

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრი - ადგილობრივი ტენდენციები

კვლევის ანგარიში

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია

თბილისი

2015

პროექტის სახელით დიდ მადლობას ვუხდით ყველა იმ პირსა და ორგანიზაციას, რომელმაც მონაწილეობა მიიღო კვლევაში, კვლევის შერჩევის განსაზღვრასა და ინსტრუმენტის შემუშავებაში, და კომენტარები გაგვიზიარა ანგარიშის მომზადებისას.

ავტორი: ია შეყრილაძე

რედაქტორი: ნინო ჯავახიშვილი

კვლევა ჩატარებულია საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მცირე საგრანტო პროექტის „პროფესიული კადრის მნიშვნელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში“ ფარგლებში.

მცირე საგრანტო პროგრამას ახორციელებს ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი“ ევროკავშირის მხარდაჭერით პროექტით “პროფესიული საზოგადოებების გაძლიერება”.

წინამდებარე გამოცემის შინაარსზე პასუხისმგებელია მხოლოდ „საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია“ და მასში გამოთქმული მოსაზრებები არ უნდა იქნეს მიჩნეული ფონდის ან ევროკავშირის პოზიციად.

სარჩევი

შემაჯამებელი მიმოხილვა (Executive Summary)	5
შესავალი	7
ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრის მოკვლევა	12
კვლევის შერჩევა	12
ინსტრუმენტი და პროცედურა	13
კვლევის შეზღუდვები	13
შედეგების მიმოხილვა.....	14
ორგანიზაციის მიერ მიწოდებული მომსახურებების ტიპი და კატეგორიები.....	14
დაფინანსების წყაროები და ტიპები	15
ბენეფიციარები.....	15
თანამშრომელთა საერთო რაოდენობა და რაოდენობა დასაქმების ტიპის მიხედვით	16
ორგანიზაციის მიერ მიწოდებული ბენეფიტები.....	17
ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი.....	17
დატვირთვა	19
ანაზღაურება.....	20
სამუშაო აღწერილობები.....	21
უწყვეტი განათლების შესაძლებლობები	21
შეჯამება.....	22
შედეგების ანალიზი	23
გამოყენებული წყაროები	27
დანართი 1. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წ. საქართველოს პროფილი.....	28

Mental Health Workforce – Local Trends

Study Report
Georgian Association of Social Workers

Executive Summary

Mental health workforce that usually consists of psychiatrists, nurses, general practitioners or other physicians, psychologists, social workers and occupational therapists, plays an important role in promoting public mental health. International experience shows that more advanced mental health care systems operate on the basis of the principles of social model ensuring the access and availability of the diverse mental health services targeted at meeting multiple biopsychosocial needs of individuals and improving their levels of functioning.

Advanced mental health care systems, as a rule, offer comprehensive set of services. The Dutch system, for example, represents a set of easily accessible medical, social and psychiatric services that varies from 'light and general' to 'heavy and specialized'. The Finnish model also makes strong emphasis on the linkage and cooperation at the primary healthcare and specialized healthcare levels, on the one hand, and collaboration of the social welfare and healthcare sectors, on the other, to ensure the functional model of mental health.

In countries similar to Georgia, with medium mental health recourses, usually mental health services are offered only in big cities and based on large centers and very limited number of community mental health services are available. The total mental health budget typically is less than 5 % of the total State healthcare budget (in Georgia it is approximately 2.5%); the mental health system is heavily institutionalized and there is a clear need to balance institutional and community mental health care.

The ongoing mental health reform in Georgia aims at advancing current mental health system through strengthening primary healthcare system's input in promoting public health; providing acute and emergency treatments in general hospitals; developing community mental health and rehabilitative services; ensuring fair and client centered financing systems; strengthening mental health workforce; endorsing evidence based national guidelines; and, ensuring consumer involvement at every stage of treatment and rehabilitation.

In 2015, Georgian Association of Social Workers (GASW) carried out a small-scale study on mental health workforce within the project "The Importance of Professional Workforce in Mental Health System" funded by a small grant project of "Global Initiative of Psychiatry – Tbilisi". The study aimed to identify basic characteristics of mental health care and mental health workforce through collecting information on multiple variables including but not limited to scopes and types of services offered; scopes and types of financing mechanisms; numbers and characteristics of beneficiary groups; numbers and characteristics of mental health personnel. The full sample of mental health service providers throughout Georgia that receive State funding (19 providers in total) was studied. The study instrument consisted of questions about the above variables and was developed in collaboration with the working group comprised of representatives of mental health service provider organizations. The instrument was first piloted, and later electronically distributed among all the provider organizations. The obtained data was processed through measures of descriptive statistics. Although the results are not generalizable on the service providers with non-State funding, the findings might as well reflect the overall trends among all mental health service providers.

The study revealed that among various types of mental health care, outpatient care was leading (offered by 14 organizations), followed by inpatient care (offered by 12) both heavily outnumbering crisis care (offered by 4) and day care (offered by 2). Among the interventions, medication treatment was the most frequently offered service (18), followed by psychosocial counseling/aid (14), psychotherapy (11), and relatively infrequent were psychosocial rehabilitation (9) and life skills training (7). The highest number of beneficiaries was being served by outpatient care and the lowest by – day care centers. Majority of

providers serve adults and 63% also serve children. Less than a third of providers receive some sort of financing apart from the State funding (international donor grant or private).

The service providers vary significantly according to the total number of employees. The median number of employees of all organizations equals to 48, while 92% of workforce is employed on full-time basis. The percentage of mental health workforce out of total workforce equals to 39%, outnumbered by support personnel (46%) and followed by administrative personnel (15%).

Among mental health professionals, nurses comprise the largest group (about 40%), followed by psychiatrists (25%), and other physicians (up to 21%); psychologists (about 10%) and social workers (up to 4%) represent the smallest groups (nine organizations have no social worker employed) and there are no occupational therapists at all. Per professional group, social workers have highest (53) median caseload, followed by nurses (50), psychologists (40), psychiatrists (35) and other physicians (31). The caseload of each professional group significantly varies across organizations. Based on the data of all organizations, per 59 active clients there is one mental health professional (including all five groups).

Median monthly salary of psychiatrists is more than two times higher compared to other professionals, while median salaries of other groups are quite similar. Salaries for each professional group considerably vary across providers. Most providers report having job descriptions for all mental health professionals that they employ. More than 50% of employed social workers have no educational degree in social work. Limited number of continuous education activities are provided by the service providers among which regional providers (outside of Tbilisi) are in the most disadvantaged position.

The study results demonstrate that Georgian mental health reform has made progress towards diversifying the mental health care and mental health workforce: the system offers certain variety of services and the mental health personnel includes at least five professional groups. Yet, the findings confirm that so far Georgian mental health system predominantly operates on the principles of medical model. On the one hand, medical professionals (nurses, psychiatrists, other physicians) heavily outnumber psychosocial personnel (psychologists and social workers); on the other hand, medication treatment is the leading mode of intervention while rehabilitation and skills training are the ones most infrequently offered, and crisis centers and day centers are very rare. As a result, it is obvious that current mental health system primarily serves individuals with the lowest level of functioning, often in need of medication treatment, and is incapable of responding to the needs of a larger group of beneficiaries who might be in need of psychosocial interventions. At the same time, while the lowest functioning beneficiaries need even more psychosocial services targeted at their rehabilitation, social integration and life skills training, ironically these are the most rarely offered services.

The lack of psychosocial personnel in mental health care is connected with the challenges associated with insufficient academic training in mental health and lack of professional regulation systems of relevant specialties. Therefore, in order for the reform to be effective, it is important to synchronize efforts at the levels of education, professional regulation and professional development. More psychologists, social workers and occupational therapist need to be employed within mental health system but this has to take place in parallel to strengthening their academic curricula and solving their professional regulation issues. Providing mental health workforce with opportunities of lifelong learning and prevention of professional burnout are other key internationally recognized measures for ensuring quality mental health care and need to be institutionalized by service providers and promoted by policy-makers to advance Georgian mental health system.

შესავალი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრი, რომელიც, განვითარებულ ქვეყნებში, როგორც წესი, შედგება ფსიქიატრების, ექთნების (ხშირად სპეციალიზირებული), ოჯახის ექიმების/სხვა ექიმების, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების და ოკუპაციური თერაპევტებისგან, უაღრესად მნიშვნელოვან როლს თამაშობს საზოგადოების ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის ხელშეწყობაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა სწორედ ის დარგია, რომლის მომსახურებებიც უმეტესწილად ადამიანურ რესურსს ეყრდნობა და გულისხმობს ინდივიდებთან მრავალი მიმართულებით მუშაობას, რაც, თავისთავად, წარმოუდგენელია მრავალპროფილიანი კადრის არსებობის გარეშე.

საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის გაუმჯობესებული მოდელები ეფუძნებიან სოციალური მოდელის პრინციპებს და თავის თავში მოიაზრებენ თემზე დაფუძნებული, მრავალფეროვანი მომსახურებების ხელმისაწვდომობას, რომელთა მიზანიც არის ინდივიდის განსხვავებული საჭიროებების დაკმაყოფილება და მრავალმხრივი გაძლიერება¹. გაუმჯობესებული მოდელი გულისხმობს ისეთ მნიშვნელოვან კომპონენტებს, როგორიცაა, სპეციალისტების მულტიდისციპლინური გუნდის ხელმისაწვდომობა, ზრუნვის უწყვეტობა, და შემთხვევის მართვის და ზრუნვის კოორდინაციის დახვეწილი სისტემები.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემების ორი განზომილება არსებობს: ვერტიკალური და ჰორიზონტალური². ვერტიკალური განზომილება გულისხმობს, თუ რამდენად კარგადაა სისტემაში ინტეგრირებული სტაციონური და თემზე დაფუძნებული მომსახურებები და რამდენად უზრუნველყოფს სისტემა და მისი განსხვავებული კომპონენტები ზრუნვის უწყვეტობასა და თანმიმდევრულობას. ჰორიზონტალური განზომილება კი ეხება სისტემის ყოვლისმომცველობას, რაც თავის თავში მოიაზრებს იმასაც, თუ ფსიქიატრებისა და ექიმების გარდა, რამდენად შეიცავს ჯანდაცვის გუნდი ფსიქოლოგებს, ფსიქიატრიულ ექთნებს და სოციალურ მუშაკებს; ასევე, ოკუპაციურ თერაპევტებს და, ზოგჯერ, დიეტოლოგებსა და სხვა სპეციალობებს. ჰორიზონტალური განზომილება დიდი დოზით ატარებს შეზღუდული შესაძლებლობების ფუნქციური მოდელის ელემენტებს, რომელიც უპირისპირდება დაავადების მოდელს.³ ექთანი, ექიმი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და ოკუპაციური თერაპევტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალს ქმნიან და მათი ერთ კლინიკურ გუნდში ინტეგრაცია უმნიშვნელოვანესია ბენეფიციართა ბიო-ფსიქო-სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე და მათი

¹ თორნიკროფტი & ტანსელა, 2009; უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, გიფ-თბილისი

² Knapp et al. (2007); Mental Health Policy and Practice Across Europe, the future direction of mental health care; Open University Press; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

³ დაავადების მოდელი ფსიქიკურ აშლილობას განიხილავს, როგორც თავის ტვინში მიმდინარე ფიზიკური და ქიმიური ცვლილებების შედეგს და, შესაბამისად, ჩარევის მთავარ ფორმად მიიჩნევს მედაკამენტურ მკურნალობას. <http://frontierpsychiatrist.co.uk/models-of-mental-illness/>

შინაგანი თუ გარეგანი რესურსების გაძლიერებაზე მიმართული ერთიანი ზრუნვის გეგმის შემუშავებასა და შედეგების ომპტიმიზაციისთვის. გარდა ამისა, პერსონალის საწყისი და პერიოდული ტრენინგი, პროფესიული გადაწყვეტილების პრევენცია და კლინიკური გუნდის შეკრულობის ხელშეწყობა ის უმნიშვნელოვანესი საკითხებია, რომლებიც ასოცირდება გაუმჯობესებულ შედეგებთან⁴.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის წარმატება საზოგადოების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში დამოკიდებულია არსებული რესურსებისა და მიწოდებული მომსახურებების მოცულობაზე, კომბინაციასა და ათვისების ხარისხზე. ეს უკანასკნელი კი, თავის მხრივ, დამოკიდებულია დაფინანსების მოცულობაზე. ამ თვალსაზრისით ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში საკმაოდ განსხვავებული სურათია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასის მიხედვით, ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში, ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მეტი პერსონალია დასაქმებული, ვიდრე სამხრეთ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში⁵. სკანდინავიის ქვეყნებში, ისლანდიას, ჰოლანდიას და გაერთიანებულ სამეფოში 100,000 მოსახლეზე მოდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის 100 სპეციალისტი (სოციალური მუშაკების ჩათვლით). ხოლო აღმოსავლეთ ევროპის ბლოკის ქვეყნებში სიტუაცია განსხვავებულია. მაგალითისათვის, ბულგარეთში, რომელიც მედიანა მონაცემს წარმოადგენს, 100,000 მოსახლეზე მოდის 41.5 პროფესიული კადრი (ფსიქიკური ჯანდაცვის ყველა დარგის ჩათვლით).

ამასთან, ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის 2014 წლის სტატისტიკით⁶, ფსიქიატრთა რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე ევროპაში საგრძნობლად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით და ვარიებს 30-დან (შვეიცარიაში) 1-მდე (თურქეთში). ფსიქიატრთა მედიანა მაჩვენებელი 41 ქვეყანაზე არის 9, ხოლო ევროპის განსხვავებულ რეგიონებში იგი შემდეგნაირად ნაწილდება: ევროკავშირის 15 ქვეყანაში - 12.9; 2004 წლის შემდეგ ევროკავშირში შესულ ქვეყნებში - 8.9; სამხრეთ-აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში - 8; ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში - 5.6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე ექთნების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე ცვალებადობს 163-დან (ფინეთი) 3-მდე (საბერძნეთი). ექთანთა მედიანა მაჩვენებელი 41 ქვეყანაში არის 21.7, რაც ორჯერ და მეტჯერ მაღალია ფსიქიატრთა მაჩვენებელზე.

რაც შეეხება საქართველოს, მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის 2014 წლის მონაცემებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიების წილი 100 000 მოსახლეზე, შემდეგია: ფსიქიატრი - 5.85; ექთანი - 5.60; ფსიქოლოგი - 0.65 და სოციალური მუშაკი - 0.30 (იხ. დანართი 1), ხოლო, ჯამში, 100 000 მოსახლეზე მოდის 12.4 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი, რაც ბევრად ჩამორჩება ბულგარეთის (ევროპის მედიანა)

⁴Knapp et al. (2007) **MentalHealthPolicy and PracticeAcross Europe**, the future direction of mental health care;OpenUniversityPress; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

⁵Knapp et al. (2007) **MentalHealthPolicy and PracticeAcross Europe**, the future direction of mental health care;OpenUniversityPress; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

⁶<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

მაჩვენებელს.⁷ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიხედვით, 2014 წელს ფსიქიატრების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე, იყო 3.75.⁸

ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარებული ევროპული სისტემის მაგალითია ჰოლანდიური სისტემა, რომელიც მოიაზრებს ადვილად ხელმისაწვდომ სამედიცინო, ფსიქიატრიული და სოციალური სერვისების ერთობლიობას, რომელიც ვარირებს „მსუბუქი და ზოგადი“-დან „მძიმე და სპეციალიზირებულ“ ზრუნვამდე⁹. აშლილობები და მდგომარეობები, რომელთა მკურნალობა/დაძლევა მოკლევადიანად და ზოგადი საშუალებებით ხდება, უზრუნველყოფილია ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტების ადგილობრივი პირველადი რგოლით, როგორებიცაა, ოჯახის ექიმები (GPs), ჯანდაცვის ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები. აშლილობები, რომლებიც პირველი რგოლის კომპეტენციას სცდება, გადამისამართდება ფსიქიკური ჯანდაცვის რეგიონულ ცენტრებთან, რომლებიც ბენეფიციარებს სთავაზობენ მომსახურებათა ფართო სპექტრს (პრევენცია, დიაგნოსტიკა, კრიზისული ჩარევა, ამბულატორიული და სტაციონარული ზრუნვა, რესოციალიზაცია, თავშესაფარი); სუპერ-სპეციალიზირებული ზრუნვის მიწოდება კი ხდება რეგიონულ ან ეროვნულ დონეზე საუნივერსიტეტო საავადმყოფოებისა და ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებების მიერ. ზოგადად, ჰოლანდიაში 1990-იან წლებში პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სოციალური მუშაკების, ექთნებისა და ფსიქოლოგების შეყვანამ, პირველადი ჯანდაცვა აქცია ფსიქიკური ჯანდაცვის პირველ რგოლად (gatekeeper).¹⁰

ანალოგიურად, ფსიქიკური ჯანდაცვის ფინური მოდელი ძლიერ აქცენტს აკეთებს სექტორთა შორის თანამშრომლობაზე, სადაც კანონმდებლობის დონეზე არსებობს, ერთის მხრივ, პირველადი ჯანდაცვისა და სპეციალიზირებული ჯანდაცვის, და, მეორეს მხრივ, ჯანდაცვისა და სოციალური კეთილდღეობის სექტორების ერთობლივი მუშაობის ცალსახა მოთხოვნები, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ფსიქიკური ჯანდაცვის ფუნქციური სისტემა.¹¹

აღსანიშნავია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მკურნალობის/ პრობლემების მართვის ერთ-ერთი წამყვანი მეთოდი არის ფსიქოთერაპია, რომელიც არ წარმოადგენს წმინდა სამედიცინო ჩარევას. შესაბამისად, ფსიქოთერაპიული სერვისის მიმწოდებელი არაა საჭირო ექიმი იყოს. არაერთმა კვლევამ ცხადჰყო, რომ თერაპიული ურთიერთობები და სპეციალისტის პიროვნული თვისებები წამყვანი მნიშვნელობის მატარებელია და პირდაპირ კავშირშია ბენეფიციარის გაუმჯობესებულ გამოსავალთან.¹² პრაქტიკაში, ფსიქოთერაპია ხორციელდება განსხვავებული პროფესიის

⁷http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/geo.pdf

⁸ მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის, (2014); საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია

⁹Knapp et al. (2007) Mental Health Policy and Practice Across Europe, the future direction of mental health care; Open University Press; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

¹⁰Forti, A. et al. (2014); Mental Health Analysis Profiles (MhAPs); Netherlands; OECD Health Working Papers, No. 73, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz158z60dzn-en>

¹¹Lehtinen, V. et al. (2001); Integrating mental health services: the Finnish experience; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484394/>

¹² თორნიკროფტი & ტანსელა, 2009; უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, გიფ-თბილისი

სპეციალისტების მიერ და სხვადასხვა ქვეყანაში, ამ მხრივ, განსხვავებული სურათი გვხვდება.

მაგალითისათვის, აშშ-ში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალს შორის ფსიქოთერაპიის მიმწოდებელთა შორის ყველაზე მაღალი პროცენტი უკავიათ კლინიკურ სოციალურ მუშაკებს, შემდეგ მოდიან კლინიკური ფსიქოლოგები, შემდეგ – ოჯახის თერაპევტები, ფსიქიატრები და სპეციალიზირებული ფსიქიატრიული ექთნები. ამასთან, პირველი ორი საგრძნობლად აღემატება ბოლო ორს. აღსანიშნავია, რომ ყველა ეს სპეციალისტი არის ლიცენზირებული, რაც, შესაბამისი აკადემიური ხარისხის ფლობის მიღმა, გულისხმობს გრძელვადიანი სუპერვიზირებული კლინიკური ტრენინგის გავლასა და ლიცენზიის გამოცდის/გამოცდების წარმატებით ჩაბარებას.¹³

ევროპულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ევროპაში ფსიქოთერაპიის მიმწოდებელთა შორის ყველაზე მაღალი პროცენტი უკავიათ ფსიქოლოგებს, მათ შემდეგ მოდიან ფსიქიატრები, და მცირე პროცენტი უკავიათ სოციალურ მუშაკებს და ექთნებს.¹⁴ გარდა ამისა, ევროპაში ქვეყნების მიხედვითაც საკმაოდ დიდი აღმოჩნდა სპეციალობებს შორის ვარიაცია. მაგალითად, ამავე კვლევის მიხედვით, საფრანგეთში ფსიქოთერაპევტთა 78%-ს წარმოადგენდნენ ფსიქიატრები, ხოლო შვედეთსა და გაერთიანებულ სამეფოში ფსიქიატრები საერთოდ არ მოხვდნენ ამ ჯგუფში. ევროპის ბევრ ქვეყანაში ფსიქოთერაპევტთა კვალიფიკაციის მინიჭების სისტემა არ არის უნიფიცირებული, პროფესია არ არის რეგულირებული და, მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის წარმატებული სისტემის წინაპირობაა ფსიქოთერაპევტთა ტრენინგისა და კვალიფიკაციის კონტროლის ბერკეტების არსებობა, ზოგ ქვეყანაში, ნებისმიერი დარგის წარმომადგენელს შეუძლია „ფსიქოთერაპევტის“ იარლიყის გამოყენება.

