

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა ზოგად პრაქტიკაში

მიზანი:

ზოგად პრაქტიკაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის ჩამოყალიბება სამედიცინო აუდიტის დანერგვის გზით

ამოცანები:

- აუდიტი და პრაქტიკის მენეჯმენტი-სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განსაზღვრა
- რა სარგებლობა მოაქვს აუდიტს ზოგადი პრაქტიკისათვის-სხვადასხვა ასპექტების მოკლე მიმოხილვა
- რა არის აუდიტი?
 - განსაზღვრება (დეფინიცია)
 - სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სამუშაო ჩარჩო
- ვინ ატარებს აუდიტს? აუდიტის ტიპების განხილვა
- აუდიტისათვის საკითხის შერჩევა-ძირითადი შეკითხვები
- აუდიტის დაგეგმარება- 10 სახელმძღვანელო წესის (გაიდლაინი) განხილვა
- კრიტერიუმებისა და სტანდარტების დასახვა
- მონაცემთა შეგროვება და აუდიტის მეთოდების გამოყენება
- შეგროვილი ინფორმაციის ანალიზი; მიღებული შედეგების შედარება დასახულ სტანდარტებთან
- საჭიროებების შეფასება და ცვლილებების მართვა

მოსალოდნელი შედეგები:

ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერმა უნდა იცოდეს:

- სამედიცინო მიმსახურების ხარისხის განმარტება, მისი ძირითადი ასპექტები, ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდოლოგია;
- აუდიტის განსაზღვრება, მისი ტიპები-აუდიტი, როგორც საგანმანათლებლო ინსტრუმენტი და აუდიტი, როგორც ჯანდაცვის მართვის ინსტრუმენტი;
- როგორ ხდება აუდიტისათვის საკითხის შერჩევა, მისი დაგეგმარება, მიზნებისა და ამოცანების დასმა, კრიტერიუმებისა და სტანდარტების დასახვა;
- ხარისხიანი ინფორმაციის შეგროვების, ინფორმაციის წყაროების გამოყენებისა და მონაცემთა ანალიზის მეთოდოლოგია;
- ძირითადი საკითხების გათვალისწინება შედეგების ინტერპრეტირების დროს;
- საქმით ცვლილებების იდენტიფიკაცია.

ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერი უნდა აცნობიერებდეს:

- აუდიტის მნიშვნელობას და თავის როლს საკუთარი და კოლეგების პროფესიონალური განვითარების საქმეში;
- პრაქტიკის განვითარებისა და სამედიცინო მიმსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების აუცილებლობას;
- თანამონაწილეობის მნიშვნელობას აუდიტის ჩატარებასა და ცვლილებების მოხდენის ხელშესაწყობად.

ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერს უნდა შეეძლოს:

- პროტოკოლებისა და ჩატარებული აუდიტების კრიტიკული შეფასება;
- თავისი საქმიანობით იმ ცვლილებების დანერგვას ხელშეწყობა, რაც აუცილებელია საქმიანობის გაუმჯობესებისათვის;
- მენეჯმენტის ტექნიკისა და უნარ-ჩვევების გამოყენება;
- გაანათლოს და თავისი მოქმედებებით წაახალისოს პრაქტიკის გუნდი;
- პრაქტიკის გუნდთან შეხვედრებზე წინ წამოსწიოს ნებისმიერ საინტერესო თემაზე ლიტერატურისა და "ევიდენსების" მოძიების საკითხი.
- აუდიტის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება, სარწმუნო ღირებულების ნიმუშების შედგენა, მონაცემთა ხარისხის შეფასება და კლინიკური ინტერპრეტაცია;
- რეგულარულად მოახდინოს თავისი პროფესიონალური პრაქტიკის შეფასება;
- აუდიტის შედეგების სწორად გამოყენება და კონფიდენციალობის დაცვა.

ამოცანები	სასწავლო ღონისძიებები	საკითხისათვის განკუთვნილი დრო
<p>აუდიტი და პრაქტიკის მენეჯმენტი</p>	<p style="text-align: center;">პირველი დღე</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. სემინარის მიზნებისა და ამოცანების გაცნობა 2. ტვინის შტურმი <ul style="list-style-type: none"> ➤ რა არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხი 3. პრეზენტაცია საკითხზე: <ul style="list-style-type: none"> ➤ მენეჯმენტის ციკლი ➤ აუდიტის ციკლი ➤ აუდიტისა და პრაქტიკის მენეჯმენტის კომპლემენტარული ფუნქციები 	<p style="text-align: center;">5 წთ 10 წთ 10 წთ 10 წთ</p>
<p>რა სარგებლობა მოაქვს აუდიტს ზოგადი პრაქტიკისათვის</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ტვინის შტურმი აუდიტისადმი პოზიტიური მიდგომა ნეგატიური შეფასება • დისკუსია მცირე ჯგუფებში რა სარგებლობა მოაქვს აუდიტის დანერგვას <ul style="list-style-type: none"> ➤ დაწესებულებისათვის ➤ ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის ➤ პაციენტისათვის 	<p style="text-align: center;">15 წთ 30 წთ</p>
<p>რა არის აუდიტი? განსაზღვრება (დეფინიცია) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სამუშაო ჩარჩო</p>	<ul style="list-style-type: none"> • პრეზენტაცია თემაზე: რა არის აუდიტი? სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების სამუშაო ჩარჩო <ul style="list-style-type: none"> • შემთხვევების განხილვა*¹ <ol style="list-style-type: none"> 1. სტრუქტურის აუდიტი: შემთხვევა პირველი 2. პროცესის აუდიტი: შემთხვევა მეორე 3. გამოსავლების აუდიტი: შემთხვევა მესამე 4. ინტერმედიური გამოსავლის შეფასება: შემთხვევა მეოთხე 	<p style="text-align: center;">15 წთ 20 წთ 20 წთ 20 წთ 10 წთ</p>

