა;
- ფსიქიატრიული დაავადების მქონე პაციენტი გათანაბრებულია სომატური დაავადების მქონე პაციენტთან (1).

ამ მოთხოვნების შესრულების მიზნით ბევრი რამ შეიცვალა, დაინერგა თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებები, მოხდა ზოგიერთი მომსახურების მიმწოდებლების ერთ ქსელად გაერთიანება. მიუხედავად ამ მცდელობებისა, 2000-2001 წელს ჩატარებული ექსპერტული დასკვნის მიხედვით, სახეზე იყო ზრუნვის დეფიციტი ზოგადად ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებით (SVR 2001, 508). მიუხედავად მრავალი სხვადასხვაგვარი მომსახურების არსებობისა ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში, მაინც რჩებოდა პრობლემები ამ სამსახურების კოორდინაციასთან და კავშირთან მიმართებით. ამ პრობლემების გადაჭრა შეეძლო ისეთ ახალ კონცეფციას, როგორც არის ინტეგრირებული ზრუნვა (1).

ინტეგრირებული ზრუნვის კონცეფციის დამკვიდრებას ხელი შეუწყო ცვლილებებმა კანონმდებლობის სფეროში, რომელიც 2000 წლიდან განხორციელდა (§140a des Sozialgesetzbuches – SGB V). თავდაპირველად ეს საკანონმდებლო ცვლილებები იყო მცდელობა, ჯანდაცვის სფეროს ადგილობრივი სუბიექტები (ექიმები, კლინიკები, ამბულატორიული მომსახურების წარმომადგენლები) ერთ ქსელში გაერთიანებინა, რათა ამით გაუმჯობესებულიყო ზრუნვის ხარისხი.

მომსახურების მიმწოდებლების უფლებებში შეტანილი ცვლილებებით მათ მიეცათ ფართო ასპარეზი დარგთაშორის ზრუნვის კონცეფციის განვითარებისა და დანერგვისთვის (8). მიუხედავად ამ შესაძლებლობისა, ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვა ბევრ წინააღმდეგობას წააწყდა. ერთ-ერთი იყო სხვადასხვა უწყებას შორის ხელშეკრულებების გაფორმებისას ბიუროკრატიული სირთულეები. ამ და სხვა წინააღმდეგობების დასაძლევად, რამდენჯერმე მოხდა აღნიშნულ კანონში ცვლილებების შეტანა, რამაც შესაძლებელი გახდა ინტეგრირებული ზრუნვის კონცეფციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დანერგვა. კანონი (SGB V) აწესრიგებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ყველა საკითხს. ამ კანონის თანახმად (9), სადაზღვევო კომპანიებს (Krankenkasse) შეუძლიათ მომსახურების მიმწოდებლებთან დადონ ხელშეკრულება დაზღვეულ პირზე განსაკუთრებული ზრუნვის განხორციელების შესახებ. ასეთი ხელშეკრულება შესაძლებლობას იძლევა, მომსახურების სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენელმა ერთობლივად განახორციელოს ინტეგრირებული ზრუნვა. კანონში მოცემულია მომსახურების მიმწოდებლების ფართო და მრავალდარგობრივი ჩამონათვალი, ვისთანაც სადაზღვევო კომპანიას ხელშეკრულების დადება შეუძლია. იგი ითვალისწინებს ასევე

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების შესაძლებლობას და საჭიროებას ციფრული მომსახურების მიწოდების შემთხვევაში.

ცნობილია, რომ გერმანიაში სავალდებულოა ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ ხელშეკრულების გაფორმება ინტეგრირებულ ზრუნვაზე ნებაყოფლობითია. დაზღვეული პირი თავის ამ არჩევანს წერილობით ადასტურებს საკუთარ სადაზღვევო კომპანიასთან. მას ეძლევა 2-კვირიანი ვადა, რომლის ფარგლებშიც შეუძლია უარი თქვას დადებულ ხელშეკრულებაზე უარის მიზეზის დასახელების გარეშე.

ამრიგად, ინტეგრირებული ზრუნვა რეგულირდება ე. წ. „შერჩევითი ხელშეკრულებით“ სადაზღვევო კომპანიასა და ინტეგრირებული ზრუნვის მიწოდებლებს შორის. ამგვარი ხელშეკრულება იძლევა შესაძლებლობას, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევამ თავის მომსახურებებს დაამატოს ახალი, ინოვაციური მოდელები. პრობლემა მხოლოდ იმაშია, რომ ინტეგრირებული ზრუნვით სარგებლობენ მხოლოდ ის პირები, ვისაც საკუთარი გადაწყვეტილებით ასეთი ხელშეკრულება აქვს დადებული. მნიშვნელოვანია, რომ პირი, ვინც ინტეგრირებული ზრუნვის ხელშეკრულება აირჩია, ინარჩუნებს უფლებას, მიიღოს ყველა ის მომსახურებაც, რასაც ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა სთავაზობს. ამ შემთხვევაში ინტეგრირებული ზრუნვა წარმოადგენს დამატებით შეთავაზებას. მისი ძირითადი მიზანია ამბულატორიული ტიპის მომსახურებების გამრავალფეროვნება და გაუმჯობესება. ამასთან, ნავარაუდევია, რომ დაიზოგება სტაციონარული მომსახურების ხარჯი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვამდეც არსებობდა მრავალფეროვანი მომსახურებები, მაგრამ ისინი არ იყვნენ ერთმანეთთან კავშირში, არაფერი იცოდნენ ერთმანეთის საქმიანობის შესახებ და ზოგჯერ ურთიერთსაწინააღმდეგოდაც კი მოქმედებდნენ.

ინტეგრირებულ ზრუნვას მოქმედების სხვა პრინციპი აქვს. იგი განსაზღვრულ, შემოფარგლულ რეგიონში მოქმედ მომსახურებებს ერთიან ქსელში აერთიანებს, რათა მათ განახორციელონ ინდივიდუალური, დაზღვეული პირის საჭიროებებზე მორგებული ზრუნვა. ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებისთვის ინტეგრირებული ზრუნვა ხორციელდება მეტწილად ამბულატორიულად, რეგიონული მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ. ამ მიზნისთვის იქმნება და ამბულატორიულ მომსახურებას ემატება ახალი მოდულები. ასეთია, მაგალითად, ამბულატორიული ფსიქიატრიული ცენტრი, რომელიც დაზღვეული პირებისთვის და მათი ახლობლებისთვის ხელმისაწვდომია 24 საათის განმავლობაში. კრიზისული სიტუაციის შემთხვევაში ცენტრის გუნდი ვალდებულია, 1 საათის განმავლობაში მოახდინოს კრიზისში მყოფი პირის დახმარება. ეს და სხვა ვალდებულებები გაწერილია ინტეგრირებული ზრუნვის ხელშეკრულებაში. ინტეგრირებული ზრუნვის მომსახურების ბირთვის წარმოადგენს მრავალდარგობრივი გუნდი, რომლის შემადგენლობაშიც შედიან სოციალური მუშაკები, სოციალური თერაპევტები, ექთნები, მომვლელები, ტრენინგული ფსიქიატრიული გამოცდილების მქონე პირები. ისინი ქსელური პრინციპით დაკავშირებული არიან ექიმებთან, ფსიქოთერაპევტებთან, კლინიკებთან. ქსელური მუშაობის ორგანიზებაზე

პასუხისმგებელია შემთხვევის მმართველი. პირს, რომელიც გააფორმებს ხელშეკრულებას ინტეგრირებული ზრუნვის მომსახურებაზე, წესისამებრ, ენიშნება პირადი შემთხვევის მმართველი. იგი პაციენტთან ერთად შეიმუშავებს მკურნალობის გეგმას. ამ პროცესში ასევე მონაწილეობს შესაბამისი სფეროს წარმომადგენელი ექიმი. გეგმის შედგენისას ითვალისწინებენ პაციენტის პრობლემებს, მიზნებს და შესაძლებლობებს. გეგმა მოიცავს მდგომარეობის სტაბილიზაციაზე მიმართულ ღონისძიებებს და, გარკვეულ შემთხვევებში, ინდივიდუალურ კრიზისის გეგმას.

ინტეგრირებული ზრუნვის დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შემთხვევის მმართველის და პაციენტის ურთიერთთანამშრომლობა, რაც ურთიერთნდობაზე უნდა იყოს დამყარებული. თანამშრომლობაში შეიძლება ჩაერთონ პაციენტის ახლობლებიც, მისივე თანხმობით.

კვლევების მიხედვით, ინტეგრირებული ზრუნვით მოსარგებლე პაციენტების კმაყოფილების ხარისხი მაღალია, ის დადებით ზეგავლენას ახდენს პაციენტების ცხოვრების ხარისხზე. ინტეგრირებული ზრუნვა ამცირებს სტაციონარული მომსახურების ხარჯებს (8).

### **ინტეგრირებული ზრუნვა მსოფლიოში**

2010 წელს შეიქმნა „ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის საერთაშორისო ქსელი“ (The International Network of Integrative Mental Health ([www.INIMH.org](http://www.INIMH.org))). მისი მიზანია, განავითაროს ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის გლობალური პროგრამა. ორგანიზაციამ შეიმუშავა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში „ინტეგრირებული ზრუნვის თეთრი ქაღალდი“ (Integrative mental healthcare White Paper) (10). ეს დოკუმენტი მიუთითებს იმ გამოწვევებზე, რაც მოცემულ ეტაპზე არსებობს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. კერძოდ, აღნიშნულია, რომ ფსიქიკური დაავადებები 21-ე საუკუნის პანდემია და ჩვენი მომდევნო გლობალური გამოწვევაა. მიუხედავად ამისა, ქვეყნების უმრავლესობისთვის ფსიქიკური დაავადებები არ განიხილება მაღალი პრიორიტეტულობის მქონე მიმართულებად. აღნიშნულია, რომ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში გაზრდილია ინტერესი ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის მიმართ, ტარდება ამ თემაზე საერთაშორისო კონფერენციები, სადაც საუბრობენ ამ კონცეფციის პერსპექტივაზე. დოკუმენტში მოცემულია სტრატეგიული რეკომენდაციები ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზრუნვის სისტემის განვითარებისთვის. რეკომენდაციები ეხება ფსიქიკური ჯანდაცვის საკვანძო სფეროების კვლევას, კლინიცისტების განათლებას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროგრამების ხელშეწყობას. იგი აღიარებს ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერ მოდელს და, მკურნალობის ჩვეულ მეთოდებთან ერთად (ფსიქოფარმაკოლოგია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოსოციალური ჩარევები), რეკომენდაციას უწევს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული დამატებითი და ალტერნატიული მკურნალობის მეთოდებსაც (აკუპუნქტურა, ფიტოთერაპია, ნუტრიციული მედიცინა, დიეტოლოგია, მედიტაცია და ა. შ.).

ცხრილი 1 - ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და გადაწყვეტის გზების ანალიზი.

არე	პრობლემა	გადაწყვეტის გზა
პარადიგმა	ბიოსამედიცინო მოდელი	ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელის ფორმულირება, განათლება, კლინიკური დანერგვა
კვლევა	ბიოლოგიური/ფსიქოლოგიური /სამედიცინო, რაოდენობრივ მონაცემებზე ფოკუსირებული მოდელი	ინტეგრირებული მოდელის შესწავლა, დიზაინის შერეული მეთოდის გამოყენება, ჯანდაცვის ეკონომიკის ჩართვა
განათლება	ბიოსამედიცინო ფოკუსი; უნივერსიტეტების უმრავლესობას არ აქვს ინტეგრირებული ჯანდაცვის საგანმანათლებლო პროგრამები	ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სასწავლო პროგრამების შექმნა; უნივერსიტეტების ჩართვა ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის კათედრების დასაარსებლად
კლინიკური სახელმძღვანელოები	ფოკუსირება ხანგრძლივ მკურნალობაზე და სიმპტომების მოხსნაზე; დამატებითი და ალტერნატიული მეთოდების იგნორირება	ინფორმირებულობის გაზრდა პრევენციის, მტკიცებულობაზე დაფუძნებული დამატებითი და ალტერნატიული მედიცინის, ფსიქოსოციალური და სულიერი ასპექტების, ცხოვრების სტილის მოდიფიკაციის მნიშვნელობის შესახებ (შევიდეს კლინიკურ სახელმძღვანელოებში)
პოლიტიკა	ფოკუსირება მწვავე მდგომარეობების მკურნალობაზე, ალტერნატიული მედიცინის და ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოდელის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა	ჯანდაცვის პოლიტიკაზე გადაწყვეტილების მიმღები პირების ჩართვა უკეთესი ჩარჩო გადაწყვეტილებების მისაღებად; ფოკუსის გადანაცვლება ინტეგრირებული ზრუნვის და პრევენციის მოდელებისკენ

ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოდელის პრაქტიკაში დამკვიდრება უნდა მოხდეს თანდათანობით, გარკვეული ფაზების თანმიმდევრული გავლით. გამოყოფენ 4 ასეთ ფაზას, კერძოდ:

**ფაზა 1.** ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის უნიფიცირებული განსაზღვრების შემუშავება კონსენსუსის გზით;

**ფაზა 2.** ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა პროფესიონალისთვის (მედიკოსები, ალტერნატიული მედიცინის წარმომადგენლები, მკვლევრები, ჯანდაცვის ადვოკატები) დამოუკიდებელი, თანამშრომლობითი, გლობალური ქსელის დაარსება ძლიერი საზოგადოებრივი მხარდაჭერით;

**ფაზა 3 - ამოცანები:**

1. საზოგადოების და კლინიკური დარგების წარმომადგენლების განათლება ინტეგრირებულ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში;
2. ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოპულარიზაცია მედიის, სემინარების, ვებ-გვერდების, ხელშემწყობი ორგანიზაციების დახმარებით;
3. სასწავლო პროგრამების, პროფესიული პროგრამების და ტრენინგების შემუშავება;
4. დაფინანსების გაზრდა ინტეგრირებული ფსიქიატრიის კვლევებისთვის, კონფერენციებისთვის, სტიპენდიებისთვის;
5. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული საგანმანათლებლო და კლინიკური სახელმძღვანელოების განვითარება;

**ფაზა 4 - ამოცანები:**

1. სახელმწიფო სერტიფიკატის დაწესება სფეროში „ინტეგრირებული ფსიქიატრია“;
2. სახელმწიფოსთან თანამშრომლობით, ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის ფორმირება და ამ სფეროში ზრუნვის მოდელის განვითარება;
3. ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის, როგორც სტანდარტული პრაქტიკის, გამოყენება კლინიკებში, სახელმწიფო და კერძო ჰოსპიტლების ჩათვლით;
4. დარგობრივი ჟურნალის შექმნა ინტეგრირებულ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში.