საშუალო რესურსის მქონე ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებები ძირითადად მხოლოდ დიდი ქალაქების მსხვილ ცენტრებშია და თემზე დაფუძნებული სერვისების მხოლოდ რამოდენიმე პილოტური პროგრამაა სახეზე. შესაბამისად, ფართე მოსახლეობისათვის ფსიქიკური ჯანდაცვის ბაზისური სერვისების მიწოდებაც არ ხდება¹⁵. ამგვარ ქვეყნებში (რომელსაც საქართველოც მიეკუთვნება), როგორც წესი, სახეზეა ფსიქიკური ჯანდაცვის გარკვეული პროგრამები, კანონმდებლობა და პოლიტიკა, თუმცა, ეს უკანასკნელი ბოლომდე გატარებული არაა. ჩვეულებრივ, სახელმწიფო ბიუჯეტი ფსიქიკურ ჯანდაცვაზე მთლიანი ჯანდაცვის ბიუჯეტის 5%-ზე ნაკლებია (საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე 2006-2011 წლებში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხების ხვედრითი წილი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯთან მიმართებაში დაახლოებით 2.5 %-ს შეადგენდა¹⁶). ასეთ ქვეყნებში, ჩვეულებრივ, ფსიქიატრების ნაკლებობა არაა, არამედ პირიქით. თუმცაღა, სისტემა

¹³Heisler, E.J. &Bagalman, E. (2014); The Mental Health Workforce: A Primer; Congressional Research Service; prepared for members and committees of congress. Retrieved from <https://www.fas.org/sgp/crs/misc/R43255.pdf>

¹⁴Knapp et al. (2007) MentalHealthPolicy and PracticeAcross Europe, the future direction of mental health care;OpenUniversityPress; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

¹⁵Knapp et al. (2007) MentalHealthPolicy and PracticeAcross Europe, the future direction of mental health care;OpenUniversityPress; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

¹⁶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები (2014); პოლიტიკის ნარკვევი <http://www.gip-global.org/files/mental-health-policy-brief-geo-web.pdf>

ზედმეტად ინსტიტუციონიზირებულია და აღინიშნება თემზე დაფუძნებული სპეციალისტების, როგორებიცაა, სოციალური მუშაკები და სათემო მომსახურების ფსიქიატრიული ექთნები, დეფიციტი და პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების კომპეტენცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში საკმაოდ დაბალია. შესაბამისად, მსგავს ქვეყნებში პრიორიტეტს წარმოადგენს ინსტიტუციური და თემზე დაფუძნებული ზრუნვის დაბალანსება.¹⁷

ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს პროფესიათა გაძლიერებაზე მუშაობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმდინარე რეფორმის ფარგლებში საქართველოში უკვე დაწყებულია. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციამ 2014 წელს განახორციელა პროექტი „სადვოკაციო მოძრაობა უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის“, რომლის ფარგლებშიც საქართველოში მოქმედ ოთხ პროფესიულ ორგანიზაციასთან ერთად - საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, საქართველოს ექთნების ასოციაცია, საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება და საქართველოს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საზოგადოება - მოამზადა კრებული „მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის“, რომელიც ხაზს უსვამს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტების კოორდინირებული მოქმედების მნიშვნელობას, მიმოიხილავს თითოეული პროფესიული გუნდის ფუნქციებს, ღირებულებას და გამოწვევებს და, ასევე, გვთავაზობს აღნიშნული პროფესიული ჯგუფების განვითარების ხედვებს.¹⁸

¹⁷ Makhashvili, N. Van Voren, R. (2013); *Blancng Community and Hospital Care: A Case STudy of Refroming Mental Health Services in Goergia. PLoS Med* 10(1):e1001366. doi:10.1371/journal.pmed.1001366
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001366>

¹⁸მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის, (2014); საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრის მოკვლევა

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციამ 2015 წლის მაის-ივლისში განახორციელა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დასაქმებული პროფესიული კადრის მახასიათებლების მცირემასშტაბიანი მოკვლევა ფონდის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“ მცირე საგრანტო პროგრამის მიერ დაფინანსებული პროექტის „პროფესიული კადრის მნიშვნელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში“ ფარგლებში. კვლევის მიზანი იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს პროფესიული კადრის მახასიათებლების, საჭიროებებისა და რესურსების დადგენა და გააზრება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ჰოლისტური განვითარების ხელშესაწყობად.

კვლევა გულისხმობდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებათა თითოეული მიმწოდებლის შესახებ მონაცემების შეგროვებას პირველადი შესწავლის მიზნით ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა:

- დაფინანსების ტიპი (სახელმწიფო, კერძო, არასამთავრობო)
- მომსახურების ტიპი (სტაციონარი, ამბულატორია, სხვა)
- მიწოდებული სერვისები (ტიპი, კატეგორია)
- ბენეფიციართა ძირითადი მახასიათებლები (ზრდასრულები, ბავშვები, სხვა)
- ბენეფიციართა აწმყო რაოდენობა, ბენეფიციართა საშუალო რაოდენობა წელიწადში/თვეში მომსახურების ტიპის მიხედვით
- დასაქმებული ადამიანების საერთო რაოდენობა
- ბენეფიტები (სოციალური პაკეტი თანამშრომელთათვის), რომელსაც მიმწოდებელი სთავაზობს თანამშრომლებს
- პროფესიული კადრის (ფსიქიატრი, სხვა ექიმი, ექთანი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი) საერთო რაოდენობა
- პროფესიული კადრის შემოსავალი
- პროფესიული კადრის დატვირთვა
- პროფესიული კადრის სამუშაო აღწერილობები

კვლევის შერჩევა

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო საქართველოს მასშტაბით სახელმწიფო დაფინანსების მქონე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებათა ყველა მიმწოდებელმა, რომელიც მოიცავდა 19 ორგანიზაციას. აღნიშნული კვლევა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებათა მიმწოდებელი ორგანიზაციების პირველად შესწავლას (exploratory study) წარმოადგენს.

ინსტრუმენტი და პროცედურა

კვლევის ფარგლებში ცხრამეტივე ორგანიზაციას დაეგზავნა მოკვლევის ფორმა, რომელიც მოიცავდა კითხვებს ზემოაღნიშნული საკითხების ირგვლივ. ფორმის შემუშავება მოხდა სამუშაო ჯგუფთან კონსულტაციის საფუძველზე, რომელშიც შედიოდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებათა მიმწოდებელი ორგანიზაციების წარმომადგენლები, რის შემდეგაც ფორმამ გაიარა საპილოტე ეტაპი და დაზუსტდა კითხვების ფორმულირება. აღნიშნული ფორმა შევსებული იქნა თითოეული ორგანიზაციის მიერ. მოგროვებული ინფორმაცია შეჯერდა და დამუშავდა აღწერითი სტატისტიკის მეთოდებით.

კვლევის შეზღუდვები

კვლევის შედეგები საგულისხმო და ინფორმაციულია, თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ მოკვლევა შეეხო მხოლოდ სახელმწიფო დაფინანსების მქონე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებათა მიმწოდებლებს და, მიუხედავად იმისა, რომ მათი სრული ჯგუფი იქნა შესწავლილი, შედეგები მაინც არ ექვემდებარება განზოგადებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის კერძო/სხვა დაფინანსების მქონე მომსახურების მიმწოდებელზე. თუმცადა, სავარაუდოდ, ის ტენდენციები, რომელიც გამოიკვეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის მახასიათებლებთან დაკავშირებით, სახეზეა სხვა (არასახელმწიფო) დაფინანსების მქონე მიმწოდებლების შემთხვევაშიც. ასევე, ვინაიდან კვლევა გულისხმობდა ინფორმაციის მიღებას ელექტრონულად შევსებული ფორმის საფუძველზე, ვერ გამოვრიცხავთ კითხვარის შევსებისას შემავსებელი პირების გარკვეულ სუბიექტურობას მათი ორგანიზაციების მიერ მიწოდებული მომსახურებების ფორმების განსაზღვრისას (მაგ. ის თუ, რას გულისხმობს ფსიქოთერაპიული სერვისი, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, ა.შ.) და ფორმის შევსებასთან დაკავშირებულ სხვა ხარვეზებს.

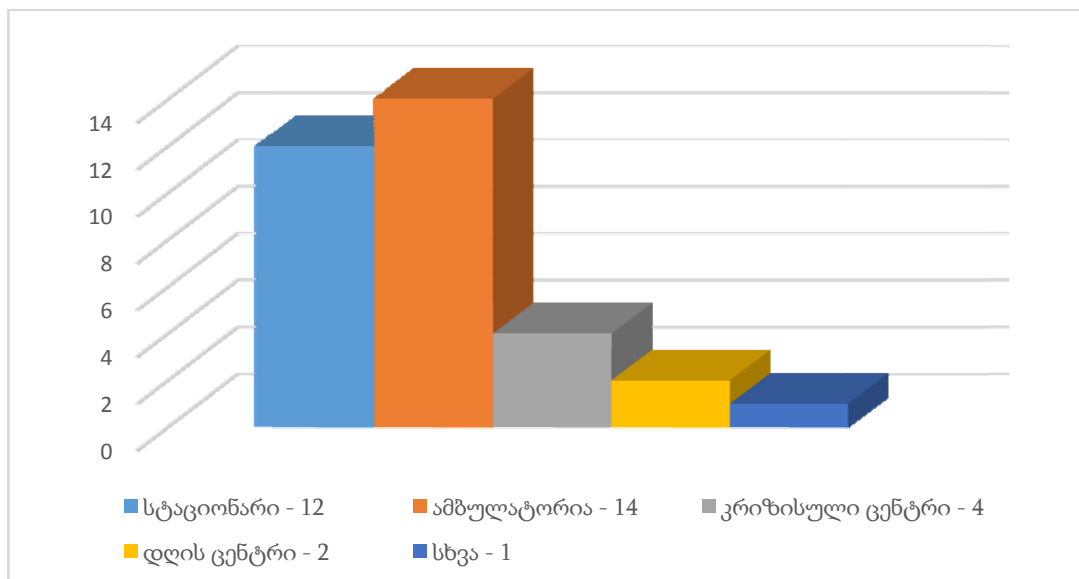
შედეგების მიმოხილვა

კვლევა გულისხმობდა აღწერითი რაოდენობრივი და თვისებრივი მონაცემების მოგროვებას გამოკითხული ორგანიზაციების შესახებ. ქვემოთ იხილეთ აღნიშნული მონაცემების მიმოხილვა საკითხების მიხედვით.

ორგანიზაციის მიერ მიწოდებული მომსახურების ტიპი და კატეგორიები

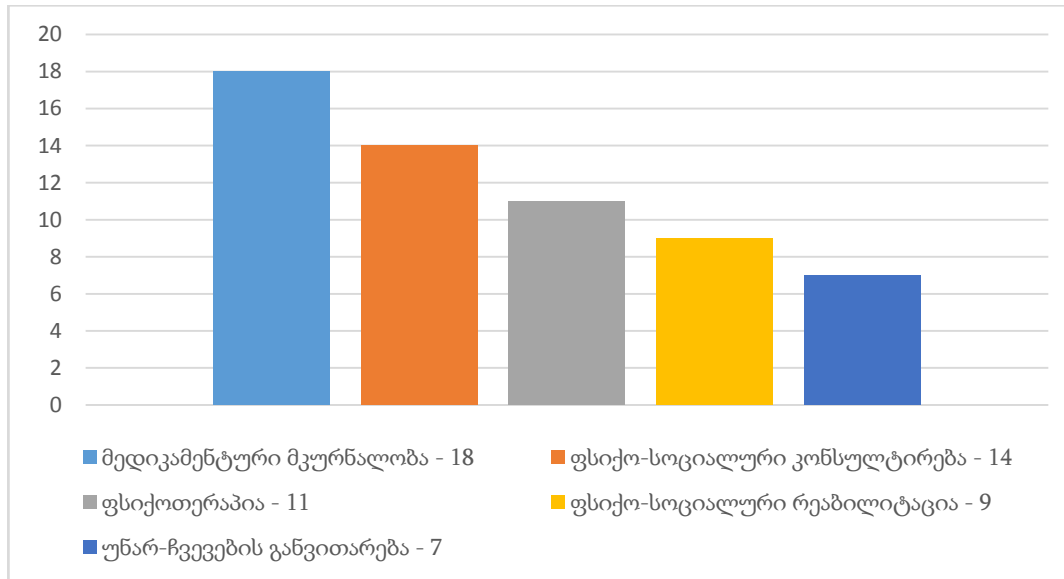
გამოკვლეული ორგანიზაციებიდან (სულ 19), მიწოდებული მომსახურების ტიპის მიხედვით ლიდერობს ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებები, ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობით გვხვდება დღის ცენტრის სერვისი (იხ. გრაფიკი 1). სხვა ისეთ მომსახურებებს, როგორიცაა, სასამართლო ექსპერტიზა და შშმპ სტატუსის დადგენა, ცალკე გამოყოფს ერთი მიმწოდებელი. ამასთან, ერთდროულად სამი ტიპის მომსახურებას აწოდებს მხოლოდ 4 ორგანიზაცია/უწყება (უმრავლეს შემთხვევაში კომბინაციაა სტაციონარი, ამბულატორია, კრიზისული ჩარევა).

გრაფიკი 1. მიწოდებული მომსახურების ტიპები



რაც შეეხება მომსახურებათა კატეგორიებს, აქ ლიდერობს მედიკამენტური მკურნალობა, მას მოსდევს ფსიქო-სოციალური კონსულტირება/დახმარება, ფსიქოთერაპია, და ბოლო ადგილებს ინაწილებენ ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაცია და უნარ-ჩვევების განვითარება/ტრენინგი (იხ. გრაფიკი 2). რესპოდენტთაგან 5 აწოდებს ყველა ჩამოთვლილ კატეგორიას. ამასთან, ყველა ორგანიზაცია ადასტურებს ინდივიდუალური მომსახურების მიწოდებას. დამატებით, 7 აწოდებს ჯგუფურ მომსახურებას, ხოლო 4 - მომსახურებას წყვილების/ოჯახებისათვის.

გრაფიკი 2. მიწოდებული მომსახურებების კატეგორიები



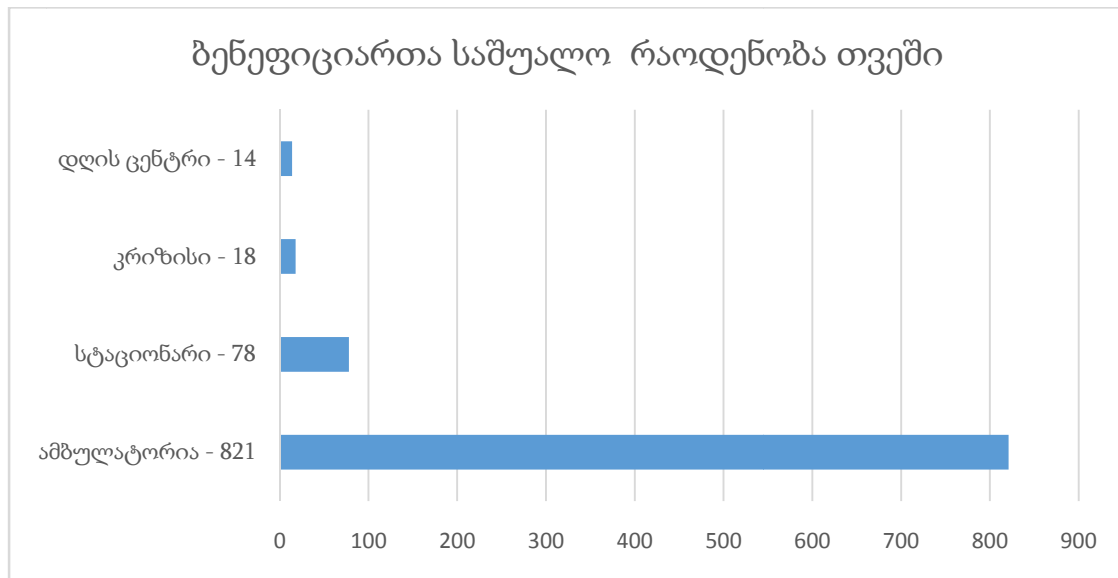
დაფინანსების წყაროები და ტიპები

ვინაიდან კვლევა გულისხმობდა სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისთა მიწოდებლების მოკვლევას, ბუნებრივია ყველა (19) რესპონდენტს აღენიშნებოდა სახელმწიფო დაფინანსება. თუმცა, დამატებით, 5 შემთხვევაში სახეზე იყო კერძო დაფინანსება, ხოლო ერთ შემთხვევაში კი - საერთაშორისო დონორის გრანტი. რაც შეეხება დაფინანსების კატეგორიებს, 14-ის შემთხვევაში აღინიშნებოდა ვაუჩერული დაფინანსება, 13-ში - გლობალური ფონდის ბიუჯეტი, 6-ში - ჯიბიდან გადახდა, ხოლო 2-ში - თანა-გადახდა. ამასთან, მხოლოდ ერთ პროვაიდერს აღენიშნებოდა დაფინანსების ოთხივე ტიპი.

ბენეფიციარები

გამოკვლეული ორგანიზაციებიდან დიდი უმრავლესობა (18) ემსახურება ზრდასრულებს (მათ შორის 15 - ხანდაზმულებსაც), ხოლო 12 - ბავშვებს, ერთი კი ცალკე გამოყოფს მოზარდთა კატეგორიას. ბენეფიციართა რაოდენობა განსხვავდება როგორც ორგანიზაციების მიხედვით, ასევე მომსახურებათა მიხედვით. ჯამური მონაცემების თანახმად, ბენეფიციართა ყველაზე მაღალი რაოდენობა მოდის ამბულატორიულ სერვისზე, ყველაზე დაბალი კი - დღის ცენტრის მომსახურებაზე.