**ინტეგრირებული ზრუნვა და ქართული ფსიქიატრია**

საქართველოში, ახლო წარსულში, ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებები წარმოდგენილი იყო უმთავრესად 2 ტიპის დაწესებულებით: დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფო და ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერი, რომელსაც პაციენტების აღრიცხვაზე აყვანა და ამბულატორიული მკურნალობა ევალებოდა. ორივე ტიპის დაწესებულება ორიენტირებული იყო მხოლოდ ბიოსამედიცინო მიდგომაზე. მათი ურთიერთთანამშრომლობა, ინტეგრაცია შემოიფარგლებოდა მხოლოდ საავადმყოფოდან პაციენტის გაწერის შემდეგ ავადმყოფობის ისტორიიდან მოკლე ამონაწერის გადაგზავნით დისპანსერში. ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ,



საავადმყოფოს უგზავნიდა ე. წ. „მიმართვას“ იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროდ მიიჩნევდა პაციენტის სტაციონარულ მკურნალობას.

ბოლო ორი ათეული წელია, ქვეყანაში ნელ-ნელა მკვიდრდება ფსიქიკური ჯანდაცვის თანამედროვე, თემზე დაფუძნებული მომსახურების ფორმები. მომსახურების ამ ახალი ფორმების უმრავლესობა ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით, მცირე ნაწილი კი მუნიციპალური პროგრამებით. არსებობს ასევე სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ დაარსებული პილოტური მომსახურებები, თუმცა მათი წილი უმნიშვნელოა. 2021 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის თანახმად (11), ეს ახალი მომსახურებებია: ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდი, ფსიქიკური დარღვევების მქონე მშპ პირთა თავშესაფარი. ასევე, მუნიციპალური პროგრამით ფინანსდება ასერტიული სათემო გუნდი. მნიშვნელოვანია, რომ 2021 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში გათვალისწინებულია თანხა კიდევ ერთი ახალი მომსახურების - საცხოვრისების განვითარებისთვის (11).

ბოლო წლებში მოხდა ტრადიციული ფსიქიატრიული დაწესებულებების გარკვეული ტრანსფორმაცია, კერძოდ, შემცირდა დიდი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების რაოდენობა და მოხდა ფსიქიატრიული განყოფილებების გახსნა მრავალპროფილურ კლინიკებში. ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები გადაკეთდა სათემო ამბულატორიულ მომსახურებად და დაინერგა ტერიტორიული მომსახურების პრინციპი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში მითითებულია, რომ „სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ხორციელდება ბიოფსიქოსოციალური მოდელისა და მულტიდისციპლინარული მიდგომის პრინციპებით და ითვალისწინებს შემდეგ სერვისებს: ... გ.ვ) თემში არსებულ სამედიცინო (პირველადი ჯანდაცვა) და სოციალურ სერვისებთან მჭიდრო თანამშრომლობა.“ (მუხლი 3.).

ამრიგად, ჩვენს ქვეყანაში, ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში არსებობს ბევრად უფრო მრავალფეროვანი მომსახურების ფორმები, ვიდრე ეს იყო წარსულში. ამასთან, თითოეული მათგანის მოვალეობაში შედის გარკვეული ურთიერთთანამშრომლობა სხვა მომსახურებებთან (11). სახელმწიფო პროგრამა მოითხოვს, რომ ამბულატორიაში მომსახურება ხორციელდებოდეს ბიოფსიქოსოციალური მოდელისა და მრავალდარგობრივი მიდგომის პრინციპების დაცვით. მიუხედავად ამ მოთხოვნებისა, ბოლო პერიოდში ჩატარებული მონიტორინგის შედეგები მიუთითებს, რომ ეს მოთხოვნები არ სრულდება. 2020 წელს ჩატარდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარგარე მომსახურებების ეფექტურობის კვლევა, კერძოდ სათემო ამბულატორიების და მობილური გუნდების (12). კვლევამ გამოავლინა, რომ სათემო ამბულატორიებში კვლავ წამყვანია ბიოსამედიცინო მიდგომა; გადამისამართების მექანიზმი პრაქტიკულად არ არსებობს, არ ხდება სხვადასხვა მომსახურების მუშაობის კოორდინირება; თემში არსებული სოციალური პროგრამები მწირია, არ ხდება პაციენტების რესოციალიზაცია. „სათემო ამბულატორიულ სერვისებში წამყვანია მკურნალობის ბიოლოგიური მეთოდი. ამბულატორიაში მისულ პაციენტებს უპირატესად უტარდებათ ფსიქიატრის კონსულტაცია, ხოლო

მულტიდისციპლინარული გუნდის რესურსები/შესაძლებლობები არასრულადაა გამოყენებული.... არ არსებობს რეფერალის მექანიზმები, რომელიც უზრუნველყოფს იმ სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღებას, რომელიც არ ტარდება დაწესებულებაში; რეფერალს აქვს მეტწილად სერვისის მოსარგებლისთვის სიტყვიერი რჩევის მიცემის ხასიათი.“

„სოციალური მუშაკების დაბალი კვალიფიკაციისა და თემში სოციალური პროგრამების სიმწირის გამო სათემო ფსიქიატრიული ამბულატორიები ვერ უზრუნველყოფენ დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და საზოგადოებაში ჩართვის უფლებას“ (12).

მობილურ გუნდებშიც ერთ-ერთ პრობლემად დასახელდა გადამისამართების გაუმართავი სისტემა: „ ყველა სათემო მობილური სერვისი საგრძნობლად ჩამორჩება სასურველ მაჩვენებელს სომატური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინფორმირებულობისა და რეფერირების უზრუნველყოფის კუთხით“ (12).

ქვეყნის ფსიქიკურ ჯანდაცვაში წინგადადგმული ნაბიჯია ახალი ტიპის მომსახურების ფორმების დამკვიდრება, თუმცა ეს მომსახურებები თანაბრად არ ფარავს მთელ ტერიტორიას, ფრაგმენტირებულია, მათი რაოდენობა და დაფინანსება არასაკმარისია, რეგიონების ნაწილი დარჩენილია მომსახურების ამ ახალი ფორმების გარეშე. ეს ყოველივე კი უარყოფითად აისახება მომსახურების ხარისხზე. მიუხედავად სახელმწიფო პროგრამის მოთხოვნებისა, ზრუნვა რჩება კვლავ ბიოლოგიურად ორიენტირებული.

## რეკომენდაციები

1. არსებული ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებების სისტემატური მონიტორინგი და იმ ბარიერების დადგენა, რაც ხელს უშლის მათ ფუნქციონირებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის მოთხოვნების შესაბამისად;
2. გადამისამართების გამართული სისტემის შექმნა ფსიქიკური ჯანდაცვის სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებს შორის;
3. ქვეყნის რეგიონების საჭიროებების დადგენა ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებებზე და მათი თანაბარი მოცვა ფსიქიკური ჯანდაცვის შესაბამისი დაწესებულებებით;
4. პირველადი ჯანდაცვისა და სხვა სამედიცინო და სოციალური დაწესებულებების ინფორმირება რეგიონში არსებული ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებების შესახებ და მათ შორის გადამისამართების ეფექტური მექანიზმის შემუშავება;
5. ქვეყნის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ახალი ტიპის ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებების შექმნა და მათი ჩართვა დაწესებულებათა არსებულ ქსელში;
6. ფსიქოლოგიური და სოციალური სფეროს სპეციალისტების სტიმულირება ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებების მრავალდარგობრივ გუნდებში სამუშაოდ;

7. უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის დანერგვა ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული ყველა პროფესიონალისთვის;
8. სატრენინგო მოდულების შექმნა ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტებისათვის მკურნალობისა და ზრუნვის ახალ მეთოდებში, მათ შორის, შემთხვევის მართვასა და ინტეგრირებულ ზრუნვაში.

ამ ამოცანების შესრულება თანხლებული უნდა იყოს შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებებით და ადეკვატური დაფინანსებით.

### ლიტერატურა:

1. GGW 2012 · Moock, Koch, Kawohl: Integrierte Versorgungskonzepte für psychisch erkrankte Menschen · Jg. 12, Heft 3 (Juli): 24–34 [www.wido.de](http://www.wido.de) › Dateien › GGW › wido\_ggwaufs3\_0712;
2. „მრავალდარგობრივი გუნდი და შემთხვევის მართვა ფსიქიატრიაში“ – სატრენინგო მოდული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პერსონალისათვის (გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი, 2011წ.);
3. სტივ ონიეტი „შემთხვევის მართვა ფსიქიატრიაში“ (გამომცემლობა „აწმყო“, თბილისი, 2003);
4. Erving Goffman “Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates”;
5. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (გამომცემლობა „აწმყო“, თბილისი, 2002);
6. Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management: by Kim T. Mueser, Gary R. Bond, Robert E. Drake, and Sandra Q. Resnick. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 24, No. 1, 1998;
7. Kunze H, Priebe S. “Integrated Care – Perspectives for Psychiatry and Psychotherapy“ *Psychiat Prax* 2006; 33: 53-55;
8. “Miteinander im Gespräch” Peter Heuchemer (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2016);
9. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)- Gesetzliche Krankenversicherung §140a [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html);
10. Integrative mental healthcare White Paper: Establishing a new paradigm through research, education, and clinical guidelines. J. Sarris R. Glick , R. Hoenders , J. Duffy , J. Lake, The International Network of Integrative Mental Health;
11. 2021 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები. [matsne.gov.ge](http://matsne.gov.ge);
12. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარგარეთა სერვისების უფექტურობის კვლევა (პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემია; „ალიანსი უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის“, თბილისი 2020).

# ინტეგრირებული ზრუნვა ადიქტოლოგიაში დავით ოთიაშვილი

35 წლის აკაკი 7 წელია სტიმულატორების მომხმარებელია. ამჟამად მოიხმარს ამფეტამინს, ე. წ. ვინტს (კუსტარული სტიმულატორი), ალკოჰოლს და ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს. წლების მანძილზე ებრძვის დეპრესიას. 3 თვის წინ დაკარგა სამსახური, რის შემდეგაც უფრო ხშირად სვამს. აკაკის ასევე აქვს დიაბეტი.

## რატომ არის ადიქტოლოგიაში ინტეგრირებული ზრუნვა მნიშვნელოვანი?

ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების მქონე ადამიანებს, როგორც წესი, აქვთ საჭიროებების ფართო სპექტრი. ეს შეიძლება იყოს ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ოჯახური ურთიერთობის, დასაქმების, საცხოვრისის, კანონსაწინააღმდეგო ქვევის პრობლემები (1, 2). ეს ნიშნავს, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელი ადამიანების დახმარებაში ჩართული უნდა იყოს სპეციალისტების და ორგანიზაციების ფართო სპექტრი. მომსახურების მიმღებებიც და მიმწოდებლებიც ხშირად გრძნობენ, რომ სხვადასხვა ორგანიზაციებს შორის არ არის სათანადო ურთიერთკავშირი. შედეგად, მომსახურების მიმწოდებლებმა, შესაძლოა, ვერ გაუწიონ ადამიანს ეფექტური დახმარება ინფორმაციის სიმწირის გამო. იგულისხმება ინფორმაცია, რომელიც ეხება პიროვნებას ან სხვა ორგანიზაციებს, რომელთა როლიც მკურნალობის პროცესში პოტენციურად მნიშვნელოვანია. მომსახურების მიმღებები ხშირად გრძნობენ, რომ მხარდაჭერა მიმართულია უფრო მეტად გამოჯანმრთელების პროცესის საწყისი ფაზისკენ, რაც საფრთხეს უქმნის მკურნალობის გრძელვადიან პროცესს (3). აღნიშნული ასინქრონია, ორგანიზაციებს შორის გადამისამართების სისტემის არარსებობა კარგად ჩანს ქვემოთ მოყვანილი მაგალითიდან.

შეძენილი მე-2 ტიპის დიაბეტით გამოწვეული გართულებების გამო აკაკი მოხვდა გადაუდებელი დახმარების კლინიკაში. ექიმმა (ენდოკრინოლოგმა) შეკრიბა ანამნეზი და სისხლში მომატებული შაქრის დონის გამო დაუნიშნა კვლევები და მედიკამენტები, ურჩია აღარ მიეღო ფსიქოაქტიური საშუალებები და მიემართა ნარკოლოგიური კლინიკისთვის. მანამდე აკაკის ცხოვრებაში მსგავსი შემთხვევა არ ჰქონია, პირველად დაუნიშნეს დიაბეტის სამკურნალო მედიკამენტები, რამაც მას აფიქრებინა, მიეღო დეტოქსიკაციის ჩატარების გადაწყვეტილება. დიდი დრო დახარჯა წამალდამოკიდებულების კლინიკების ძებნაში, სადაც სახელმწიფოს დაფინანსებით გაივლიდა დეტოქსიკაციის კურსს და საბოლოოდ,

გარკვეული ხნის ლოდინის შემდეგ გაიარა 2-კვირიანი სტაციონარული დეტოქსიკაცია. გაწერისას, ნარკოლოგმა მისცა დანიშნულება, რჩევა-დარიგებები და შეუთანხმდა კვირაში ერთხელ ვიზიტზე, მომდევნო 1 თვის განმავლობაში. ორი თვის განმავლობაში აკაკი აღარ მოიხმარდა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს და იღებდა ნარკოლოგის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს, თუმცა მას არ მიუმართავს ფსიქიატრისთვის და მალევე უძილობის და დეპრესიის სიმპტომები გაუმწვავდა. დაიწყო ისევ ფსიქოტროპულეების და ალკოჰოლის მოხმარება დეპრესიასთან გასამკლავებლად, თუმცა მდგომარეობა მხოლოდ გაუარესდა. განაახლა სტიმულატორების, კონკრეტულად კი კუსტარულად დამზადებული ვინტის მოხმარება, ხშირად ავიწყდებოდა დიაბეტისთვის დანიშნული წამლების მიღება. 1 წლის შემდეგ აკაკის უფრო მწვავე დეპრესია ჰქონდა, მისი ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდა. წარუმატებელი წამალდამოკიდებულების მკურნალობის შემდეგ დაკარგა მკურნალობის ხელახლა გავლის მოტივაცია.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლებზე ზრუნვის მიზნები შესაძლოა იყოს მრავალნაირი, თუმცა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა პასუხობდეს პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებებს (4). ყველაზე ხშირად ეს მიზნები არის:

- **ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შემცირება და პაციენტის სტაბილიზაცია** - ჩანაცვლებითი მედიკამენტის გამოყენებით ან დეტოქსიკაციით (როდესაც მიზანშეწონილია), მოხმარებული ნივთიერებების ნაირსახეობების შემცირებით, ნარკოტიკის მოხმარების სიხშირის შემცირებით და მომავალში რეციდივის რისკის შემცირებით. შესაბამისად, საბოლოო მიზანი უნდა იყოს პიროვნების დახმარება სტაბილური მდგომარეობის მისაღწევად და შესანარჩუნებლად ან ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტა და რეციდივის პრევენცია;
- **სისხლით გადამღები ინფექციების გავრცელების რისკის შემცირება** (აივ-ის, B/C ჰეპატიტის). აღნიშნული შეიძლება მიღწეული იქნეს საზიარო საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენების შეწყვეტის ან შემცირების გზით, ინექციების შეწყვეტის ან სიხშირის შემცირების გზით და სარისკო სექსობრივი პრაქტიკის შეწყვეტის ან შემცირების გზით;
- **კარგი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიღწევითა და შენარჩუნებით ზოგადი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება**. ეს ნაწილობრივ მიიღწევა ზემოთ ჩამოთვლილი მიზნების მიღწევის შემთხვევაში, თუმცა ნარკოტიკების მომხმარებელს შესაძლოა ჰქონდეს სხვა ფიზიკური პრობლემებიც, რომელიც საჭიროებს მოგვარებას. ამ პოპულაციაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები სერიოზული გამოწვევაა, განსაკუთრებით კი შფოთვა და დეპრესია;
- **კრიმინალურ აქტივობებში ჩართულობის შემცირება** - განსაკუთრებით კი იმ კრიმინალური საქმიანობის შემცირება, რომლითაც აფინანსებს ნარკოტიკის მოხმარებას. ეს შეიძლება იყოს პროსტიტუცია, ქურდობა და ნარკოტიკის მიწოდებასთან დაკავშირებული დანაშაული;
- **პირადი, ოჯახური, სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება** - დახმარება რაციონალური გადაწყვეტილების მიღებისთვის საჭირო უნარების

გამომუშავებაში. ასევე, დახმარება სოციალური და ოჯახური ურთიერთობების განახლებასა და განვითარებაში;

- **განათლების და დასაქმების პერსპექტივის გაუმჯობესება** - არსებულ შესაძლებლობებზე წვდომის დახმარების გზით, რაც გაზრდის მათი დასაქმების ალბათობას;
- **სტაბილური საცხოვრისით უზრუნველყოფა** ან საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესება.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების სფეროში მკურნალობის ბევრი განსხვავებული მიდგომა და ფილოსოფია არსებობს, რომლებიც ასახავს როგორც მომსახურების მიმდებარის, ასევე მიმწოდებლების საჭიროებებს და პრიორიტეტებს. ამ მიდგომებს აქვს განსაზღვრული შედეგები, თუმცა მნიშვნელოვანია ინტეგრირებული ზრუნვის ძირითადი მიზნის დასახვა, ყველა განსხვავებული ფილოსოფიის გათვალისწინებით.