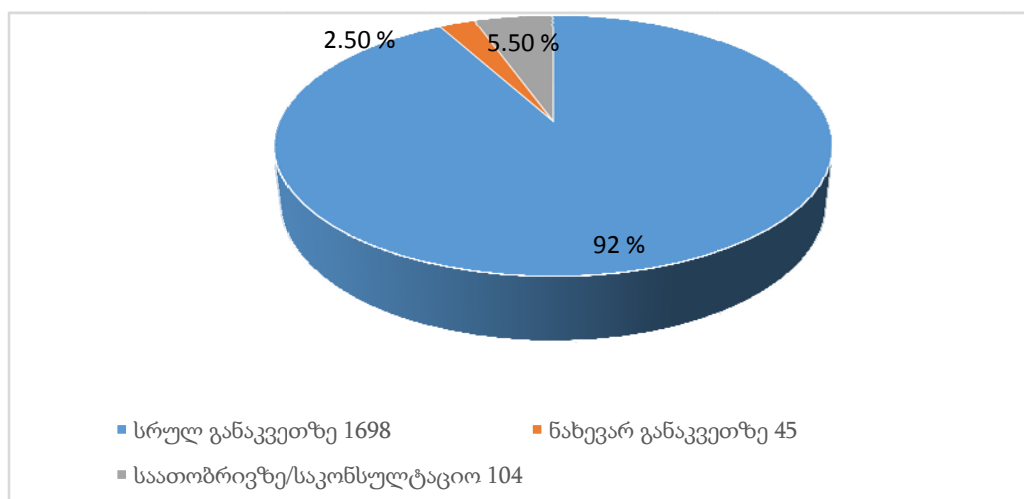
გრაფიკი 3. ბენეფიციართა მედიანა რაოდენობები მომსახურების ტიპის მიხედვით



თანამშრომელთა საერთო რაოდენობა და რაოდენობა დასაქმების ტიპის მიხედვით

მომსახურებათა მიმწოდებლები საკმაოდ განსხვავდებოდნენ თანამშრომლების საერთო რაოდენობის მიხედვით. მათ შორის გვხვდებოდა ყველაზე მრავალრიცხოვანი, 471 თანამშრომლისგან შემდგარი, ორგანიზაცია და ყველაზე მცირერიცხოვანი, 9 თანამშრომლისგან შემდგარი, ორგანიზაცია. თანამშრომელთა საშუალო საერთო რაოდენობა იყო 97, ხოლო მედიანა რაოდენობა - 48, რაც უფრო ზუსტი ამსახველია ზოგადი ტენდენციის. სრულ განაკვეთზე დასაქმებულთა საშუალო საერთო რაოდენობა იყო 89, მედიანა კი - 36. ცხრაშვიდიდან მხოლოდ 5 ორგანიზაციას ჰყავდა ნახევარ განაკვეთზე დასაქმებული კადრი და 7-ს - საათობრივად/კონსულტანტად დასაქმებული კადრი. ამასთან, მხოლოდ ერთ ორგანიზაციას აღენიშნებოდა დასაქმებული კადრის სამივე ტიპი.

გრაფიკი 4. თანამშრომელთა რაოდენობა დასაქმების ტიპის მიხედვით



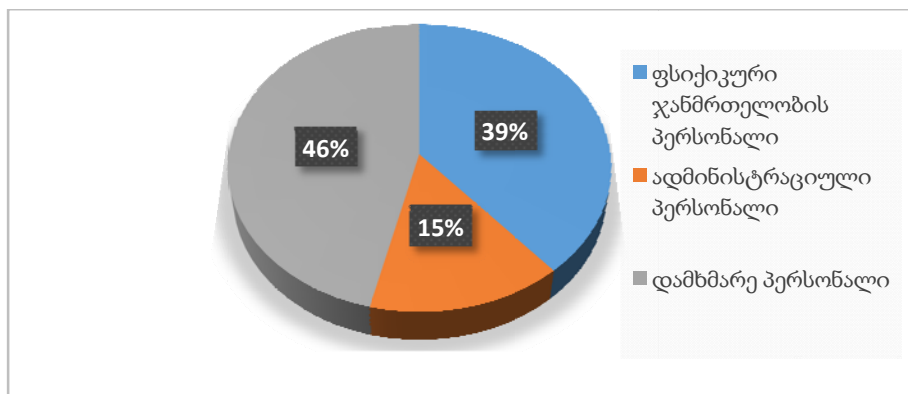
ორგანიზაციის მიერ მიწოდებული ბენეფიტები

გამოკითხულთაგან 16 ორგანიზაცია სრულ განაკვეთზე დასაქმებულ თანამშრომლებს სთავაზობს ანაზღაურებად შვებულებას კანონით განსაზღვრული ხანგრძლივობით, მხოლოდ სამი - ჯანმრთელობის დაზღვევას და ერთი - სიცოცხლის დაზღვევას. ამასთან, მხოლოდ ერთი ორგანიზაცია სრულ განაკვეთზე დასაქმებულ თანამშრომლებს სთავაზობს სამივე ბენეფიტს. რამოდენიმე დამსაქმებელი კი ვერც ერთ ბენეფიტს ვერ სთავაზობს დასაქმებულს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი

საგულისხმოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის პროცენტული წილი პერსონალის საერთო რაოდენობაში. ყველა ორგანიზაციის ჯამური მონაცემების მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი ორგანიზაციის თანამშრომლების საერთო რაოდენობის 40%-ზე ნაკლებია. ამ თვალსაზრისით სერვისის მიმწოდებლები საგრძნობლად განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან იმის მიხედვით, თუ რა ტიპისა და სტრუქტურის უწყებას წარმოადგენენ ისინი. ჯამში, 19-დან 13 მომსახურების მიმწოდებლის შემთხვევაში სპეციალიზებული (ფსიქიკური ჯანმრთელობის) კადრის რაოდენობა ნაკლებია არასპეციალიზებული (ადმინისტრაციული და დამხმარე ერთად) კადრის რაოდენობაზე. ამასთან, შესწავლილ ჯგუფში სამი ტიპის კადრთაშორის მიმართების ზოგადი ტენდენცია შემდეგნაირად ნაწილდება: ყველაზე მრავალრიცხოვანია - დამხმარე პერსონალი (დარაჯი, მზარეული, დამლაგებელი, სანიტარი¹⁹), მას შემდეგ მოდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი და ბოლოს - ადმინისტრაციული პერსონალი (ფინანსები, კადრები, ა.შ.).

გრაფიკი 5. პროფესიული, ადმინისტრაციული და დამხმარე კადრის რაოდენობები

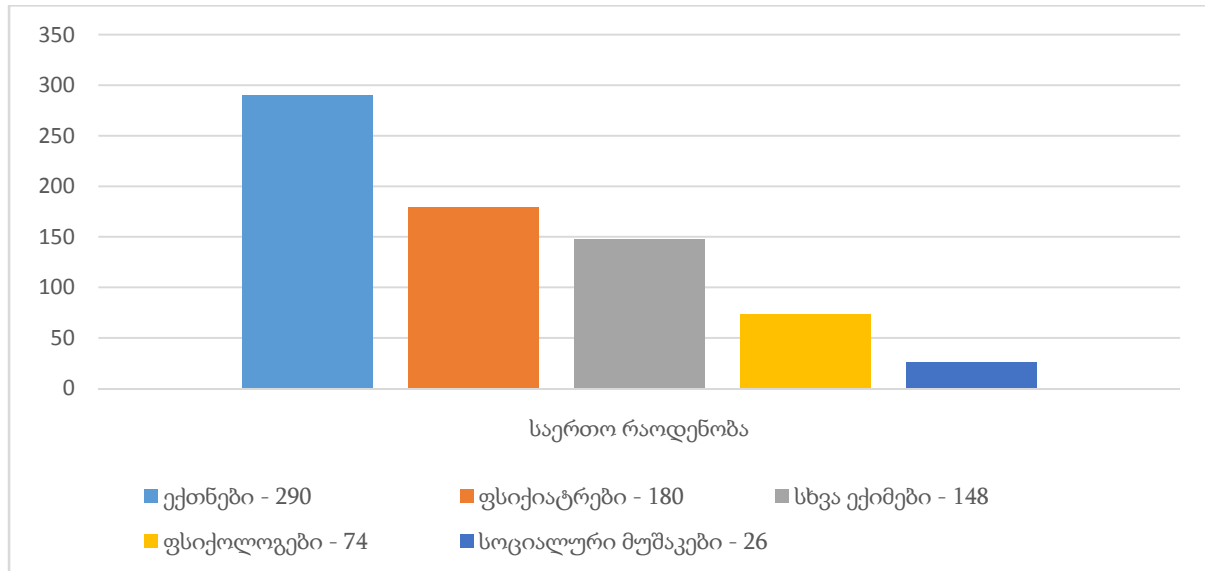


მომსახურებათა მიმწოდებელ ორგანიზაციებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი დასაქმებულია როგორც სრულ განაკვეთზე, ასევე ნახევარ განაკვეთზე და საათობრივად/კონსულტანტად (იხ. ცხრილი 1). ჯამში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის

¹⁹ ავტორის შენიშვნა: კვლევის ფარგლებში სანიტარი შევიყვანეთ დამხმარე პერსონალის ჯგუფში, ვინაიდან ანალოგიურ კვლევებში ფსიქიკური ჯანდაცვის პერსონალში ეს კატეგორია არ შეგვხვედრია.

კადრის ყველაზე მრავალრიცხოვან (290) ჯგუფს წარმოადგენენ ექთნები, ხოლო ყველაზე მცირერიცხოვანს - სოციალური მუშაკები (26). ამასთან, გამოკითხულთაგან ყველა ორგანიზაციას ჰყავდა ფსიქიატრი, მხოლოდ 1-ს არ ჰყავდა ექთანი, 2-ს არ ჰყავდა ფსიქოლოგი, 5-ს არ ჰყავდა სხვა ექიმი, და 9-ს არ ჰყავდა სოციალური მუშაკი.

გრაფიკი 6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი



ექთნები ლიდერობენ როგორც საერთო რაოდენობით, ასევე სრულ განაკვეთზე დასაქმებულთა რაოდენობით (იხ. ცხრილი 1), თუმცა, აღსანიშნავია, რომ მათი საკმაოდ დიდი ნაწილი (თითქმის მეოთხედი) ასევე ნახევარ განაკვეთზეა დაქირავებული. განსაკუთრებით მაღალია სხვა ექიმების (არა ფსიქიატრები) ნახევარ განაკვეთზე დასაქმების რაოდენობა. რაც შეეხება ფსიქოლოგთა მაღალ საათობრივ დასაქმებას, აქ აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ 32-დან 31 შემთხვევა ერთ ორგანიზაციაზე მოდის. შესაბამისად, არასწორი იქნებოდა, გვემსჯელა, რომ ფსიქოლოგთა საათობრივად/კონსულტანტად დაქირავება გავრცელებული პრაქტიკაა.

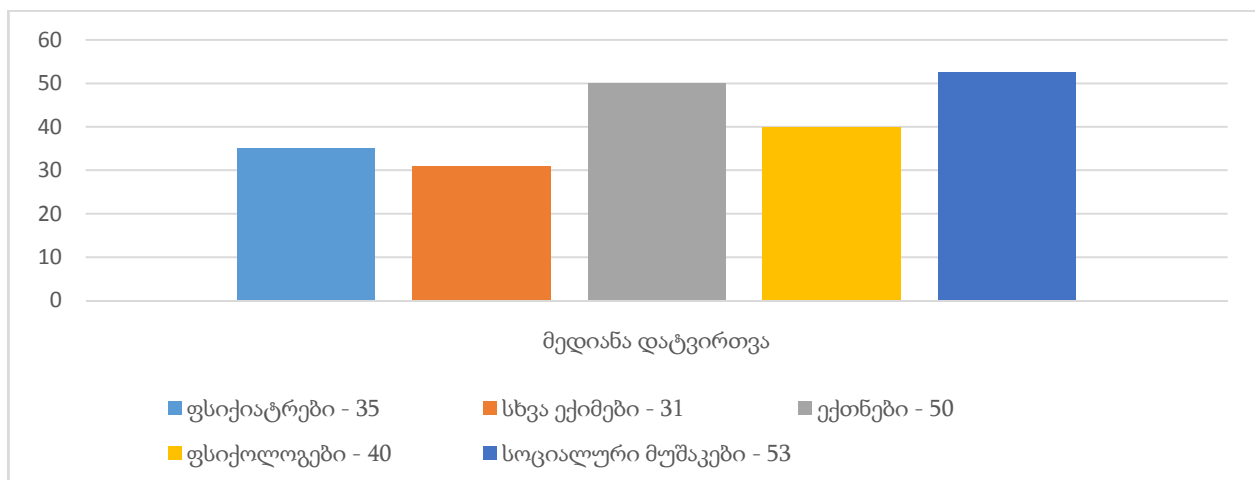
ცხრილი 1. პროფესიული კადრის რაოდენობები

ყველა (19) ორგანიზაციის ჯამური მონაცემები	სრულ განაკვეთზე	ნახევარ განაკვეთზე	საათობრივზე/ კონსულტანტად	სულ	მაქსიმალური # ერთ ორგანიზაციაში	% წილი ფჯ კადრიდან
ექთნები	203	75	12	290	23 - სრულზე, 23 - ნახევარზე	40.4
ფსიქიატრები	134	40	6	180	32	25
სხვა ექიმები	96	49	2	147	32	20.5
ფსიქოლოგები	37	5	32	74	9 - სრულზე, 1 - ნახევარზე, 31 - საათობრივზე	10.3
სოციალური მუშაკები	22	4	0	26	10	3.6
სულ	492	173	52	717		

დატვირთვა

მომსახურებათა მიმწოდებლები საშუალო დატვირთვითაც განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. მაგალითისათვის, ფსიქიატრის დატვირთვა ორგანიზაციების მიხედვით ვარიერებს 716-დან 8 პაციენტამდე, ხოლო ექთნის - 300-დან 3 პაციენტამდე. რაც შეეხება საშუალო დატვირთვას (მედიანა მაჩვენებელი) პროფესიული ჯგუფის მიხედვით, სფეროში შემდეგ განაწილებასთან გვაქვს საქმე: ერთ ფსიქიატრზე მოდის 35 პაციენტი, სხვა ექიმზე - 31, ექთანზე - 50, ფსიქოლოგზე - 40, ხოლო სოციალურ მუშაკზე - 53 პაციენტი.

გრაფიკი 7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის მედიანა დატვირთვა

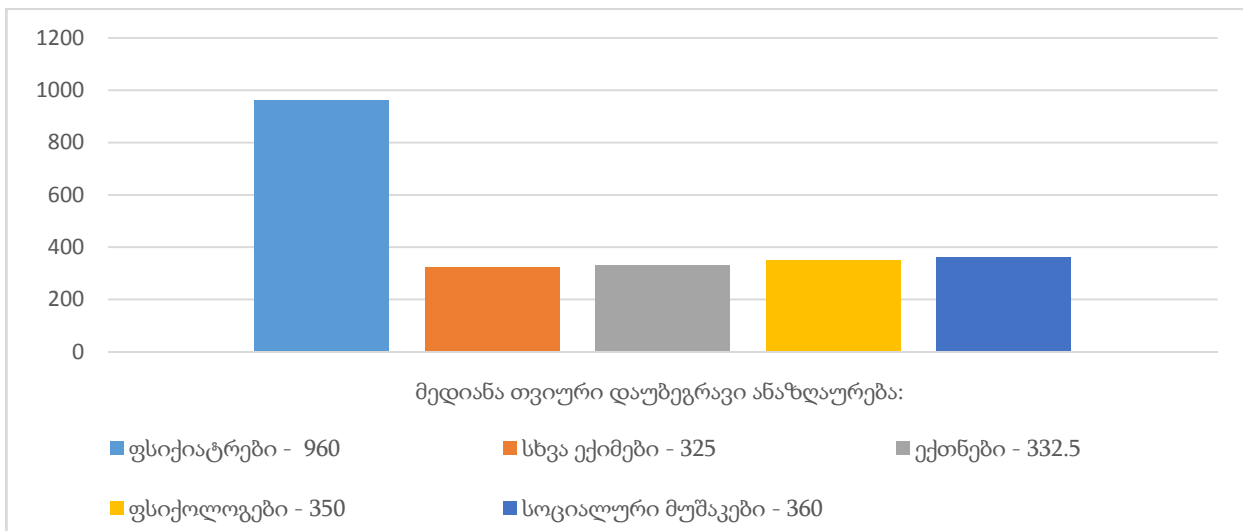


საგულისხმოა, რომ ყველა მიმწოდებლის აქტიურ ბენეფიციართა ჯამური მაჩვენებლის შეფარდებით ყველა ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანდაცვის პერსონალის ჯამურ მაჩვენებელთან ვიღებთ დაახლოებით 57-ს, რაც იმას ნიშნავს, რომ 57 აქტიურ ბენეფიციარზე მოდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთი სპეციალისტი (ხუთივე ზემოაღნიშნული კატეგორიის ჩათვლით).

ანაზღაურება

რაც შეეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის კადრის თვით დაუბეგრავ ანაზღაურებას, ფსიქიატრთა ანაზღაურება საგრძნობლად (50%-ზე მეტით) აღემატება დანარჩენი ჯგუფების ანაზღაურებას, ხოლო სხვა ექიმების, ექთნების, ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების მედიანა ანაზღაურება მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება ერთმანეთისგან. მათ შორის, ყველაზე მაღალი არის სოციალური მუშაკის (360), ხოლო ყველაზე დაბალი სხვა ექიმის ანაზღაურება (325). აღსანიშნავია, სხვა ექიმთა ყველაზე დაბალი ანაზღაურება შესაძლოა იმით იყოს განპირობებული, რომ მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი ნახევარ განაკვეთზეა დასაქმებული.

გრაფიკი 8. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალის მედიანა თვით დაუბეგრავი ანაზღაურება



აღსანიშნავია, რომ ძალიან დიდი ვარიაციები გვხვდება ანაზღაურებაში ყველა სპეციალობის მიხედვით (იხ. ცხრილი 2). ასევე, აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთაგან მხოლოდ ერთი ორგანიზაცია გამოირჩეოდა ფსიქოლოგების დასაქმების ძალიან მაღალი მაჩვენებლით და, ასევე, ანაზღაურებით, რაც არ წარმოადგენს საერთო ტენდენციას.

ცხრილი 2. ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტების ყველაზე მაღალი და ყველაზე დაბალი ხელფასები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი	მაქსიმალური ანაზღაურება	მინიმალური ანაზღაურება
ფსიქიატრები	2000	300
სხვა ექიმები	650	70
ექთნები	650	165
ფსიქოლოგები	1500	100
სოციალური მუშაკები	900	200

სამუშაო აღწერილობები

გამოკითხული ორგანიზაციებიდან ექვსმა დაადასტურა სამუშაო აღწერილობების ქონა ყველა ზემო აღნიშნული კატეგორიისთვის. ყველაზე ხშირ შემთხვევაში სახეზეა სამუშაო აღწერილობები ფსიქიატრისა და ექთნისთვის (17 შემთხვევაში). რაც შეეხება პროფესიული კადრის დანარჩენ კატეგორიებს, სიხშირე შემდეგნაირად ნაწილდება: ფსიქოლოგი - 14, სხვა ექიმი - 12, სოციალური მუშაკი - 9 შემთხვევაში. იშვიათია შემთხვევა, როდესაც ესა თუ ის კადრი დასაქმებულია მოცემულ ორგანიზაციაში, თუმცა, მისი პოზიციის შესაბამისი სამუშაო აღწერილობა არ დასტურდება.

სოციალური მუშაკების შემთხვევაში, დამატებითი კითხვა ეხებოდა მათ განათლებას. აღმოჩნდა, რომ მომსახურებათა მიმწოდებლების მიერ ჯამში დასაქმებული 26 სოციალური მუშაკიდან მხოლოდ 12 (ნახევარზე ნაკლები) ფლობდა შესაბამის აკადემიურ ხარისხს სოციალურ მუშაობაში.

უწყვეტი განათლების შესაძლებლობები

გამოკითხულთაგან 10 ადასტურებს უწყვეტი განათლების შესაძლებლობების არსებობას ორგანიზაციის ფარგლებში, 1 კი აღნიშნავს, რომ დახმარება ამ მხრივ გამოიხატება ტრენინგის შესახებ ინფორმაციის მოძიებასა და ტრენინგის დროს თანამშრომლის სამსახურიდან საპატიო გათავისუფლებაში. აღნიშნული შესაძლებლობები ეხება როგორც პროფესიულ, ასევე ადმინისტრაციულ კადრს და ძირითადად გულისხმობს განსხვავებულ ტრენინგებს, სუპერვიზიასა და კონსილიუმებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. მათი სიხშირისა და მოცვის შესახებ ინფორმაცია, სამწუხაროდ, არ გაგვაჩნია.