**ინტეგრირებული ზრუნვის ძირითადი მიზანია** ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლების მხარდაჭერა, რათა დაძლიონ მოხმარებით გამოწვეული პრობლემები, მათ შორის, ჯანმრთელობის და სოციალური პრობლემები, რაც მიიღწევა ეფექტური, კოორდინირებული და დროული მკურნალობითა და ზრუნვით (1).

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან ერთად სხვა თანმხლები პრობლემების არსებობის შემთხვევაში მომსახურებების ინტეგრაცია შესაძლოა ორი მიმართულებით მოხდეს:

1. კოორდინაცია წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მომსახურებებს შორის, მაგალითად დეტოქსიკაციას და რეზიდენტულ რეაბილიტაციას შორის, რაც უზრუნველყოფს ზრუნვის უწყვეტობას მკურნალობის პერიოდში (წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სისტემის შიგნით);
2. კოორდინაცია წამალდამოკიდებულების და არაწამალდამოკიდებულების მომსახურებებს შორის. მაგალითად, საცხოვრისი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ზოგადი ჯანმრთელობის მომსახურებები (სისტემებს შორის).

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის დასაწესებლად მრავალი კომპონენტია გასათვალისწინებელი. ქვემოთ განვიხილავთ სამ კომპონენტს, რომელსაც გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ეფექტური ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის ფუნქციონირებისათვის - პაციენტის შეფასება (მოიცავს ზრუნვის გეგმის შემუშავებას), ინფორმაციის გაზიარება/მართვა და პერსონალის ტრენინგი.

## 1. პაციენტის შეფასება

პაციენტის შეფასება გულისხმობს მისი უახლოესი და გრძელვადიანი მიზნების ჩამოყალიბებას, ამ მიზნების მისაღწევად საჭიროებების განსაზღვრას, რათა მივიღოთ სწორი გადაწყვეტილებები, პაციენტთან ერთად, მისი მკურნალობის,

ზრუნვისა და მხარდაჭერის შესახებ (5). შეფასების პროცესს, როგორც წესი, პაციენტისა და შესაბამის სპეციალისტს შორის ერთი-ერთზე დისკუსიის ფორმა აქვს. თუ შეფასების პროცესი მუშაობს ეფექტურად, პაციენტი სრულად არის მასში ჩართული და ესმის და იზიარებს მკურნალობის, ზრუნვის და მხარდაჭერის მიზნებს, რომელიც მისი სამომავლო გეგმების მიხედვით ისაზღვრება. ეფექტური შეფასება მიმდინარე პროცესია და არა ერთჯერადი. ის ახდენს ინდივიდის საჭიროებების სპექტრის და სიღრმის განსაზღვრას არა მხოლოდ ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების კუთხით, არამედ ჯანმრთელობის, სოციალური და ეკონომიკური თვალსაზრისითაც; ასევე, შეისწავლის ინდივიდის მანასიათებლებს, მოლოდინებს და მისწრაფებებს. მიმდინარე შეფასება ეხმარება როგორც მომსახურების მიმღებებს, ასევე მიმწოდებელს, რომ თვალი ადევნოს პროგრესს და, საჭიროების შემთხვევაში, ხელი შეუწყოს სხვა მომსახურებაში პაციენტის გადამისამართებას. ეფექტური შეფასების პროცესი უნდა იყოს:

- პაციენტის საჭიროებებით მართული;
- მიმდინარე და არა ერთჯერადი;
- ზრუნვის პროცესის ნაწილი.

შეფასება კომპლექსური პროცესია, რომელსაც მრავალდარგობრივი გუნდი ატარებს. პრაქტიკულად ეს შესაძლებელია ცალ-ცალკე ჩატარდეს სპეციალისტების მიერ, მაგრამ მათ შორის ინფორმაციის გაცვლა და თითოეული შემთხვევის მართვა სინქრონულია, რასაც შუალედური შედეგების შეფასებით, პროცესის მიდევნების და მონიტორინგის სახით, ყველაზე ხშირად, სოციალური მუშაკი ან ადიქტოლოგი უზრუნველყოფს (შემთხვევის მართვა). ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის ჰიპოთეზური მაგალითი, აკაკის შემთხვევაზე დაფუძნებით, მოყვანილია ქვემოთ.

შეძენილი მე-2 ტიპის დიაბეტით გამოწვეული გართულებების გამო აკაკი მოხვდა გადაუღებელი დახმარების კლინიკაში. ექიმმა (ენდოკრინოლოგმა) შეკრიბა ანამნეზი და სისხლში მომატებული შაქრის დონის გამო დაუნიშნა კვლევები და მედიკამენტები. თუმცა, ექიმმა შეიტყო აკაკისგან, რომ არის ფსიქოაქტიური საშუალებების მომხმარებელი, რის გამოც შესთავაზა ვიზიტის დანიშვნა ოჯახის ექიმთან. ენდოკრინოლოგმა გადაამისამართა ექთანთან, რომელმაც სისხლში შაქრის დონის შემცველობა შეუმოწმა და ასწავლა აკაკის, როგორ შეუძლია დამოუკიდებლად შეიმოწმოს შაქრის დონე სისხლში, ამასთანავე, მიაწოდა ინფორმაცია დიაბეტის შესაძლო გართულების შესახებ, თუკი განაგრძობდა ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას. ოჯახის ექიმმა აკაკის მდგომარეობა გულდასმით შეაფასა და გაარკვია, რომ მას ჰქონდა დეპრესია და მოიხმარდა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს. სხვა შეფასებასთან ერთად, აკაკის ჩაუტარეს ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების სკრინინგი, რომლის შედეგად გაირკვა, რომ მას სპეციალიზებული ნარკოლოგიური დახმარება სჭირდება. ოჯახის ექიმი შეაშფოთა დეპრესიის სიმპტომების გამწვავებამ და აკაკი ჩაწერა ნარკოლოგის და ფსიქიატრის კონსულტაციაზე პარტნიორ კლინიკაში, რომელიც იმავე ქუჩაზე მდებარეობდა. იმავდროულად, ოჯახის ექიმი შეჰპირდა, რომ თავადაც დაურეკავდა ფსიქიატრს და ნარკოლოგს და გაუზიარებდა აკაკის ფიზიკური ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციას, რათა მისი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ ტოლფასი ინფორმაცია

ჰქონდათ. ასევე, ექიმმა სთხოვა აკაკის, რომ ყოველდღე ექთნისთვის შეეტყობინებინა სისხლში შაქრის დონის შემცველობა. ექთანმა აკაკის გააცნო სოციალური მუშაკი/ადიქტოლოგი, რომელთანაც აკაკიმ ისაუბრა ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიაზე, სამსახურის დაკარგვის თაობაზე. სოციალურმა მუშაკმა აკაკის მიაწოდა ინფორმაცია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებელთა თვითდახმარების ჯგუფების და რეზიდენტული სარეაბილიტაციო დაწესებულებების შესახებ. ასევე, უთხრა, თუ რომელ დაწესებულებაში შეეძლო უფასოდ მიეღო მომსახურება და რომელი იყო ფასიანი.

გადამწყვეტია, მომსახურების მიმღებებმა იგრძნონ, რომ ისინი შეფასების ცენტრალური პირები არიან და თავად იღებენ მათივე მომავლის დაგეგმარებაში მონაწილეობას. მომსახურების მიმწოდებლებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ ფორმალური შეფასების პროცესი იყოს გამჭვირვალე და ხორციელდებოდეს პაციენტთან შეთანხმებული, წინასწარ დაგეგმილი ინტერვალებით.

#### შეფასების პრინციპები

- შეფასება უნდა იყოს განგრძობადი, მაგრამ არა განმეორებადი;
- შეფასებას უნდა დაეთმოს შესაბამისი დრო;
- შეფასება უნდა განხორციელდეს კომპეტენტური და ტრენინგებული პერსონალის მიერ;
- ყოველი შეფასება ისე უნდა დაიგეგმოს, რომ შესაძლებელი იყოს ზუსტი, შესაბამისი და განახლებული ინფორმაციის შეგროვება.

ძალიან მნიშვნელოვანია სწორი და სანდო შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენება. ასეთი ინსტრუმენტები ძირითადად აგროვებს ინფორმაციას ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების, სარისკო ქცევების, ჯანმრთელობის, სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის შესახებ. უნდა გადაწყდეს, გამოვიყენებთ უკვე არსებულ ინსტრუმენტს უცვლელად თუ შევიტანთ მცირე ცვლილებებს. მაგრამ, გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ, სასურველია, ყველა პაციენტის შეფასება ერთნაირად, მსგავსი ინსტრუმენტების გამოყენებით ჩატარდეს.

#### ეფექტური შეფასების პროცესი უნდა მოიცავდეს:

- ინდივიდის საჭიროებების, მახასიათებლების, მოლოდინების შესახებ ინფორმაციის მოგროვებას;
- ინდივიდის პროფილის შექმნას;
- შეფასების შედეგის გაზიარებას პარტნიორ მომსახურების მიმწოდებელთან;
- სამოქმედო გეგმას, რომელიც შეთანხმებულია პირთან და სხვა პარტნიორ ორგანიზაციებთან და სადაც განსაზღვრულია მკურნალობის/მხარდაჭერის მიზანი და ის მომსახურებები, რომელიც პაციენტის საჭიროებებს ყველაზე უკეთ პასუხობს;
- რეგულარულ მონიტორინგს და წინასწარ შეთანხმებულ ინტერვალებში ხელახლა შეფასებას.



## შეფასების შედეგი

### (ა) პროფილი

შეფასების პროცესის შედეგად პირის შესახებ შედგენილი პროფილი უნდა მოიცავდეს შემდეგ თემებს:

- საჭიროებების ტიპი და დონე, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გამო მკურნალობის გამოცდილება და საჭიროება, სოციალური მხარდაჭერა, ცხოვრებისეული უნარები;
- განსაკუთრებული გარემოებები, რომლებიც პიროვნებას პროგრესის მიღწევაში უშლის ხელს, მაგ., ოჯახური, ემოციური და ქცევითი პრობლემები, ვალი;
- ინდივიდუალური მახასიათებლები და მოლოდინები, განსაკუთრებით, დადებითზე ხაზგასმით;
- მოკლევადიანი და გრძელვადიანი მიზნები.

### (ბ) სამოქმედო გეგმა (მკურნალობის გეგმა)

ზრუნვის დაგეგმვა არის გადაწყვეტილების მიღების პროცესი იმ მკურნალობის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის შესახებ, რომელიც უნდა მიეწოდოს პირს და იმის შესახებ, თუ ვინ იქნება ჩართული ამ მომსახურებების მიწოდებაში. ზრუნვის მიწოდება უნდა იყოს კოორდინირებული, მართული და უზრუნველყოფილი ისე, რომ პიროვნებამ მიიღოს ის მომსახურება, იმ დროს და იმ ფორმით, რაც შეესაბამება მის საჭიროებებს. სამოქმედო გეგმა აერთიანებს შეფასების პროცესის სხვადასხვა საფეხურის შედეგებს და იქმნება მომსახურების მიმწოდებლის და პაციენტის დისკუსიის შედეგად. მასში გაერთიანებულია შეფასების ინსტრუმენტების, თვითშეფასების, პერსონალის ინფორმირებული მსჯელობის შედეგები და პაციენტის პროფილი (4).

სამოქმედო გეგმა უნდა მოიცავდეს:

- მისაღწევ უახლოეს და გრძელვადიან მიზნებს;
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობის შეთანხმებულ მიდგომას;
- სხვა პრობლემების საპასუხო ქმედებებს, როგორცაა, მაგალითად, საცხოვრისის საკითხები, ოჯახში მხარდაჭერა, პერსონალური და სოციალური უნარები, განათლება და ტრენინგები;
- რა ევალება თითოეულ მონაწილეს და როგორ შეფასდება;
- რა შეადგენს პროგრესს, როგორ გაიზომება, როდის, ვის მიერ.

### (გ) მიმდინარე შეფასება და გეგმის გადახედვა

როგორც წესი, მოიცავს ინდივიდის პროგრესს შემდეგ სფეროებში:

- ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;

- ოჯახში და საზოგადოებაში ფუნქციონირების გაუმჯობესება;
- კრიმინალური ქცევის შემცირება;
- ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარების შემცირება;
- თვითშეფასების ან მოტივაციის გაუმჯობესება;
- დასაქმებისკენ გადადგმული ნაბიჯი.

## 2. ინფორმაციის გაზიარება

ინფორმაციის გაცვლა ეხმარება მომსახურების მიმწოდებლებს საუკეთესო მომსახურების მიწოდებაში (4, 6). როდესაც მომსახურების მიმწოდებელს წვდომა აქვს პიროვნების პირად ინფორმაციასთან და მას ამისამართებს სხვა მომსახურებაში, მათ უნდა გაითვალისწინონ, თუ რა ინფორმაცია დასჭირდება პარტნიორ ორგანიზაციას მაქსიმალურად სასარგებლო და ეფექტური მომსახურების მისაწოდებლად. ამავდროულად, მომსახურების მიმწოდებლებს პაციენტის წინაშე აქვთ პასუხისმგებლობა, რომ გააზიარონ მხოლოდ ის ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია მომსახურებიდან სარგებლის მისაღებად, რაზეც პაციენტი წინასწარ ინფორმირებულია და მისგან თანხმობა მიღებულია. ინფორმაციის გაზიარების ნაკლებობამ შესაძლოა შეაფერხოს პაციენტის მკურნალობაში ჩართვა ან გამოიწვიოს არასწორ მომსახურებაში გადამისამართება. ეს, თავის მხრივ, შეამცირებს დადებით გამოსავალს და გამოიწვევს იმედგაცრუებას და მკურნალობაზე დაბალ დამყოლობას. წარსულში ცუდი/დაბალი ხარისხის მომსახურების მიღების გამოცდილება ასევე ამცირებს მომავალში მკურნალობაში ჩართვის მოტივაციას. მომსახურებებს შორის ინფორმაციის გაზიარების ჰიპოთეზური მაგალითი, აკაკის შემთხვევაზე დაფუძნებით, მოყვანილია ქვემოთ.

გადამისამართებულ მომსახურებაში აკაკის მონაწილეობით შედგა მისი მკურნალობის სამოქმედო გეგმა, სადაც ნათელი იყო სამიზნეები:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- საზოგადოებაში ფუნქციონირების გაუმჯობესება;
- ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტა;
- დასაქმების პრობლემის გადაჭრა.

აკაკის შესახებ ინფორმაცია ოჯახის ექიმმა, ნარკოლოგმა და ფსიქიატრმა საერთო ელექტრონულ ბაზაში შეიყვანეს. შესაბამისად, სამივე მომსახურების მიმწოდებელმა იცოდა მისი მკურნალობის გეგმის და შედეგების შესახებ. აკაკიმ გაიარა სტაციონარული დეტოქსიკაცია და კონსულტაცია ფსიქიატრთან, შემდეგ კი, სოციალური მუშაკის დახმარებით, რეზიდენტულ სარეაბილიტაციო დაწესებულებაში გაატარა რამდენიმე თვე. აკაკის მკურნალობაში ყოფნის დროს ოჯახის ექიმი, ნარკოლოგი, ფსიქიატრი და სოციალური მუშაკი/ადიქტოლოგი რეგულარულად განიხილავდნენ მისი მკურნალობის პროგრესს. სარეაბილიტაციო კურსის შემადგენელი ნაწილი იყო რეციდივის პრევენცია -

აკაკის ასწავლიდნენ, თუ როგორ უნდა გაუმკლავდეს სარისკო სიტუაციებს და აარიდოს თავი ნარკოტიკის მიღების განახლებას. რეაბილიტაციის დასრულების შემდეგ, სოციალური მუშაკის/ადიქტოლოგის დახმარებით, გაიარა პროფესიული სასწავლო კურსი და დასაქმდა. მისივე დახმარებით, შეიცვალა საცხოვრებელი, რათა არ ჰქონოდა ურთიერთობა მეზობლად მცხოვრებ ნარკოტიკის მომხმარებლებთან და თავიდან აერიდებინა რეციდივი. ერთი წლის შემდეგ აკაკის ჰქონდა სამსახური, უსაფრთხო საცხოვრებელი, აღარ მოიხმარდა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს და რეგულარულად ამოწმებდა ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას.

ინფორმაციის გაზიარება უნდა იყოს აღწერილი პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის ფორმაში. იმისათვის, რომ მიიღოთ ინფორმირებული თანხმობა, პაციენტმა უნდა იცოდეს თანხმობაზე უარის თქმის ან დათანხმების შედეგები, ვის შორის მოხდება ამ ინფორმაციის გაზიარება და რისთვის მოხდება მისი გამოყენება. მნიშვნელოვანია, რომ ინფორმირებული თანხმობის მიღება მომსახურების მიმწოდებლის და პაციენტის დიალოგის ბუნებრივი ნაწილი იყოს. მაგალითად, კარგი იქნება თუკი გადამისამართების დროს გასაზიარებელი ინფორმაციის შესახებ ინფორმირებულ თანხმობას მივიღებთ თავად გადამისამართების საჭიროებაზე საუბრისას.

### 3. პერსონალის ტრენინგი

თანამშრომლობის სრულყოფისთვის და ეფექტური ინტეგრირებული ზრუნვის მიწოდებისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კლინიკების/მომსახურების მიმწოდებელი პერსონალის მუდმივ სწავლებას შემდეგი მიმართულებებით:

- არა წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მიმწოდებელი კლინიკის პერსონალის ტრენინგი იმაზე, თუ როგორ და რა შემთხვევაში მიმართონ წამალდამოკიდებულების მომსახურებებს;
- არა წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მიმწოდებელი კლინიკის პერსონალის ტრენინგი წამალდამოკიდებულების საკითხებზე;
- წამალდამოკიდებულების სამკურნალო მომსახურების კლინიცისტების გადამზადება, რათა შეძლონ პაციენტის დახმარება კეთილდღეობის საკითხების ფართო სპექტრთან მიმართებაში;
- პარტნიორი ორგანიზაციების კლინიცისტების ტრენინგი როლების და პასუხისმგებლობების შესახებ;
- ინტეგრირებულ ზრუნვაში ჩართული ორგანიზაციების პერსონალის ტრენინგი მკურნალობის და ზრუნვის სხვადასხვა მოდელების შესახებ, გადამისამართების სისტემების შესახებ, რომელსაც იყენებენ პარტნიორი დაწესებულებები.

ინტეგრირებულ ზრუნვაში ჩართული მომსახურების მიმწოდებელთა შესაძლო როლის აღწერა (1)	
<p><b>ზოგადი პროფილის ექიმი/პირველადი ჯანდაცვის ჯგუფი</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზოგადი სამედიცინო მომსახურებები ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული პრობლემის მქონე ადამიანებისთვის</li> <li>• სტაბილიზებულ პაციენტებზე (ვინც იმყოფება ჩანაცვლებით მკურნალობაში, ან ინარჩუნებს აბსტინენციას) მიმდინარე ზრუნვა</li> </ul>
<p><b>სათემო/უბნის და ჰოსპიტალური აფთიაქები</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შპრიცების და ნემსების გაცვლასთან დაკავშირებული მომსახურებები</li> <li>• მეთადონის და ბუპრენორფინის გაცემა და მეთვალყურეობა</li> <li>• მკურნალობისთვის საჭირო სხვა მედიკამენტების გაცემა (მაგ., ნალტრექსონი)</li> <li>• ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით განათლება, მაგალითად, მედიკამენტის უსაფრთხოდ შენახვის შესახებ</li> <li>• ჯანსაღი ცხოვრების წესის პროპაგანდა</li> <li>• შესაბამის ორგანიზაციებში გადამისამართება</li> <li>• განათლება უსაფრთხო სექსზე და კონდომების გავრცელება</li> </ul>
<p><b>სპეციალიზებული ამბულატორული მომსახურებები</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული მკურნალობა და ზრუნვა</li> <li>• შეფასება</li> <li>• ზრუნვის დაგეგმვა</li> <li>• ჩანაცვლებითი მედიკამენტის გამოწერა</li> <li>• დეტოქსიკაცია</li> <li>• სოციალური უნარების ტრენინგი</li> <li>• კონსულტირება</li> <li>• რჩევა და ინფორმაცია</li> <li>• განათლება</li> <li>• დაგეგმილი ზრუნვის მონიტორინგი და შეფასება</li> <li>• პირველად ჯანდაცვასთან თანამშრომლობა</li> <li>• ჰოსპიტალურ და სათემო მომსახურებებთან დაკავშირება</li> </ul>

<b>რეზიდენტული დეტოქსიკაციის ან სარეაბილიტაციო მომსახურებების მიმწოდებლები</b>	ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელი ადამიანებისთვის მომსახურებების ფართო სპექტრი, მათ შორის, დეტოქსიკაცია და რეაბილიტაცია (ხანმოკლე ან გრძელვადიანი)
<b>ცინის მომსახურება</b>	ცინებში მკურნალობის სპექტრის უზრუნველყოფა
<b>ჯანდაცვის სპეციალობები, როგორებიცაა სასწრაფო დახმარების განყოფილებები, ანტენატალური, ინფექციური, ჰეპატოლოგიური, ფსიქიატრიული მომსახურება</b>	ორსულობის მართვა და სპეციფიკური მდგომარეობების იდენტიფიცირება, როგორიცაა C ჰეპატიტი ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები
<b>სისხლის სამართლის სამსახურები</b>	შესაბამის მკურნალობაში გადამისამართება
<b>საცხოვრისის მომსახურება</b>	თავშესაფრის მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და უსახლკარობის პრობლემის მოგვარებაში დახმარება
<b>დასაქმების, განათლების და ტრენინგის მიმწოდებლები</b>	სპეციფიკური მომსახურებები, რომელიც დასაქმებასა და განათლებაში დაეხმარება
<b>შემდგომი ზრუნვის მომსახურებები</b>	მომსახურებები და ჩარევები, რომელიც დაეხმარება ყოფილ ან ამჟამინდელ, მაგრამ სტაბილურ მდგომარეობაში მყოფ მომხმარებლებს დასაქმებაში, განათლებაში და ტრენინგის მიღებაში
<b>კომერციული (ბიზნეს) და არაკომერციული ორგანიზაციები</b>	მენეჯერული გამოცდილება და ახალი პროექტების მხარდაჭერა, სხვა მხრივ დახმარება დასაქმებაში
<b>სხვა მხარდამჭერი ორგანიზაციები</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნარკოტიკის მოხმარების საკითხებთან გამკლავების მომსახურებები, მაგალითად, ოჯახური მხარდაჭერის ჯგუფი, ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ ცნობიერების ამაღლების ჯგუფი, გამოჯანმრთელება-გაჯანსაღების ჯგუფი</li> <li>• სხვა საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციები, რომელთა კლიენტებში გავრცელებულია ნარკოტიკების მოხმარება, მაგალითად, უსახლკაროთა დახმარების მომსახურება</li> </ul>

ქვემოთ ჩამოთვლილია ის ნაბიჯები, რომელიც უნდა გადაიდგას ხელმისაწვდომი და ეფექტური ინტეგრირებული ადიქტოლოგიური მომსახურებების უზრუნველსაყოფად (1):

1. რეგიონში/ქალაქში/რაიონში კონკრეტული მომსახურების საჭიროების შეფასება;
2. არსებული/მოქმედი მომსახურებების შესაბამისობის, მისაწვდომობის და შესაძლებლობების მიმოხილვა.

ეს მოიცავს როგორც სპეციალიზებული, ასევე ზოგადი მომსახურებების სისტემურ შეფასებას. იმისთვის, რომ მოხდეს ამ მომსახურებების მიმოხილვა, საჭიროა სხვადასხვა აქტივობების განხორციელება, მათ შორის, არსებული მიმწოდებლების ნუსხის შედგენა და აღწერა, მათ შორის ურთიერთობის და როლების განსაზღვრა.

3. გამოვლენილი საჭიროებების მიმართ მომსახურების სპექტრის შესაბამისობის დადგენა.

მნიშვნელოვანია, შეფასდეს, საკმარისია თუ არა როგორც სპეციალური, ასევე ზოგადი მომსახურებების შესაძლებლობები. ამასთანავე, უნდა შეფასდეს, ნამდვილად შეესაბამება თუ არა მიწოდებული ჩარევები და მომსახურებები ალკოჰოლის და ნარკოტიკის ადგილობრივ მომხმარებელთა საჭიროებებს და თავისებურებებს, და რომ ეს მომსახურებები ხელმისაწვდომია. ამას ხანდახან უწოდებენ „ღიობების“ ანალიზს.

4. უზრუნველყოფა იმისა, რომ მომსახურებების სპექტრი და შესაძლებლობები ადეკვატურია და ეს მომსახურებები ერთად სათანადოდ მუშაობენ.

თუ მომსახურების მიწოდების ღიობები გამოვლინდება, ჯანდაცვის შესაბამისმა წარმომადგენლებმა უნდა განიხილონ, როგორ შეიძლება ამ პრობლემების ოპტიმალური გზით აღმოფხვრა. ეს შეიძლება მიღწეული იქნეს მრავალი ორგანიზაციის ერთობლივი ეფექტური მუშაობის განვითარებით, მომსახურების მახასიათებლების მორგებით და ახალი მიდგომების განვითარებით (მაგ., სავლელ სამუშაო), იმგვარად, რომ გათვალისწინებული იყოს ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მომხმარებელი ადგილობრივი მოსახლეობის, მათ შორის, რთულად ხელმისაწვდომი ჯგუფების საჭიროებები.

5. ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურებების მიმწოდებლებს შორის ნათელი შეთანხმების მიღწევა ინტეგრირებული ზრუნვის მისაწოდებლად ერთად მუშაობის შესახებ.

ეს მოიცავს ზოგად მომსახურებებსა და სხვა სპეციალურ სამსახურებთან მუშაობას, როგორებიც არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახური, საცხოვრისით უზრუნველყოფის სამსახური, დასაქმებისა და ახალგაზრდობის საკითხებზე მომუშავე სამსახური. ამას ხელს შეუწყობს:

- პარტნიორი ორგანიზაციების საერთო სკრინინგისა და შეფასების ინსტრუმენტები და პროცედურები;

- გადამისამართების სტანდარტის შექმნა და პროცედურები, რომლებსაც გამოიყენებს ყველა დაწესებულების შესაბამისი პერსონალი;
- პარტნიორი ორგანიზაციებისთვის საერთო ტრენინგის განხორციელება, როგორც სტრატეგიულ, ასევე ოპერაციულ დონეზე.

6. პაციენტის შეფასების ეფექტური პროცესის შემუშავება.

გამოყენებული უნდა იქნეს პაციენტის შესახებ არსებული ინფორმაცია, რათა თავიდან ავიცილოთ ორგანიზაციების მიერ აქტივობების დუბლირება, რამაც შეიძლება პაციენტის იმედგაცრუება გამოიწვიოს. ძირითადი სამუშაო მოიცავს:

- ერთიანი შეფასების ინსტრუმენტ(ებ)ის შერჩევა, რომელიც ყველა პარტნიორი ორგანიზაციის მიერ იქნება გაზიარებული/გამოყენებული, რაც შეამცირებს ხელახალი შეფასების შემთხვევებს;
- ინფორმირებული თანხმობის ფორმის გამოყენება, რაც უფლებას მისცემს ორგანიზაციებს, რომ პაციენტის შესახებ ინფორმაცია გაუზიარონ პარტნიორ ორგანიზაციებს;
- მრავალ-ორგანიზაციული ტრენინგის უზრუნველყოფა, რათა მოხდეს შეფასების პროცესში სხვადასხვა ორგანიზაციის როლის გააზრება.

7. მომსახურებების შესახებ მოკლე და ნათელი ინფორმაციის ფართოდ გავრცელება.

მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტებმა იცოდნენ მათ საცხოვრებელ ადგილთან მოქმედი მომსახურებების სპექტრის შესახებ და ის, თუ როგორ უნდა მიიღონ თითოეული მომსახურება. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ სხვა მომსახურებების მიმწოდებლებმა იცოდნენ მომსახურებების რა სპექტრი არსებობს, რათა შეძლონ პაციენტის სწორი მიმართულებით გადამისამართება. ინფორმაციის გავრცელებისათვის მნიშვნელოვანია:

- მომსახურებების შესახებ ინფორმაციის თავმოყრა მომსახურების პოტენციური მომხმარებლებისთვის, მათი ოჯახებისთვის და სხვა მომსახურებების მიმწოდებლებისთვის;
- პაციენტებისთვის და მომსახურების მიმწოდებლისთვის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისთვის ყველაზე შესაფერისი ტექნიკის განსაზღვრა. საინფორმაციო მასალები უნდა იყოს იმგვარად შექმნილი და ადაპტირებული, რომ მოერგოს სამიზნე აუდიტორიას და ნათლად ასახავდეს თუ:
  - ვისთვის არის მომსახურება განკუთვნილი (და ვისთვის არ არის)?
  - რას სთავაზობს მომსახურება (და რას არ სთავაზობს)?
  - რას უნდა ელოდონ პაციენტის მომსახურებაში ჩართვისას?
  - შეიძლება თუ არა პაციენტებს თან ახლდეთ სხვა ადამიანი?

- საინფორმაციო მასალის დიზაინის და შინაარსის განხილვა უნდა მოხდეს მომსახურების მომხმარებლებთან და მიმწოდებლებთან ერთად.

8. მომსახურების მიღების/მკურნალობაში ჩართვის შესაბამისი ეტაპისა და დროის შეთავაზება.

მომსახურების მიმწოდებელს უნდა შეეძლოს, მხედველობაში მიიღოს პაციენტის წინა მკურნალობის გამოცდილება, მკურნალობის შეწყვეტის და რეციდივების ჩათვლით. ხოლო პაციენტებმა უნდა შეძლონ შესაბამის საფეხურზე მკურნალობის დაწყება ან მკურნალობაში ხელახალი ჩართვა. ზრუნვის პროცესის ახლიდან დაწყება შესაძლოა იყოს უკუშედეგის მომცემი და გამოიწვიოს პაციენტების და პერსონალის დემორალიზება.

- უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი, რომ მყარი საფუძველის გარეშე პირს არ მოუწიოს მზრუნველობის პროცესის დასაწყისში დაბრუნება;
- შეფასება უნდა ეფუძნებოდეს პაციენტზე უკვე არსებულ ინფორმაციას და არ უნდა იწყებოდეს თავიდან;
- უნდა შეიქმნას პაციენტის გაწერის მოქნილი სისტემა.

9. შესაბამისი უნარების, დამოკიდებულების და კვალიფიკაციის მქონე პერსონალის დასაქმება.

აუცილებელია, რომ პერსონალს ჰქონდეს კარგად განვითარებული კომპეტენცია და უნარები მისი ექსპერტიზის ფარგლებში, ასევე, მან უნდა იცოდეს ყველა ხელმისაწვდომი მომსახურების შესახებ და როგორ შეიძლება ამ მომსახურებებში ჩართვა. ამგვარად, პერსონალი:

- უნდა წახალისდეს, რომ აიმაღლოს კვალიფიკაცია და გაიაროს დამატებითი ტრენინგები;
- უნდა გადამზადდეს შეფასების, გადამისამართების მექანიზმების და პარტნიორებთან ერთობლივი მუშაობის საკითხებში, რაც ახასიათებს ინტეგრირებულ ზრუნვას.

10. ინფორმაციის გაზიარების სტანდარტების შემუშავება.

უნდა შეიქმნას ინფორმაციის გაზიარების ნათელი სტანდარტები და ყველა დეტალი უნდა განემარტოს პაციენტს, რომელიც ერთვება მომსახურებაში. ეს შეიძლება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყოს კონკრეტული ჯგუფებისთვის, როგორებიც არიან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქალი მომხმარებლები, რომლებსაც ჰყავთ შვილები და შესაძლოა ჰქონდეთ წუხილი/შფოთვა ბავშვთა დაცვის და მეურვეობის საკითხებთან დაკავშირებით.

11. თემის/სამეზობლოს/საზოგადოების მხრიდან უარყოფითი დამოკიდებულების შეცვლა.

ჯანდაცვის წარმომადგენლებმა და პარტნიორმა ორგანიზაციებმა უნდა იპოვონ გზა, რომ დაამყარონ ურთიერთობა თემთან/სამეზობლოსთან და გაზარდონ ადამიანების ცოდნა და ცნობიერება ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების



ბუნების და ზეგავლენის შესახებ. ეს განმუხტავს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ სტიგმას და ხელს შეუწყობს მომსახურებების განვითარებას.

- რეგიონული ჯანდაცვის წარმომადგენლებმა უნდა შექმნან თემთან ურთიერთობის სტრატეგია. ეს ნიშნავს, რომ „თემის“ განსაზღვრება, ურთიერთობის დონე, რომელსაც მიზნად ისახავენ და ტექნიკები, რომლითაც ამას მიაღწევენ იქნება ნათელი და გასაგები;
- სტრატეგია უნდა მოიცავდეს გეგმას, რომ მხარი დაუჭიროს მომხმარებლების ჯგუფების, მათი ოჯახების გაძლიერებას და დაეხმაროს მათ სტიგმის შემცირების თვალსაზრისით;
- როგორც ყველა სტრატეგია, ესეც უნდა გადაიხედოს პერიოდულად.

12. რეგულარულად, საჭიროებების შეფასება და ინტეგრირებული ზრუნვის პროცესის გადახედვა.

სამოქმედო გეგმაში საჭიროებების შეფასება უნდა იყოს ციკლური პროცესი. რეგულარული შემოწმება გვიჩვენებს, რომელი მიმართულებით არის საჭირო საქმიანობის გაუმჯობესება. ამისათვის საჭიროა:

- საჭიროებების შეფასების პერიოდული გამოკრება (ზევით უკვე აღნიშნული);
- საჭიროებების მუდმივი ანალიზი და მათი შედარება მომსახურების განმანორციელებლების შესაძლებლობებთან;
- პარტნიორი ორგანიზაციების ერთად მუშაობის, შეფასების და გადამისამართების პროცედურების ეფექტურობის განხილვა;
- პერსონალის დამოკიდებულების შესწავლა ინტეგრირებულ ზრუნვაში მათი ჩართულობის და როლის შესაბამისობის შესახებ;
- პერსონალის უნარების პერიოდული შეფასება და საჭირო ტრენინგების განსაზღვრა და ჩატარება.

## რეკომენდაციები

აღწერილი მოდელი წარმოადგენს თეორიულ იდეალურ მიზანს ისეთი ჯანდაცვის სისტემისათვის, რომელიც საქართველოს გააჩნია. ამ მოდელის დანერგვას ბევრი დრო, რესურსი, ჯანდაცვის სფეროს ლიდერების მოტივაცია და ძალისხმევა სჭირდება. თუმცა, ამ მიმართულებით მოძრაობის დასაწყებად შეგვიძლია რამდენიმე მოკლევადიანი მიღწევადი მიზანი დავისახოთ. საქართველოს პირობებში პირველი ნაბიჯი ადიქტოლოგიური ინტეგრირებული ზრუნვის სისტემის ჩამოსაყალიბებლად შესაძლოა იყოს პირველადი ჯანდაცვის და სპეციალიზებული ნარკოლოგიური სამსახურების კოორდინირებული პარტნიორული მუშაობა. ამისათვის, გასავლელი იქნება ზემოთ აღწერილი ნაბიჯები 5-10. განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანი იქნება პირველადი ჯანდაცვის/ოჯახის ექიმების მომზადება SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) მიდგომის დასაწერად. სკრინინგი, ხანმოკლე ჩარევა და

გადამისამართება მკურნალობაში (SBIRT) არის ეფექტური მიდგომა, რათა მოხდეს ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემის დროული განსაზღვრა და, საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი დახმარების/მომსახურების მიმწოდებელთან გადამისამართება (7). ოჯახის ექიმის დონეზე ხდება თავდაპირველი შეფასება და, შესაძლოა, ხანმოკლე ჩარევა, რაც გვეხმარება სარისკო და პრობლემური მოხმარების პრევენციაში. უნდა აღინიშნოს, რომ SBIRT შეიძლება არ იყოს ეფექტური ჩამოყალიბებული პრობლემური მოხმარების პირობებში. ხშირ შემთხვევაში, დამოკიდებულების დიაგნოზის მქონე პრობლემური პაციენტები უკვე თავად არიან კონტაქტში სპეციალიზებულ სამსახურებთან და შედარებით ნაკლებად ხდება მათი პრობლემების „აღმოჩენა“ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე.

### რით დავიწყოთ?

1. პირველად ჯანდაცვაში სტანდარტული სკრინინგ ტესტის დანერგვა - ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნივთიერებების მოხმარების სკრინინგ-ტესტი (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test - ASSIST). ტესტი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესაფასებლად (8). ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული ეს ტესტი ხელმისაწვდომია ქართულად. (<https://altgeorgia.ge/media/uploads/ალკოჰოლის-თამბაქოს-და-ნივთიერების-მოხმარების-სკრინინგ-ტესტი-assist.pdf>). ასევე, ნათარგმნია ASSIST ხანმოკლე ჩარევის რეკომენდაციები: <https://altgeorgia.ge/media/uploads/ხანმოკლე-ინტერვენცია-assist-თან-ბმული-ხანმოკლე-ინტერვენცია.pdf>. ამ ინსტრუმენტების გამოყენების შესასწავლად საკმარისი იქნება 1-დღიანი ტრენინგების ჩატარება ოჯახის ექიმებისათვის.
2. პირველადი ჯანდაცვიდან სპეციალიზებულ დაწესებულებაში გადამისამართების და ინფორმაციის გაზიარების სტანდარტის შემუშავება.
3. პაციენტის პროგრესის პერიოდული შეფასების სტანდარტის დანერგვა. სტანდარტში გაწერილი უნდა იყოს, ვინ, როდის და რა ინსტრუმენტების მეშვეობით აფასებს პაციენტის მდგომარეობას. ერთ-ერთი საერთაშორისოდ აღიარებული კომპლექსური ინსტრუმენტი არის დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (Addiction Severity Index - ASI) (9, 10). ის გამოიყენება პაციენტის მდგომარეობის და მკურნალობის შედეგების შეფასებისთვის და ფოკუსირებულია ცვლილებებზე შემდეგ სფეროებში: ალკოჰოლის მოხმარება, ნარკოტიკების მოხმარება, ფსიქიკური მდგომარეობა, დასაქმება, ზოგადი ჯანმრთელობა, სამართლებრივი მდგომარეობა და ოჯახური/სოციალური ურთიერთობები. ASI ასევე არის ნათარგმნი და აპრობირებული საქართველოში.

პარტნიორული მუშაობა არ არის ახალი და ბევრი ორგანიზაცია წლების მანძილზე მუშაობს ამგვარად, თუმცა ეფექტური პარტნიორობის დანერგვას და შენარჩუნებას სჭირდება დრო და ძალისხმევა.

**სტრატეგიულ დონეზე ჯანდაცვის სამინისტრო და პარტნიორები უნდა შეთანხმდნენ შემდეგზე:**

- ინტეგრირებული მომსახურების მიზანი და ამოცანები;
- მომსახურებების სპექტრი, რომელებიც უნდა იყოს ან შეიძლება იყოს ჩართული პროცესში;
- მომსახურების დაგეგმვისას, მიწოდებისას და განხილვისას როგორ მოხდება მომსახურების მომხმარებლების და მიმწოდებლების ხედვის და გამოცდილების გათვალისწინება და შესაბამისი რეაგირება;
- ინფორმაციის გაზიარების მექანიზმები;
- ყველა ჩართული ორგანიზაციის ტრენინგება, რათა მოხდეს პარტნიორთა როლის სრულყოფილი გაგება;
- შეფასების და მონიტორინგის დაგეგმვა.

**ოპერაციულ დონეზე მომსახურების მიმწოდებლები უნდა შეთანხმდნენ შემდეგზე:**

- როგორი იქნება შეფასების საერთო პროცედურები და მონაცემთა ბაზა;
- როგორ უზრუნველყონ, რომ მომსახურების მიმღებები და მიმწოდებლები სრულყოფილად არიან ჩართულები, როგორც პარტნიორები მკურნალობის დაგეგმვაში, მიწოდებასა და პროგრესის განხილვაში;
- როგორი იქნება ინფორმაციის გაზიარების სტანდარტები;
- როგორი იქნება გადამისამართების და ერთად მუშაობის სისტემები და სტანდარტები.

---

**ლიტერატურა:**

1. Integrated Care Project Group. Integrated Care for Drug or Alcohol Users: principles and practice update. Dandee, Scotland; 2008.
2. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2008(173):1-362.
3. Bria J, Linkins K. Integrated Behavioral Health Program Case Studies. Desert Vista Consulting, LLC; 2010.
4. Savic M, Best D, Manning V, Lubman DI. Strategies to facilitate integrated care for people with alcohol and other drug problems: a systematic review. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2017;12(1):19.

5. Lundgren L, Krull I. Screening, assessment, and treatment of substance use disorders: evidence-based practices, community and organizational setting in the era of integrated care. New York, USA: Oxford University Press; 2018.
6. Townley C, Dorr H. Integrating Substance Use Disorder Treatment and Primary Care. Portland, Maine: NATIONAL ACADEMY FOR STATE HEALTH POLICY (NASHP); 2017.
7. Bray JW, Del Boca FK, McRee BG, Hayashi SW, Babor TF. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): rationale, program overview and cross-site evaluation. *Addiction*. 2017;112:3-11.
8. World Health Organization. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
9. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*. 1992;9(3):199-213.
10. World Health Organisation. Addiction Severity Index - Lite Version (ASI-Lite) Geneva, Switzerland: WHO; 2020 [Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/addictionseverity/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/addictionseverity/en/)].

# ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა

## იოსებ აბესაძე, ფატი ძოწენიძე

რთული და კომპლექსური სამედიცინო პრობლემების და ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანები, განსაკუთრებით, სიცოცხლის შემზღვეველი დაავადებების მქონენი, უწყვეტი და ხარისხიანი მომსახურების მისაღებად საჭიროებენ ინტეგრირებულ ზრუნვას.

### **რატომ არის ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა მნიშვნელოვანი?**

პალიატიური მზრუნველობის პაციენტების საჭიროებები მრავალფეროვანია და მოიცავს ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და სულიერ განზომილებებს. შესაბამისად, შეუძლებელია ამ მრავალსახიან პრობლემებთან ეულად ან ვიწრო პროფესიული მიდგომებით გამკლავება. ამასთანავე, პაციენტს უწევს რთული გზის გავლა სამედიცინო დაწესებულებებს შორის დიაგნოზის დასმიდან სიკვდილამდე. ამიტომ, მნიშვნელოვანია ისეთი სისტემის შექმნა რომელიც მაქსიმალურად „კომფორტულს“ გახდის ამ გზას პაციენტისა და მისი ახლობლებისთვის.

პალიატიურ მზრუნველობაში ძირითადად იყენებენ ინტეგრირებული ზრუნვის ინდივიდუალურ მოდელს, რაც ნიშნავს ინდივიდუალური ზრუნვის კოორდინაციას მაღალი რისკის და/ან კომპლექსური საჭიროებების მქონე პაციენტებისა და მათზე მზრუნველი პირებისთვის. ინდივიდუალური ინტეგრირებული მოდელის მიზანია ჯანდაცვის მომსახურებების შესაბამისად მიწოდება და მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ფრაგმენტაციის გადალახვა.