შეჯამება

წინამდებარე კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფი ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურებათა მიმწოდებელი ორგანიზაციები საქართველოში ძირითადად ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისებს სთავაზობენ ბენეფიციარებს და ძალიან მწირია ისეთი მომსახურებების წილი, როგორიცაა კრიზისული ჩარევა ან დღის ცენტრის მომსახურება. ასევე, უმრავლეს შემთხვევაში მათ აქვთ მხოლოდ სახელმწიფო დაფინანსება, და უაღრესად იშვიათ შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებელი აწოდებს სამი ტიპის სერვისს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტერვენციებში გამოხატულად ლიდერობს მედიკამენტური მკურნალობა/მართვა, ხოლო ყველაზე ნაკლები ყურადღება ეთმობა ბენეფიციართა უნარ-ჩვევების განვითარება/ტრენინგს.

პროფესიული კადრის დასაქმების მიხედვით პირველ სამ პოზიციას იყოფენ ექთნები, ფსიქიატრები და სხვა ექიმები, ხოლო ბოლო ორ პოზიციას - ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები. ამასთან, ამ უკანასკნელთა რაოდენობა საგრძნობლად ჩამორჩება მათ წინამორბედთ. ფსიქიატრთა საშუალო ანაზღაურება ორჯერ და მეტჯერ აღემატება ყველა დანარჩენი პროფესიული ჯგუფის საშუალო ანაზღაურებას. გარდა ამისა, ძალიან დიდია ვარიაბილობა ერთიდაიგივე პროფესიული ჯგუფის წარმომადგენელთა ხელფასებში. სპეციალისტის დატვირთვა ყველა ჯგუფში ვარიირებს ერთ სპეციალისტზე 31 ბენეფიციარიდან (სხვა ექიმი) 53 ბენეფიციარამდე (სოციალური მუშაკი). რიგ შემთხვევებში (სოციალური მუშაკები), იკვეთება პროფესიული კვალიფიკაციის დაცვის საჭიროება, ხოლო, ზოგადად, აღინიშნება კვალიფიკაციის ამაღლების მექანიზმების ნაკლებობა.

შედეგების ანალიზი

საქართველოში მიმდინარე ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის ძირითადი მიმართულებებია პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების როლის გაზრდა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში; მწვავე და გადაუდებელი მკურნალობის უზრუნველყოფა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში; გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისების განვითარება; თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება და ამბულატორიულ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა; სამართლიანი და პაციენტზე ორიენტირებული დაფინანსების უზრუნველყოფა; ფსიქიკური ჯანდაცვის კადრების პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა; მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეროვნული გზამკვლელების შემუშავება და დანერგვა; მომხმარებელთა ჩართულობის უზრუნველყოფა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ყველა ეტაპზე²⁰. ეს სწორედ სისტემის ის კომპონენტებია, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქიკურ ჯანმრთელობის ჰოლისტიკურ და ბენეფიციარზე ორიენტირებულ ხედვასა და წყობას. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2014-2020 წლების სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი სტრატეგიული პრიორიტეტია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზრუნვის ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება, რომელიც მოიაზრებს სათემო სერვისების გაფართოვებას, ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურებათა დაბალანსებასა და ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს კვალიფიცირებული კადრით მომარაგებას.²¹

რეფორმის აღნიშნული ამოცანების მიღწევა შეუძლებელია ფსიქიკური ჯანდაცვის პროფესიული კადრის გამრავალფეროვნების და გაძლიერების გარეშე. წინამდებარე კვლევამ ცხადჰყო, რომ საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურებები მოსახლეობას სთავაზობენ მეტ-ნაკლებად განსხვავებულ სერვისებს და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრი, სულ მცირე, ხუთ პროფესიულ ჯგუფს მოიაზრებს, რაც, თავისთავად, მიუთითებს რეფორმის ფარგლებში სწორი კურსის აღებასა და ამ მიმართულებით კონკრეტული ნაბიჯების განხორციელებაზე. თუმცა, კვლევის შედეგები ასევე ნათელს ჰფენს იმ გამოწვევებს, რომელთა დროული და გონივრული დაძლევა სწორედ რომ მიმდინარე რეფორმის ამოცანაა. აღნიშნული გამოწვევებია: სამედიცინო მოდელის დომინირება, ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების შეზღუდული მექანიზმები, მომსახურებათა მრავალფეროვნების ნაკლებობა, ფსიქიკური ჯანდაცვის ზოგიერთი პერსონალის მაღალი დატვირთვა და ცალკეული პროფესიული ჯგუფის ნაკლებობა სფეროში, პროფესიული კადრის განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების მექანიზმების საჭიროებები.

კვლევის მიგნებები ხაზს უსვამენ იმას, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის სფერო საქართველოში ჯერ-ჯერობით გამოკვეთილად სამედიცინო სფეროა. ამის დადასტურებაა, ერთის მხრივ, ის, რომ პროფესიული კადრის დასაქმების მიხედვით პირველ სამ პოზიციას იყოფენ სამედიცინო სპეციალობები (ექთნები, ფსიქიატრები და სხვა ექიმები), რომლებიც საგრძნობლად აღემატებიან ბოლო ორს - ფსიქოლოგებსა და

²⁰მახაშვილი, ნ. ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში;

http://www.mls.ge/hrh/pictures/dfltcontent/gallery/108_1.pdf

²¹ <http://www.gip-global.org/files/georgian-nap-in-mh-final-draft-geo.pdf>

სოციალური მუშაკებს; ხოლო, მეორეს მხრივ, ის, რომ მიწოდებულ ინტერვენციებში ლიდერობს მედიკამენტური მკურნალობა, ხოლო ბოლო ადგილებზეა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია და უნარ-ჩვევების განვითარება. ამასთან, კვლევამ გამოკვეთა ისეთი სერვისების, როგორიცაა კრიზისული მომსახურება და დღის ცენტრი, სიმწირე, რაც შესაბამისობაში მოდის სარეაბილიტაციო და უნარ-ჩვევების განვითარებაზე მიმართული პროგრამების ნაკლებობასთან, ვინაიდან მსგავსი პროგრამების მიწოდება, ძირითადად, სწორედ თემზე დაფუძნებული დღის (სარეაბილიტაციო, გამაჯანსაღებელ, ა.შ.) ცენტრების ბაზაზე ხდება.

გარდა ამისა, ნათელია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა საქართველოში ორიენტირებულია ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ფართო სპექტრის იმ ნაწილზე, რომელიც ყველაზე დაბალი ფუნქციონირებით ხასიათდება და, უმრავლეს შემთხვევაში, საჭიროებს მედიკამენტურ ჩარევას, და საერთოდ ვერ პასუხობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სირთულეების მქონე ადამიანების იმ დიდი ჯგუფის საჭიროებებს, რომელთა პრობლემების დაძლევა უმეტესწილად ფსიქო-სოციალური მიდგომებით არის შესაძლებელი (პრევენციულ პროგრამებზე ზედმეტია საუბარი). ამასთან, ბენეფიციარებს შედარებით დაბალი ფუნქციონირებით, რომლებიც, როგორც წესი, გადიან გრძელვადიან ან მუდმივ მედიკამენტურ მკურნალობას, კიდევ მეტად, ვიდრე მსუბუქი სირთულეების მქონე ადამიანებს, ესაჭიროებათ აბილიტაცია-რეაბილიტაციაზე, საზოგადოებაში ინტეგრაციასა და ყოველდღიური უნარ-ჩვევების განვითარებაზე მიმართული მომსახურებები. თუმცა, სამწუხაროდ, მსგავსი მომსახურებების მიწოდება ყველაზე ნაკლებად ხდება, რაც ჰოლისტური მიდგომისა ნაკლებობის კიდევ ერთი დადასტურებაა.

აღსანიშნავია, რომ მწირია სფეროში დაფინანსების არასახელმწიფო წყაროთა მონაწილეობა, რაც, დარგის განვითარებისა და ინოვაციური პროგრამების დანერგვისთვის მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს და ნაკლებად შესაძლებელს ხდის ფსიქიკური ჯანდაცვის პრევენციული პროგრამების განხორციელებას.

ის ფაქტი, რომ 57 აქტიურ ბენეფიციარზე მოდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთი სპეციალისტი, მიუთითებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სერვისებისა და კადრების ზოგად ნაკლებობაზე. თუმცა, როგორც ზევით აღინიშნა, განსაკუთრებით მწვავედ დგას ფსიქო-სოციალური კადრის დეფიციტი. ფსიქო-სოციალური, არასამედიცინო კადრი, რომელთა წარმომადგენლები ამჟამად ქართულ რეალობაში არიან ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები, წარმოადგენენ ყველაზე მცირერიცხოვან ჯგუფებს და, შესაბამისად, იკავებენ პროცენტულად უმნიშვნელო წილს არსებულ კადრში (ფსიქოლოგები - 10.3%²², სოციალური მუშაკები - 3.6%), ხოლო, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის სტატისტიკის თანახმად, ქვეყნის მასშტაბით 100 000 მოსახლეზე მათი წილი 0.65 და 0.30-ს შეესაბამება.²³ ანალოგიური მაჩვენებლები ნორვეგიაში შეესაბამება 54.28-ს - ფსიქოლოგის შემთხვევაში, 43.83-ს სოციალური მუშაკის შემთხვევაში. ცხადია, ნორვეგია არ წარმოადგენს სტანდარტს, თუმცა, საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის

²²ავტორის შენიშვნა: აღნიშნული პროცენტი ამაღლებულია ერთი ორგანიზაციის ხარჯზე, რომელსაც შტატში ძირითადად ფსიქოლოგები ჰყავს, და არ ასახავს ზოგად ტენდენციას.

²³http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/geo.pdf

განვითარებულ, ჰოლისტურ სისტემებში ფსიქო-სოციალურ პერსონალს წამყვანი ადგილი უჭირავს და, ხშირ შემთხვევაში, აღემატება სამედიცინო პერსონალს (განსაკუთრებით ამბულატორიულ და თემზე დაფუძნებულ სერვისებში).

ამასთან, სოციალური მუშაკების შემთხვევაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში განსაკუთრებით იკვეთება პროფესიული კადრის სისტემური განვითარების საჭიროება. ის ფაქტი, რომ სახელმწიფო დაფინანსების მქონე 19 ორგანიზაციიდან, 10-ს ჰყავს დასაქმებული სოციალური მუშაკი და მათგან ნახევარზე მეტი არ ფლობს ფორმალური განათლების ხარისხს სოციალურ მუშაობაში, იმის მანიშნებელია, რომ აღნიშნული პროფესიული ჯგუფის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ჩართულობის საჭიროება, ღირებულება და ფუნქციები ჯეროვნად არ არის გააზრებული სფეროს მიერ. გარდა ამისა, ხაზგასასმელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ოკუპაციური თერაპევტების სრული დეფიციტი.