### **პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია**

ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის (REC (2003) 24) შესაბამისად, პალიატიური მზრუნველობა არის ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი, სასიცოცხლო მნიშვნელობის, ნაწილი.

67-ე ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეაზე ჯანმოს მიერ პალიატიური მზრუნველობა გაცხადდა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გამოწვევა. რეზოლუციაში კი მოხდა აღიარება იმისა, რომ პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა უწყვეტი ჯანდაცვის სისტემაში, განსაკუთრებით, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე,

წარმოადგენს გადაუდებელ აუცილებლობას. ასევე, ის, რომ პალიატიური მზრუნველობის არაადეკვატური ინტეგრაცია ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემაში წარმოადგენს პალიატიური მომსახურებების ხელმისაწვდომობის ნაკლებობის მთავარ ფაქტორს. პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების უწყვეტ რეჟიმში და ყველა დონეზე ინტეგრირების მიზნით, ჯანმო მოუწოდებს წევრს ქვეყნებს, განავითარონ, გააძლიერონ და დანერგონ პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკა. (1)

**პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება** - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია პალიატიურ მზრუნველობას განსაზღვრავს შემდეგნაირად:

„პალიატიური მზრუნველობა არის მიდგომა, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური და სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასებისა და მკურნალობის შედეგად, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს, რომლებსაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები“.

პალიატიური მზრუნველობა ითვალისწინებს „პაციენტის მოვლის ფსიქოლოგიური და სულიერი ასპექტების ინტეგრაციას და უზრუნველყოფს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც ეხმარება ოჯახს პაციენტის ავადმყოფობასა და გლოვის პერიოდთან დაკავშირებული სულიერი პრობლემების გადალახვაში; .... პაციენტების და მათი ოჯახების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად იყენებს გუნდურ მიდგომას, ..... გამოიყენება დაავადების ადრეულ სტადიაზე სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ სხვა სახის მკურნალობასთან ერთად“. (2)

### **ინტეგრირებული ზრუნვის მიზნები**

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა უნდა დაიწყოს დაავადების დიაგნოსტიკის მომენტიდან და გაგრძელდეს სამკურნალო ჩარევების პარალელურად. როდესაც დაავადება გადადის ტერმინალურ სტადიაში, პალიატიური მზრუნველობა უნდა მოერგოს პაციენტის შეცვლილ საჭიროებებს. იგი უნდა მოიცავდეს ფსიქოლოგიურ, სულიერ და სხვა სახის მომსახურებებს, რაც პაციენტს გარდაცვალებისთვის მოამზადებს. ამასთანავე, უნდა იყოს გათვალისწინებული პაციენტის ოჯახის წევრთა საჭიროებები როგორც დაავადების მიმდინარეობის დროს, ისე გლოვის პროცესში. ყოველივე ეს მოითხოვს დროსა თუ სივრცეში არსებული სხვადასხვა ხასიათის მომსახურებების კოორდინირებულ მუშაობას.

ჯანმო-ს რეკომენდაციების თანახმად ჯანდაცვის სისტემა პასუხისმგებელია ქრონიკული და უკურნებელი სენით დაავადებული მოსახლეობისათვის პალიატიური მზრუნველობის გაწევაზე და მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: (3)

- ჯანდაცვის სისტემაში პალიატიური მზრუნველობა ყველა დონეზე უნდა იყოს ინტეგრირებული როგორც სტრუქტურულად, ასევე დაფინანსებისა და რესურსების მობილიზების თვალსაზრისით;
- სახელმწიფოს პოლიტიკა უნდა იყოს მიმართული ადამიანური რესურსების გაძლიერებისა და გაზრდისკენ და უნდა ითვალისწინებდეს ჯანდაცვის

პროფესიონალების უწყვეტ პროფესიულ განვითარებასა და განათლებას. პალიატიური მზრუნველობის საკითხები აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული საბაზისო განათლების სასწავლო პროგრამებში;

- პალიატიურ მზრუნველობაში მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პროფესიონალების მონაწილეობა, არამედ მოხალისეების ჩართვაც, რომლებიც ამ საქმიანობით განახორციელებენ სამოქალაქო პასუხისმგებლობას;
- აუცილებელია პირველადი მოხმარების მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რათა დროულად და სწორად მოხდეს ტკივილის მართვა.

არსებობს პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების სხვადასხვა მოდელი. თუმცა, წარმატების მიღწევას განაპირობებს მრავალდარგობრივი და მრავალსექტორული მიდგომა და ადაპტირება სპეციფიკურ კულტურულ, სოციალურ და ეკონომიკურ გარემოში; მისი ინტეგრაცია არსებული ჯანდაცვის სისტემაში, ძირითადი აქცენტით პირველად ჯანდაცვასა და სათემო/ბინაზე მოვლაზე. შეზღუდული რესურსის მქონე გარემოში ეფექტურ მიდგომას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების გაწევა ტრენინგებული მომვლელების ან მოხალისეების მეშვეობით, რომელთაც ზედამხედველობას უწევენ ჯანდაცვის პროფესიონალები. (4)

ადგილობრივი მაცხოვრებლები და თემი მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ, რადგან მათ გააჩნიათ უნიკალური ცოდნა თავიანთი საცხოვრებელი ადგილის შესახებ და, შესაბამისად, გარემოს სოციალურ-ეკონომიკური და გეოგრაფიული მახასიათებლების ცოდნით, მეტად შესწევთ უნარი, გაუმკლავდნენ არსებულ მოთხოვნებსა და საჭიროებებს. (5)

### **ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის პრიორიტეტები**

ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის პრიორიტეტების შეთანხმებისა და რეკომენდაციების შემუშავებისათვის 33 საერთაშორისო ექსპერტის მონაწილეობით InSup-C პროექტის ფარგლებში ჩატარდა კვლევა. პროექტის მიზანი იყო ევროპაში ინტეგრირებული ზრუნვის პრაქტიკის შესწავლა და პალიატიური მზრუნველობის ეფექტური ინტეგრაციისთვის შესაბამისი მოთხოვნების ფორმულირება. (6)

პროექტის ექსპერტები შემდეგნაირად განსაზღვრავენ ინტეგრირებულ პალიატიურ მზრუნველობას: უწყვეტი ზრუნვის გაწევა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პაციენტების მოვლაში ჩართული ყველა მონაწილისთვის, რაც მზრუნველებთან თანამშრომლობით მიზნად ისახავს პაციენტისა და ოჯახისათვის ხარისხიანი ცხოვრების მიღწევას და კარგად მხარდაჭერილ სიკვდილს.

**"ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის სისტემის ელემენტები"** - ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის განხორციელების ხელშემწყობად დასახელდა რვა ძირითადი ელემენტი:

1. მზრუნველობის კოორდინაცია;
2. პაციენტის ადრეული იდენტიფიკაცია;
3. პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურება;

4. ზრუნვის უწყვეტობა;
5. ზრუნვის მიმწოდებლის განათლება და ტრენინგი;
6. დანერგვის სტანდარტული მოდელი და სკრინინგის ინსტრუმენტი;
7. ინფორმაციის გაზიარების ტექნოლოგიური სისტემა;
8. მხარდამჭერი რეგულაციები და დაფინანსება.

პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია შეიძლება მოხდეს სამ დონეზე:

**მაკრო** - პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნულ სტრატეგიებსა და რესურსების განაწილების გეგმებში;

**მეზო** - პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა რეგიონულ, ადგილობრივ და უწყებრივი დაქვემდებარების ჯანდაცვის მომსახურებებში;

**მიკრო** - სპეციფიკური საჭიროებების პაციენტებისა და ოჯახების დონეზე მუშაობა, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს პალიატიური მზრუნველობის თანამშრომლობა სხვა სამედიცინო დარგებთან (მაგ., ონკოლოგია, ნევროლოგია, გერიატრია).

ექსპერტთა კონსენსუსის საფუძველზე, ასევე განხორციელდა ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის შემდეგი იერარქიული კლასიფიცირება:

- ინიციატივის ტიპი;
- ზრუნვის დონე (პირველადი თუ მეორადი ჯანდაცვა);
- სექტორი: სტაციონარული და ბინაზე მოვლა;
- ჩარევის ვადები: ადრეული ინტეგრაცია, პარალელური მზრუნველობა და სიცოცხლის დასასრულის მოვლა;
- ფუნქციაზე ფოკუსირება;
- თანამშრომლობის ტიპი: ქსელი, სტანდარტები, გუნდი და შემთხვევების მართვა;
- ძირითადი საკონტაქტო პირი.

### ექსპერტების მიერ დასახელებული პრიორიტეტები და ბარიერები

ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებისათვის მნიშვნელოვნად ჩაითვალა მრავალდარგობრივი გუნდური მიდგომა და კოორდინაცია. არაფორმალური პროფესიული ურთიერთობები, საბაზისო სამედიცინო განათლება და ინფორმაციის გაცვლა (ელექტრონული სისტემების საშუალებით კავშირი და მკაფიო ტერმინოლოგია) ჩაითვალა ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის ხელშემწყობ ფაქტორებად.

**განათლება** - ექსპერტებმა პრიორიტეტად მიიჩნიეს განათლება. ჩაითვალა, რომ პალიატიური მზრუნველობა სავალდებულო განათლების სახით უნდა იყოს ინტეგრირებული სასწავლო პროგრამებში სამედიცინო (საექიმო/საექთნო), ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის პროფესიონალებისთვის. პალიატიური



მზრუნველობის ჩართვა დიპლომატულ და დიპლომის შემდგომ სასწავლო პროგრამებში, ხოლო პრაქტიკოსი პროფესიონალებისთვის უწყვეტი განათლების კურსებში წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციის ძირითად ელემენტს. ექსპერტები ასევე მიიჩნევენ, რომ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის სწავლება უნდა დაიწყოს განათლების და კარიერის დასაწყისშივე;

**ცნობიერების ამაღლება და ადვოკატირება** - მთავარი პრიორიტეტების სიაში მოხვდა პალიატიური მზრუნველობის შესახებ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებაც და კარგი მართვა ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის ადვოკატირებისათვის;

**პოლიტიკის შემუშავება** - ექსპერტები შეთანხმდნენ, რომ საჭიროა ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის პოლიტიკის შემუშავება;

**მზრუნველობის ხარისხის უზრუნველყოფა** - ექსპერტებმა პრიორიტეტი მიანიჭეს მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის აუცილებლობას აუდიტისა და თვითშეფასების საშუალებით. ამასთან, აქცენტი გაკეთდა შედეგების შემფასებელი ინსტრუმენტების შემუშავებაზე;

**ურთიერთობების დამყარება** - ექსპერტები პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციისთვის მნიშვნელოვანად მიიჩნევენ ურთიერთობების დამყარებას; მაგრამ, ამას არ განიხილავენ მთავარ პრიორიტეტად;

**სისტემებისა და ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება** - მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული მნიშვნელოვანად მიიჩნეოდა, სისტემებისა და ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებასა და განვითარებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების გაცემა ექსპერტებისთვის არ აღმოჩნდა პრიორიტეტული.

**დაფინანსება** - ექსპერტთა რეკომენდაციები ასევე ხაზს უსვამს ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის დაფინანსების პრობლემებს;

**ბარიერები** - გამოვლენილი ბარიერები მოიცავს ცოდნის ნაკლებობას პალიატიური მზრუნველობის შესახებ და თუ როდის უნდა ჩაერთოს პაციენტზე ზრუნვის გეგმაში, ასევე თანამშრომლობისა და ფინანსური სტრუქტურების ნაკლებობა.

რეკომენდაციები მოიცავს ხელმისაწვდომობის, პაციენტზე ორიენტირებულობის, კოორდინაციისა და თანამშრომლობის, დაფინანსების და ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის სისტემების მომსახურების გაუმჯობესებას. (7)

**რეკომენდაციები ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობისთვის -**  
განვითარების ძირითადი შესაძლებლობები:

- პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა ჯანდაცვის ეროვნულ გეგმებში, რეგულაციებში, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ბიუჯეტებში და მომსახურების მოდელებში;
- პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი კომპეტენციები უნდა ისწავლებოდეს ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალისთვის ბაკალავრიატის დონეზე;

- საზოგადოებისა და მედიისთვის პალიატიური მზრუნველობის და მისი სარგებლის ახსნა;
- ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა ჩაუტარდეთ პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტის სერტიფიკატის მიმნიჭებელი ტრენინგი;
- პაციენტის და თავის მოვლის სწავლებით, ოჯახის წევრი მზრუნველი პირის მხარდაჭერა;
- ქრონიკული და სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების (ჯანდაცვის) პროგრამებში პალიატიური მზრუნველობის მიდგომის დანერგვა;
- ადეკვატური რესურსების და ინფრასტრუქტურის მომცველი პროგრამების მხარდასაჭერად სტრატეგიული და ბიზნეს გეგმების შემუშავება;
- თითოეული ქვეყნისთვის ოპტიმალური გზის მოსანახად პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ ასოციაციებთან და ინსტიტუტებთან თანამშრომლობა;
- ჯანმოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ჩარჩოს გამოყენება, როგორც პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების სახელმძღვანელოსი.

ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის განვითარებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვნად ჩათვალა სპეციალისტების/პროფესიული ქსელების არსებობა, რომლებიც ემყარება პირად ურთიერთობებს, საერთო ნორმებისა და ღირებულებების არსებობას და ურთიერთდობას. ასევე, გადამწყვეტია განათლებაში, სტანდარტებსა და სახელმძღვანელოებში პალიატიური მზრუნველობის დანერგვის გაუმჯობესება. მნიშვნელოვანია ინფორმაციის გაცვლის სტანდარტიზებული გზა სხვადასხვა კომპლექსური საჭიროებების პაციენტების მხარდასაჭერად. პროფესიულმა უწყებებმა, სადაზღვევო კომპანიებმა და პოლიტიკის განმსაზღვრელებმა ხელი უნდა შეუწყონ ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის განვითარებას. (8)

### **პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია პირველად ჯანდაცვაში**

ადამიანთა 86%, რომლებიც იტანჯებიან სერიოზული ან სიცოცხლისათვის საშიში ჯანმრთელობის პრობლემებით, არ აქვთ წვდომა პალიატიურ მზრუნველობაზე. ჯანმრთელობის პრობლემებით განპირობებული ტანჯვის მოგვარება შესაძლებელია არაძვირი, უსაფრთხო და ეფექტური მედიკამენტებით და აღჭურვილობით, რომელთა დანიშვნა უნდა შეძლოს საბაზისო პალიატიურ მზრუნველობაში ტრენინგებულმა ნებისმიერმა ექიმმა ან ექიმის თანამემწემ. ძირითადად, თემის დონეზე ერთადერთი ხელმისაწვდომი მომსახურება არის პირველადი ჯანდაცვა. შესაბამისად როგორც სამედიცინო, ასევე მორალური თვალსაზრისით აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრირება პირველად ჯანდაცვაში. 1978 წლის ალმა-ათას დეკლარაციის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ქვეყნის განვითარების ნებისმიერ ეტაპზე მყოფი საზოგადოებისათვის. (9)

პირველად ჯანდაცვას, სხვა ვალდებულებებთან ერთად, ევალება უზრუნველყოს:

- უწყვეტი ზრუნვა ქრონიკული დაავადებების მქონე ადამიანებზე;
- საბაზისო პალიატიური მზრუნველობა;
- აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, მათ შორის, აუცილებელი კონტროლირებადი მედიკამენტებით, როგორცაა პერორალური და ინექციური მორფინი;
- უნდა იყოს ინტეგრირებული გადამისამართების და ინფორმაციულ სისტემაში, რათა უზრუნველყოს ყოვლისმომცველი, კოორდინირებული და უწყვეტი ჯანდაცვა ყველასთვის;
- საზოგადოების საჭიროებებზე რეაგირების მიზნით, უნდა იყოს უზრუნველყოფილი სათანადოდ მომზადებული გუნდით, რომელშიც შედიან ექიმები და ექთნები, ასევე, შეიძლება მოიცავდეს სხვადასხვა პროფესიონალებს.