აღნიშნულთან დაკავშირებით საგულისხმოა, რომ გაუმჯობესებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემების მქონე ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანდაცვის არასამედიცინო სპეციალობების კლინიკური მიმართულებები საკმარისად არის განვითარებული საუნივერსიტეტო დონეზე და, ასევე, მეტ-ნაკლებად მოგვარებულია პროფესიის რეგულირების საკითხები. აქედან გამომდინარე, საქართველოში ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების და ოკუპაციური თერაპევტების კადრების ნაკლებობა ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში გარკვეულწილად გასაგებიცაა, მით უმეტეს, რომ ბოლო ორი სრულიად ახალ პროფესიებს წარმოადგენენ ქვეყანაში და აკადემიურ დონეზე ამ პროფესიათა წარმომადგენლების მომზადების ისტორია ათ წელს არ აღემატება. თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ მათი სფეროში დამკვიდრება და ზრდა განხორციელდეს საუნივერსიტეტო დონეზე შესაბამისი მიმართულებების გაძლიერების ბაზაზე და პროფესიული რეგულირების საკითხის დახვეწის პარალელურად. ამ თვალსაზრისით, უაღრესად მნიშვნელოვანია ჯანდაცვისა და განათლების სამინისტროების ერთობლივი მუშაობა სტრატეგიული დაგეგმარებისა და პროგრამების შემუშავების დონეზე და ფსიქიკური ჯანდაცვის მიმწოდებლებისა და იმ უმაღლესი სასწავლებლების მჭიდრო თანამშრომლობა, რომლებიც ამზადებენ აღნიშნულ სპეციალისტებს.

ასევე, კვლევამ ზედაპირულად, თუმცა ცალსახად გამოკვეთა პროფესიული ზრდის მექანიზმების დეფიციტი. გამოკითხული ორგანიზაციების დიდმა ნაწილმა (42%) არ დაადასტურა დასაქმებულთა უწყვეტი განათლების შესაძლებლობებით უზრუნველყოფა. ამასთან, აღნიშნული დეფიციტი განსაკუთრებით მწვავეა რეგიონებში. გარდა ამისა, ცნობილია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები პროფესიული გადაწვის მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან და, შესაბამისად, მათი პროფესიული გადაწვის პრევენციაზე მუდმივი ზრუნვა სფეროს წარმატების აუცილებელი წინაპირობაა. ვინაიდან ორგანიზაციათა პასუხებში არ აისახა პროფესიული გადაწვის პრევენციაზე ორიენტირებული აქტივობები, სავარაუდოდ, სფეროში მათი ნაკლებობაც სახეუა. აქედან გამომდინარე, უმნიშვნელოვანესია, რომ ჯანდაცვის სამინისტრომ და შესაბამისმა უწყებებმა/ორგანიზაციებმა იზრუნონ პროფესიული კადრის კვალიფიკაციის ამაღლებისა (განსაკუთრებით რეგიონებში) და პროფესიული გადაწვის პრევენციის მექანიზმების დამკვიდრებასა და გააქტიურებაზე.

დასასრულ, წინამდებარე კვლევის მიგნებები ნათელს ჰფენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მიღწევებსა და მნიშვნელოვან გამოწვევებს და წარმოაჩენს პროფესიული კადრის დაბალანსებისა და გაძლიერების საჭიროებებს, რაც უმნიშვნელოვანესია ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისათვის და ამ სისტემაში ჰოლისტური მიდგომის დამკვიდრებისათვის. აღნიშნული კვლევა წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრის პირველადი მოკვლევის მცდელობას და, შესაძლოა, დაეხმაროს პოლიტიკის შემმუშავებლებს ფსიქიკური ჯანდაცვის ხარისხის, მრავალფეროვნების და ხელმისაწვდომობის საკითხების გადაწყვეტაში. იმედს ვიტოვებთ, კვლევის მიგნებები სასარგებლო იქნება ქვეყანაში მიმდინარე ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის ხელშეწყობისათვის.

გამოყენებული წყაროები

თორნიკროფტი, გ. & ტანსელა, მ. (2009); უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა, გიფ-თბილისი

მახაშვილი, ნ. ფსიქიკური ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში;
http://www.mls.ge/hrh/pictures/dflcontent/gallery/108_1.pdf

მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის, (2014); საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები (2014); პოლიტიკის ნარკვევი <http://www.gip-global.org/files/mental-health-policy-brief-geo-web.pdf>

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა 2014-2020 (ივნისი, 2014); საბოლოო სამუშაო ვერსია <http://www.gip-global.org/files/georgian-nap-in-mh-final-draft-geo.pdf>

Forti, A. et al. (2014); Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Netherlands; OECD Health Working Papers, No. 73, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz158z60dzn-en>

Heisler, E.J. & Bagalman, E. (2014); The Mental Health Workforce: A Primer; Congressional Research Service; prepared for members and committees of congress. Retrieved from <https://www.fas.org/sgp/crs/misc/R43255.pdf>

Knapp et al. (2007); Mental Health Policy and Practice Across Europe, the future direction of mental health care; Open University Press; World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies Series

Lehtinen, V. et al. (2001); Integrating mental health services: the Finnish experience;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484394/>

Makhashvili, N. Van Voren, R. (2013); Blending Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia. *PLoS Med* 10(1):e1001366.
doi:10.1371/journal.pmed.1001366

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001366>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

<http://frontierpsychiatrist.co.uk/models-of-mental-illness/>

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/geo.pdf?ua=1

დანართი 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიული კადრი - ადგილობრივი ტენდენციები

Mental health Atlas country profile 2014

Georgia

Total population (UN official estimates): ^a	4,322,843	Burden of mental disorders (WHO official estimates)	
WHO Region:	EUR	Disability-adjusted life years (per 100,000 population) ^c	3,503
Income group:	Lower middle-income	Suicide (age-standardized rate per 100,000 population) ^d	3.2
Total health expenditure per person (US\$, 2013) ^b	\$350		
Availability / status of mental health reporting	Mental health data compiled only for general health statistics		

MENTAL HEALTH SYSTEM GOVERNANCE

Mental health policy		Mental health legislation	
Stand-alone policy or plan for mental health:	Yes	Stand-alone law for mental health:	Yes
(Year of policy / plan):	2013	(Year of policy / plan):	2006
Implementation status:	Available and partially implemented	Implementation status:	Available and partially implemented
Policy / plan is in line with human rights covenants (self-rated 5-point checklist score; 5 = fully in line)	5	Law is in line with human rights covenants (self-rated 5-point checklist score; 5 = fully in line)	4
Involvement of service users and families (as reported by MoH focal point)			
a. INFORMATION gathered / disseminated by MoH	Fully implemented	d. PARTICIPATION in MoH planning, policy, service development and evaluation	Partially implemented
b. POLICY on participation developed / published by MoH	Partially implemented	e. RESOURCES available for participation and reimbursement	Partially implemented
c. EARLY INVOLVEMENT in mental health policy and law	Partially implemented		

RESOURCES FOR MENTAL HEALTH

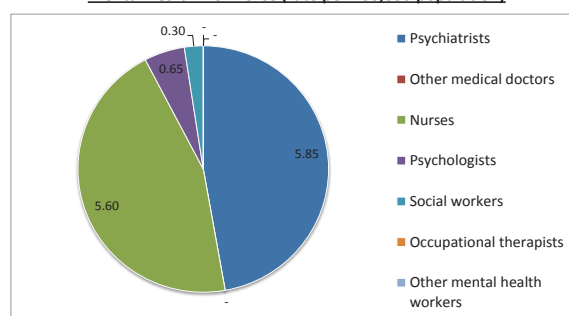
Mental health financing

Main source of funds for care of severe mental disorders	Government
Inpatient / outpatient budget breakdown reported	Yes
If yes, estimated mental health spending per capita (US\$)	\$2.67

Human resources for mental health

Total reported staff (mental health inpatient care)	293
Total reported staff (mental health outpatient care)	263
Total mental health workers per 100,000 population	12.4

Mental health workforce (rate per 100,000 population)



MENTAL HEALTH SERVICE AVAILABILITY AND UPTAKE

Outpatient care (total facilities)		Outpatient care (per 100,000 population)	
Mental health outpatient facility	18	Mental health outpatient visits	3,531
Mental health day treatment facility	3	Mental health day treatment sessions	Not reported
Inpatient care (total facilities)		Inpatient care (per 100,000 population)	
Mental hospitals	9	Mental hospital beds / annual admissions	32.3 / Not reported
Psychiatric units in general hospitals	3	General hospital psychiatric unit beds / annual admissions	2.3 / 49.6
Residential care facilities	0	Residential care beds / annual admissions	0.0 / 0.0
Mental hospitals		Mental hospitals (length of stay)	
Total number of inpatients	Not reported	Inpatients staying less than 1 year	Not reported
Admissions that are involuntary	Not reported	Inpatients staying 1-5 years	Not reported
Discharged inpatients followed up within one month	Not reported	Inpatients staying more than 5 years	Not reported
Treated prevalence (total cases)		Treated prevalence (per 100,000 population)	
Treated cases of severe mental disorder	Not reported	Treated cases of severe mental disorder	Not reported

MENTAL HEALTH PROMOTION AND PREVENTION

Existence of at least two functioning programmes	No (or not reported)	Existence of a suicide prevention strategy	No
Programme examples	Category of programme	Target group	Scope
Not reported	Not reported		
Not reported	Not reported		

^a UN World Population Prospects, 2013; <http://esa.un.org/unpd/wpp/>

^c WHO Global Health Estimates; http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

^b WHO Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database>

^d WHO, 2013: Preventing suicide; a global imperative; http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention

Note: Age-standardised suicide rates - computed using standard categories, definitions and methods - are reported to facilitate comparisons over time and between countries, and may not be the same as official national estimates.