### **ჯანდაცვის მომსახურებებში ფრაგმენტაციის დაძლევა ინტეგრაციის გზით**

მოსახლეობის დაბერებასთან ერთად იზრდება ქრონიკული დაავადებების ტვირთი, რასაც ფრაგმენტირებული ჯანდაცვის სისტემა ეფექტურად ვერ უმკლავდება. დაავადების მკურნალობა და პალიატიური მზრუნველობა უნდა იყოს ინტეგრირებული ჯანდაცვის ყველა დონეზე. განსხვავებული სახის მომსახურებების მიმწოდებლები უნდა უზრუნველყოფდნენ მომსახურების უწყვეტ მექანიზმებს ჯანდაცვის სხვადასხვა დონეებს შორის, მაგალითად, საავადმყოფოსა თუ სახლში უნდა განხორციელდეს ქრონიკული დაავადებების მართვა, პალიატიური მზრუნველობა და ნებისმიერი მათი კომბინაცია.

ინტეგრირებული, ხელმისაწვდომი, ადამიანზე ორიენტირებული პირველადი ჯანდაცვა ზოგიერთ ქვეყანაში გაუმჯობესდა სოციალური მომსახურების სექტორთაშორის ინტეგრაციით, როგორცაა საცხოვრებელი სახლის, დასაქმების, ოჯახის კეთილდღეობისა და ინვალიდობის მხარდაჭერის პროგრამები. ჯანმრთელობით განპირობებულ სოციალური სახის პრობლემებზე ყურადღების გამახვილება და სოციალურ პრობლემებზე რეაგირება მსგავსი პროგრამებით მნიშვნელოვანია როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ასევე პალიატიური მზრუნველობისთვის და გარკვეულწილად წარმოადგენს მათი გადაფარვის ველს.

არსებული მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ მთელ მსოფლიოში ადამიანების უმეტესობას ცხოვრების ბოლო ეტაპზე ურჩევნია სახლში ყოფნა. ამ სურვილის პატივსაცემად და ძვირადღირებული საავადმყოფოების გადატვირთვის თავიდან ასაცილებლად, საჭიროა პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება პაციენტების სახლებში ან მათ საცხოვრებელ გარემოში (თემში). ტკივილის მართვა და პალიატიური მზრუნველობის პროგრამები უნდა წარმოადგენდეს არსებული ჯანდაცვის სისტემის ნაწილს და პალიატიური მზრუნველობა უნდა იყოს პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი მათივე სახლებში. პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს საბაზისო ტრენინგით პალიატიურ მზრუნველობაში და მარტივი, უსაფრთხო,

ეფექტური და არაძვირი მედიკამენტებით და აღჭურვილობით შეუძლიათ მოახდინონ ეფექტური რეაგირება პაციენტთა უმეტესობის პალიატიურ საჭიროებებზე. ამასთანავე, კომპლექსური ან მათთვის რთულად გადასაჭრელი პრობლემების მქონე პაციენტების შემთხვევაში, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებმა შეუფერხებლად უნდა მიმართონ პალიატიური მზრუნველობის უფრო ღრმა ცოდნის მქონე ექიმებს. ასევე, ზომები უნდა იქნეს მიღებული, რომ უბნის ან სოფლის/თემის ექიმებმა, საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტების ტანჯვისგან გასათავისუფლებლად, მარტივად და სწრაფად შეძლონ უფრო მაღალი დონის დაწესებულებაში გადაყვანა.

ამგვარად, ჯანმრთელობის მრავალი პრობლემა, რომლებიც ჩვეულებრივ განაპირობებს უფრო ძვირადღირებულ სპეციალისტთან გადამისამართებას, შეიძლება კომპეტენტურად და ადეკვატურად იმართოს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ. არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ პირველად ჯანდაცვაში ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობა შეიძლება იყოს როგორც მაღალი ხარისხის, ასევე ხარკეფექტურიც. პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაციამ შეიძლება დაზოგოს თანხა ჯანდაცვის სისტემებისთვის და უზრუნველყოს პაციენტების ოჯახების დაცვა ფინანსური რისკისგან, ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ მომსახურებებზე დამოკიდებულების შემცირების გზით. მოხალისეების მონაწილეობამ ბინაზე მოვლის პალიატიურ მომსახურებებში ასევე შეიძლება გაზარდოს სოციალური სოლიდარობა. (10)

### **პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტი**

ყველა ქვეყანაში საჭიროა პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტი ექიმები, რათა ისინი იყვნენ პალიატიური მზრუნველობის მასწავლებლები, განმახორციელებლები, მრჩევლები, ხელმძღვანელები და კონსულტანტები. მათ უნდა უზრუნველყონ სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ყველაზე რთული და კომპლექსური სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის მესამე დონის რეფერალურ საავადმყოფოებში.

### **საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგია პალიატიური მზრუნველობისთვის**

პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემას. ადგილობრივი თემის საჭიროებებზე და კულტურაზე მორგებული პალიატიური მზრუნველობა საფუძვლიანად უნდა იყოს ინტეგრირებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემებში. ჯანმო ჯანდაცვის სისტემებში პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრირებისთვის რეკომენდაციას უწევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სტრატეგიის გამოყენებას. რეკომენდებულია საზოგადოების ჩართვა პალიატიური მზრუნველობის მომსახურებების მიწოდებისას. იგივე ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები, რომლებიც უზრუნველყოფენ პირველად ჯანდაცვას, შეუძლიათ და უნდა უზრუნველყონ საბაზისო პალიატიური მზრუნველობა და განახორციელონ ძალისხმევა საზოგადოებაზე/თემზე დაფუძნებული პალიატიური მზრუნველობის დასაწესებლად და პირველადი ჯანდაცვის გასაძლიერებლად.

### პალიატიური მზრუნველობის ეტაპობრივი ინტეგრაცია ჯანდაცვის სისტემებში

მნიშვნელოვანია პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკაში, რათა ის გახდეს ფართოდ ხელმისაწვდომი ან მდგრადი. ზოგადად, პირველი ნაბიჯები პალიატიური მზრუნველობის ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაციისკენ უნდა იყოს:

- პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც მოითხოვს პალიატიური მზრუნველობის და ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლებით ტკივილის კონტროლზე ხელმისაწვდომობას;
- პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული სტრატეგიის გეგმის შექმნა;
- პალიატიური მზრუნველობის ჩართვა კიბოს, არაგადამდები დაავადებების, ხანდაზმული პირების, პედიატრიის, აივ/შიდსის, წამლის მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის და პირველადი ჯანდაცვის ეროვნულ პოლიტიკასა და სტრატეგიულ გეგმებში.

პოლიტიკისა და სტრატეგიული გეგმების შემუშავების შემდეგ, ძალისხმევა ორიენტირებული უნდა იყოს ყველა აუცილებელი მედიკამენტების, მათ შორის, პერორალური სწრაფი მოქმედების და ინექციური მორფინის ხელმისაწვდომობაზე და ტრენინგზე. ტრენინგი უნდა ჩაუტარდეს როგორც პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს, ასევე ექიმებს, რომელთა სპეციალობა მოიცავს სერიოზული ან სიცოცხლისათვის საშიში ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებზე ზრუნვას. ექიმებს, რომლებიც გაივლიან პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო ტრენინგს, უნდა ჰქონდეთ უფლებამოსილება, დანიშნონ სწრაფი მოქმედების დასალევნი და ინექციური მორფინი სტაციონარული და ამბულატორიული პაციენტებისთვის.

ექიმების მერე, უნდა განხორციელდეს საბაზისო პალიატიური მზრუნველობის სასწავლო პროგრამების შექმნა პალიატიური მზრუნველობის სხვა პროფესიონალებისთვისაც:

- საშუალო დონის ტრენინგი ექიმებისთვის, რომელთა სპეციალობა მოიცავს მძიმე ან სიცოცხლისათვის საშიში ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებზე ზრუნვას;
- პალიატიური მზრუნველობის ტრენინგი პრაქტიკოსი ექთნებისათვის;
- პალიატიურ მზრუნველობაში საბაზისო ტრენინგის ინტეგრირება დიპლომამდელ საექიმო, საექთნო და ფარმაცევტულ განათლებაში.

მედიკამენტების შესყიდვისა და ტრენინგის შემდეგ ან პარალელურად, უნდა მოხდეს პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია უკვე არსებულ მომსახურებებში. ეს შეიძლება დაიწყოს ჯანდაცვის სისტემის ნებისმიერ დონეზე. თუმცა, პალიატიური მზრუნველობის განხორციელება შეიძლება ყველაზე მარტივი შეიძლება იყოს იქ, სადაც მისი საჭიროება ყველაზე აშკარაა შესაბამისი სამსახურის პერსონალისთვის (მაგ., კიბოს ცენტრებში). საწყისი მომსახურება შეიძლება იყოს პალატი სტაციონარში, საკონსულტაციო მომსახურება ან ამბულატორიული კლინიკა. გარკვეული პერიოდის განმავლობაში კი უნდა მოიცვას ჯანდაცვის ყველა დონე (მეორე და მესამე დონის

საავადმყოფოები, პირველი დონის საავადმყოფოები, უბნის ჯანმრთელობის ცენტრი, ბინაზე მოვლა და სხვა).

ჯანდაცვის სისტემაში სრული ინტეგრაციის შემდეგ, პალიატიური მზრუნველობა განხორციელდება შემდეგი გრადაციით:

1. პალიატიური მზრუნველობის მიდგომა - ახორციელებს ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალი; მათ აქვთ გავლილი შესაბამისი ტრენინგი;
2. ზოგადი პალიატიური მზრუნველობა - ახორციელებენ პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტები, რომელთაც აქვთ პალიატიური მზრუნველობის კარგი საბაზისო ცოდნა და მკურნალობენ სიცოცხლისათვის საფრთხის შემცველი დაავადებების მქონე პაციენტებს;
3. სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა - ახორციელებენ სპეციალიზებული გუნდები კომპლექსური პრობლემების მქონე პაციენტებისათვის.

ასეთი მიდგომა მკვეთრად გაზრდის პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობას შესაბამისი საჭიროების მქონე პაციენტებისათვის. აღრუული პალიატიური მზრუნველობა არა მხოლოდ აუმჯობესებს როგორც პაციენტების სიცოცხლის ხარისხს, ასევე, ამცირებს არასასურველი ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობას და ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების რაციონალიზაციას. (11)

### შემთხვევის განხილვა

პაციენტი ა. დ., 39 წლის ქალი, დიასახლისი; დიაგნოზი: ძუძუს კიბო.

#### ეპიზოდი 1 - რეალური ისტორია

ა. დ.-ს ძუძუს კიბოს გამო ჩაუტარდა მასტექტომია და მას სჭირდება ოპერაციის შემდგომი მკურნალობა სხივური და ქიმიოთერაპიით. პაციენტს ჰყავს ორი მცირეწლოვანი შვილი - 6 და 8 წლის და მეუღლე, რომელიც მუშაობს და ოჯახს არჩენს. ა. დ.-ს უჭირს პოსტოპერაციულ პროცედურებზე სიარული, ვინაიდან არ ჰყავს ბავშვების დამტოვებელი და, ამასთანავე, უჭირს გადაადგილება.

ის მძიმედ იტანს ქიმიოთერაპიას, აქვს სისუსტე და გულისრევა, თუმცა, სახლში დაბრუნებულს უწევს ბავშვებისთვის სადილის მომზადება და საოჯახო საქმეების კეთება. ამის გამო, მას დაეწყო ხელის ძლიერი შეშუპება მასტექტომიის მხარეს და ტკივილი. ექიმის მიერ დაენიშნა მასაჟები ლიმფოდრენაჟის სპეციალისტთან, თუმცა ფინანსური პრობლემების გამო მან ეს ვერ შეძლო.

ოპერაციიდან 2 თვის შემდეგ პაციენტს აღენიშნება წონაში კლება, სისუსტე, გაღიზიანება და უხასიათობა; ხშირად ტირის; თავს გრძნობს მიტოვებულად და უმწეოდ.

#### ⇒ რა აწუხებს პაციენტს:

- ფიზიკური სიმპტომები: ხელის შეშუპება, ქიმიოთერაპიის შემდგომი სიმპტომები;
- ფსიქოლოგიური: მარტოობა, არ ჰყავს დამხმარე, დანაშაულის შეგრძნება, რომ ოჯახს ვერ უვლის;
- სოციალური: ბავშვების დამტოვებელი, გადაადგილება, მატერიალური;
- სულიერი: შიში დაავადების და მომავლის.

**ექიზოდი 1 - პრობლემები**

- პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა განკუთვნილია მხოლოდ უკურნებელი სტადიისთვის;
- ოჯახის ექიმს არ აქვს შესაბამისი კომპეტენცია;
- პაციენტი მართო რჩება პრობლემასთან.

**ექიზოდი 1 - ჰიპოთეზური სცენარი ინტეგრირებული ზრუნვის პირობებში**

პაციენტი ოპერაციის შემდგომ გადავიდოდა ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ, რომელიც გაუწევდა მონიტორინგს პაციენტის ზოგად მდგომარეობას, შეაფასებდა ჰოლისტურად; ჩართავდა სოციალურ მუშაკს (შესაძლოა, მოხალისეებს) ბავშვების სწავლის და საყოფაცხოვრებო საკითხების მოსაგვარებლად. ასევე, შესთავაზებდა ფსიქოლოგის თუ სულიერების საკითხებზე მრჩევლის კონსულტაციას. მონიტორინგისთვის კი ჩართავდა ონკოლოგს, რომელიც უზრუნველყოფდა ოპერაციის შემდგომი მდგომარეობის და მკურნალობის მართვას და გადამისამართებას საჭიროებისამებრ.

ოჯახის ექიმი ასევე მიაწოდებდა ბუკლეტებს ქალთა ორგანიზაციების თუ ვარდისფერი ლენტის წევრების და სხვა სოციალური პროგრამების შესახებ. ასევე, ორგანიზებას გაუწევდა საგანმანათლებლო საკითხებს და განიხილავდა პალიატიური მზრუნველობის სამომავლო გეგმებს.

**ექიზოდი 2 - რეალური ისტორია**

ა. დ.-ს ბოლო 2 წლის განმავლობაში არ მიუმართავს ექიმისთვის. კონსულტაციით გამოვლინდა რეციდიული სიმსივნე, ოპერაცია შეუძლებელია, სახელმწიფო დაფინანსების სქემაში ჩართული ქიმიოთერაპიული მკურნალობა არაეფექტურია და მას შესთავაზეს ძვირადღირებული მკურნალობა. ოჯახმა გადაწყვიტა ბინის გაყიდვა და სოფელში გადასვლა. ახალი საცხოვრებელიდან კიდევ უფრო გართულდა ექიმ-ონკოლოგთან ვიზიტების განხორციელება.

ამასთანავე, ა.დ.-ს დაეწყო ტკივილები გულმკერდის მიდამოში, რომელიც ნაკლებად ემორჩილება არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტებს, თუმცა, ვინაიდან მას არ აქვს დასმული დაავადების ტერმინალური სტადიის დიაგნოზი, ოჯახის ექიმი არ უნიშნავს მორფინს. ბავშვები დაზაფრულები უყურებენ დედის ტანჯვას.

⇒ **რა აწუხებს პაციენტს:**

- ფიზიკური სიმპტომები: ხელის შეშუპება, ტკივილი, სისუსტე;
- ფსიქოლოგიური: შფოთვა და დეპრესია;
- სოციალური: გადაადგილება, მატერიალური პრობლემები, ბინის დაკარგვა;
- სულიერი: შიში დაავადების და სიკვდილის, დარდი შვილების მომავალზე და მეუღლეზე.

**ექიზოდი 2 - პრობლემები**

- ვერ ხორციელდება პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე;
- აღნიშნული რაიონის/სოფლის ჯანმრთელობის ცენტრი არ არის ჩართული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამაში;
- სამედიცინო პერსონალს არ აქვს შესაბამისი განათლება;
- ადგილი აქვს სამედიცინო მომსახურების წყვეტას;
- მიუხედავად ძლიერი ტკივილისა, პაციენტს ვერ უნიშნავენ მორფინს, რადგან რეგულაციები არ იძლევა ამის საშუალებას.

**ექიზოდი 2 - ჰიპოთეზური სცენარი ინტეგრირებული ზრუნვის პირობებში**

პაციენტის და მისი ოჯახის მდგომარეობა უწყვეტად შეფასდებოდა ექიმის მიერ, რომელიც, საჭიროების მიხედვით, ჩართავდა სოციალურ მუშაკს, ფსიქოლოგს, სასულიერო პირს, კონსულტანტს. აუცილებლობის შემთხვევაში, გადაამისამართებდა სპეციალისტთან პირველად თუ მეორეულ დონეზე.

პაციენტთან და მის ოჯახთან ერთად შედგებოდა მზრუნველობის გეგმა, თუ რა სურს პაციენტს ამ ეტაპზე და რა ესურვებოდა მას შემდგომ, როცა მისი მდგომარეობა უკიდურესად დამძიმდებოდა. საჭიროებისას, მოხდებოდა ინდივიდუალური გეგმის გადახედვა და შეცვლა.

გეგმა მოიცავს შემდგომი მკურნალობა-არმკურნალობის საკითხს, პასუხისმგებელ პირს გადაწყვეტილებების მიღებაზე თუ ბავშვებთან დაკავშირებულ მეურვეობის საკითხზე.

**ექიზოდი 3 - რეალური ისტორია**

ქიმიოთერაპიის დასრულებიდან 1 წლის თავზე გამოენატა სისუსტე და მოძრაობის შეზღუდვა; აღენიშნება დაავადების პროგრესირება და მეტასტაზები თავის ტვინსა და ხერხემალში.

ა. დ. მაქსიმალურად ცდილობს სახლში დარჩენას, თუმცა ეს შეუძლებელი ხდება. მის მოზარდ შვილებს უჭირთ მისი მოვლა. პაციენტი მორიგი გულყრის შემდეგ გადაჰყავთ რაიონულ საავადმყოფოში, სადაც ის ერთ კვირაში კვდება.

⇒ **რა აწუხებს პაციენტს:**

- ფიზიკური სიმპტომები: ტკივილი, სისუსტე, მოძრაობის გაძნელება;
- სოციალური: გადაადგილება, მატერიალური პრობლემები;
- ფსიქოლოგიური: ფუნქციების დაკარგვა, დეპრესია;
- სულიერი: სიკვდილის შიში, დარდი შვილების მომავლზე და მუუღლზე.

**ექიზოდი 3 - პრობლემები**

- პაციენტი მარტო არის დარჩენილი ჯანმრთელობის პრობლემებთან;
- არ აქვს წვდომა პალიატიურ მზრუნველობაზე, ირღვევა ფუნდამენტური უფლებები;
- მისი მდგომარეობა არ იმართება კოორდინირებულად და უწყვეტად;
- პაციენტი იტანჯება სიცოცხლის დასასრულს და კვდება ეულად.

**ექიზოდი 3 - ჰიპოთეზური სცენარი ინტეგრირებული ზრუნვის პირობებში**

პაციენტი იქნებოდა ოჯახის ექიმის და პალიატიური მზრუნველობის გუნდის მეთვალყურეობის ქვეშ. მოხდებოდა პაციენტისა და მისი ინდივიდუალური გეგმის გადაფასება; შესაბამისად, მას დროულად ჩაუტარდებოდა პალიატიური სხივური თერაპია და უფრო დიდხანს შეძლებდა დამოუკიდებლად მოძრაობას, ხოლო საბოლოოდ სიცოცხლის დასასრულს უმტკივნეულოდ გაატარებდა სახლში ოჯახთან ერთად.



## საქართველოს კანონმდებლობა - სახელმწიფოს ვალდებულებები

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა არის „მომსახურება მულტიდისციპლინარული მიდგომით, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრე გამოვლენის და სწორი შეფასების, პრევენციის და მკურნალობის, სულიერი თანადგომისა და ტანჯვის შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს“.

გარდა ამისა, კანონმდებლობა პალიატიურ მზრუნველობას განიხილავს, როგორც უწყვეტ, ყოვლისმომცველ და კოორდინირებულ, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებას. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლის „ტ“ ქვეპუნქტის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა არის პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ნაწილი. ამავე მუხლის „ყ“ ქვეპუნქტი პალიატიური მზრუნველობის დონისძიებების შეუფერხებელ განხორციელებას მოიაზრებს სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის ნაწილად. (12)

საქართველოს კანონმდებლობაში არსებული პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება იძლევა საფუძველს, სრულყოფილად განხორციელდეს ჰოლისტური მომსახურება და ზრუნვა ადამიანზე, ხოლო დანარჩენი ჩანართები ქმნიან ინტეგრაციისთვის სასურველ გარემოს. თუმცა, არსებული ნორმატიული დოკუმენტები ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონებით განსაზღვრულ მოცემულობებს - იხ. ქვევით.

## სახელმწიფო პროგრამა „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“

სახელმწიფო პროგრამა „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა“ ეწინააღმდეგება პალიატიური მზრუნველობის შესახებ საქართველოში არსებულ კანონმდებლობას მისი უწყვეტობისა და უნივერსალური ხელმისაწვდომობის შესახებ. კერძოდ, პროგრამა რომელიც ისედაც განკუთვნილია უკურნებელი პაციენტებისათვის, ხაზს უსვამს, რომ მომსახურების მიმღებები არიან მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს მყოფნი, რაც აისახება ხარისხზე და განაპირობებს დაგვიანებულ პალიატიურ მზრუნველობას.

ამავე დროს, მცირე დაფინანსების გამო, სახელმწიფო პროგრამის განმანორციელებელ პირად აღიარებულია მხოლოდ ექიმი/ექთანი (ეს უკანასკნელი ვერ ასრულებს დამოუკიდებლად მზრუნველობას და არ აქვს ჩანაწერის გაკეთების უფლება, რაც ვერ უზრუნველყოფს სრულფასოვან და ჰოლისტურ ზრუნვას. პროგრამა საერთოდ არ მოიცავს ფსიქოლოგს/ფსიქიატრს, სამედიცინო სოციალურ მუშაკს და სულიერებაზე მზრუნველ პირს (ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას) და ხდება მხოლოდ ფიზიკური მდგომარეობის მართვა, ისიც დაგვიანებით, მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს, მიუხედავად გამოვლენილი სიმპტომების ხანგრძლივობისა და მათგან განპირობებული ტანჯვისა. შესაბამისად, სახელმწიფო პროგრამა ვერ უზრუნველყოფს პალიატიური მზრუნველობის მთავარ მიზანს - ჰოლისტურ ზრუნვას და ცხოვრების შესაძლო მაქსიმალურ ხარისხს და კეთილდღეობას. არსებული ვითარება მოითხოვს სახელმწიფო პოლიტიკის გადახედვას და მნიშვნელოვანი ცვლილებების შეტანას პროგრამაში.

## ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის ნიმუში პირველად ჯანდაცვაში

ინტეგრირებული პალიატიური მზრუნველობის წარმატებულ ნიმუშად შეიძლება ჩაითვალოს ძლიერი ტკივილის მართვის მიზნით პირველადი ჯანდაცვის ოჯახის ექიმებისთვის ოპიოიდების დანიშვნა გამოწერის უფლებამოსილების მინიჭება. ტკივილი არის ყველაზე ხშირი სიმპტომი უკურნებელ პაციენტებში. შესაბამისად, ტკივილის სამართავად სპეციალისტებთან გადამისამართება გამოიწვევს რესურსების ნაკლებობას და მის დაგვიანებულ მართვას. გარდა ამისა, პირველადი ჯანდაცვა ასევე ჩართულია პალიატიური მზრუნველობის ბინაზე მომსახურებაში; პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით, შესაძლებელია მისი გადამისამართება სტაციონარულ დაწესებულებაში.

## რეკომენდაციები

იმისათვის, რათა პალიატიური მომსახურება იყოს მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი, სასურველია, რომ ზოგადი პრაქტიკის ყველა სპეციალისტი ფლობდეს საბაზისო ცოდნას პალიატიურ მზრუნველობაში, რაც, საჭიროების შემთხვევაში, მხარდაჭერილი იქნება სპეციალიზებული პროფესიონალებით, იქნება ეს ექიმი, ექთანი, ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, სოციალური მუშაკი თუ სხვა წარმომადგენელი. ამისთვის საჭიროა:

1. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გადამზადება პალიატიურ/ჰოსპისურ მზრუნველობაში;
2. სასწავლო პროგრამების შემუშავება/განახლება პალიატიურ მედიცინაში ექიმებისა და ექთნებისათვის, კლინიკური უნარ-ჩვევების, ბიოეთიკის, ურთიერთობის, ფსიქოლოგიის და სხვა საკითხებითა და კომპეტენციებით;
3. ექიმთა იმ სპეციალობების და მომიჯნავე სპეციალობების ნუსხის გაფართოება, რომელთაც ექნებათ პალიატიურ მედიცინაში სერტიფიკატის აღების უფლება.

## ლიტერატურა:

1. „Sixty-seventh. World Health Assembly. A67/4 WHA67/2014/REC/3 - World Health Organization“;
2. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>;
3. Palliative care fact sheet #402, July 2015 WHO  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>;
4. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course;
5. A Call for Integrated and Coordinated Palliative Care, Journal Of Palliative Medicine Volume 21, Number S1, 2018<sup>a</sup> Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/jpm.2017.0430;

6. Payne et al. BMC Palliative Care (2019) 18:32 <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0418-5>;
7. Journal of Integrated Care Vol. 25 No. 3, 2017 pp. 222-232 Emerald Publishing Limited 1476-9018 DOI 10.1108/JICA-03-2017-0006;
8. Palliative Medicine 2018, Vol. 32(6) 1091– 1102 © The Author(s) 2018 [sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav](http://sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav) DOI: 10.1177/0269216318758194 [journals.sagepub.com/home/pmj](http://journals.sagepub.com/home/pmj);
9. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. September 1978. [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf);
10. World Health Organization 2018. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. ISBN 978-92-4-151447-7;
11. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>;
12. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“.

გრძელი გზის გავლა იწყება პირველი ნაბიჯის გადადგმით.

ლაო-ძი

## შეჯამება

ინტეგრირებული ზრუნვა ნიშნავს პაციენტზე ორიენტაციით, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომით, შემთხვევის მართვის მეთოდით, მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ, საჭირო დროს, საჭირო მომსახურების კოორდინირებულ მიწოდებას.

განვითარებულ ქვეყნებში ინტეგრირებული ზრუნვა აღიარებულია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროს მოწყობის აუცილებლობად. ის უზრუნველყოფს მომსახურებათა ხელმისაწვდომობას, უწყვეტობას, დროულობას, ეფექტურობას და ოპტიმალურ დანახარჯებს.

ამ თვალსაზრისით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა შორს არის დასავლეთის ქვეყნებში მიღებული სტანდარტებისგან, ერთი მხრივ, მომსახურებათა საჭირო სპექტრის არარსებობის, მეორე მხრივ, ფრაგმენტულობის გამო.

ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვა დიდ ძალისხმევას და დროს მოითხოვს. ამიტომ, აღნიშნული ჩამორჩენის დასაძლევად, უპირველეს ყოვლისა, უნდა განისაზღვროს მოკლევადიანი მიღწევადი ამოცანები, რაც გულისხმობს შემდეგს:

1. ინტეგრირებული ზრუნვის იდეის პოპულარიზაცია;
2. საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეგიონული და დარგობრივი შეფასება ინტეგრირებული ზრუნვის თვალსაზრისით;
3. სასწავლო პროგრამების მომზადება და დანერგვა - ინტეგრირებული ზრუნვის, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის, შემთხვევის მართვის, მრავალდარგობრივი გუნდების მუშაობის შესახებ;
4. პილოტური მოდელების შემუშავება და განხორციელება.

ცალკეულ დარგებში ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვის ამოცანები მნიშვნელოვნად განსხვავდება, როგორც ინტეგრაციის არსებული დონის, ასევე დარგების სპეციფიკის გამო. ამდენად, ინტეგრირებული მოდელების შემუშავება და განხორციელება დარგების მესვეურთა აქტიურ ჩართულობას მოითხოვს.

განსაკუთრებით საშურია ინტეგრაციის დაწყება პირველადი ჯანდაცვიდან, რადგან მას ყველაზე ხანგრძლივი შეხება აქვს პაციენტთან და, ამასთანავე, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სხვა დონეებთან და სამსახურებთან. ინფორმაციის ნაკადებიც ძირითადად პირველადი ჯანდაცვის დონეზე იყრის თავს.

სასურველია ახალი ჩარევების ინტეგრირება მოხდეს ჯანდაცვის მომსახურებების მიწოდების უკვე არსებულ სტრუქტურებსა და პროცესებში, რაც აადვილებს დასახული მიზნის მიღწევას, ამცირებს ამ მიზნების მიღწევისათვის საჭირო დროს და ხარჯებს.