¹ შემთხვევების შესწავლა-იხილეთ დანართი № 1

	შესვენება	
ვინ ატარებს აუდიტს? აუდიტის ტიპები	ტვინის შტურში აუდიტის დადებითი და უარყოფითი მხარეები ტიპების მიხედვით	20 წთ
აუდიტისათვის საკითხის შერჩევა-ძირითადი შეკითხვები	<ul style="list-style-type: none"> • პრეზენტაცია: აუდიტისათვის საკითხის შერჩევის ძირითადი საფუძვლები და შეკითხვები • მცირე ჯგუფებში მუშაობა აუდიტისათვის საკითხის შერჩევა ძირითადი შეკითხვების გათვალისწინებით 	20 წთ 30 წთ
აუდიტის დაგეგმარება- 10 სახელმძღვანელო წესი (გაიდლაინი)	<ul style="list-style-type: none"> • პრეზენტაცია: აუდიტის დაგეგმარება- 10 სახელმძღვანელო წესი (გაიდლაინი) 	10 წთ
კრიტიკურობისა და სტანდარტების დასახვა	<ul style="list-style-type: none"> • პრეზენტაცია: "კარგი პრაქტიკის" დასახსიათებლად კრიტიკურობისა და სტანდარტების დასახვა • პრაქტიკული მეცადინეობა, დისკუსია მცირე ჯგუფებში <ol style="list-style-type: none"> 1. სტრუქტურის აუდიტისათვის კრიტიკურობისა და სტანდარტების დასახვა 2. პროცესის აუდიტისათვის აუდიტისათვის კრიტიკურობისა და სტანდარტების დასახვა 3. გამოსავლების აუდიტისათვის კრიტიკურობისა და სტანდარტების დასახვა 	20 წთ 20 წთ 20 წთ
შეგროვილი ინფორმაციის ანალიზი; შედარება დასახული სტანდარტების მიხედვით	პრეზენტაცია: შეგროვილი ინფორმაციის ანალიზი მონაცემთა პრეზენტაცია ჩატარებული აუდიტების მიხედვით (ცხრილებისა და გრაფიკების შედგენა, სტატისტიკური ანალიზი და სსვ.)	20 წთ

<p>საჭიროებების შეფასება და ცვლილებების მართვა</p>	<p style="text-align: center;">მეორე დღე</p> <ul style="list-style-type: none"> ● პრეზენტაცია: საჭიროებების შეფასება და ცვლილებებისათვის რეკომენდაციების შემუშავება ● საოჯახო მედიცინის ცენტრში ჩატარებული აუდიტების განხილვა შემთხვევა ბირველი-ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტის განხილვა და ცვლილებების დანერგვის შედეგები შემთხვევა მეორე-შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტი ● პრაქტიკული მეცადინეობა აუდიტის ჩატარება ნიშანდებულ 2 მდგომარეობაზე ჯგუფური დავალების პრეზენტაცია 	<p style="text-align: center;">10 წთ</p> <p style="text-align: center;">30 წთ</p> <p style="text-align: center;">20 წთ</p> <p style="text-align: center;">75 წთ</p> <p style="text-align: center;">25 წთ</p>
<p style="text-align: center;">შეფასება* შეფასებისათვის განკუთვნილი დრო 35 წთ</p>	<p style="text-align: center;">პრეტესტი შეკითხვები (6)-მოკლე პასუხებით მრავალარჩევანიანი კითხვარი (2)</p> <p style="text-align: center;">პოსტ-ტესტი შეკითხვები (6)-მოკლე პასუხებით მრავალარჩევანიანი კითხვარი (2) აუდიტის კრიტიკული შეფასების შეკითხვა</p>	<p style="text-align: center;">15 წთ</p> <p style="text-align: center;">20 წთ</p>

2

² შეფასების დეტალური აღწერილობა- იხილეთ დანართი № 2

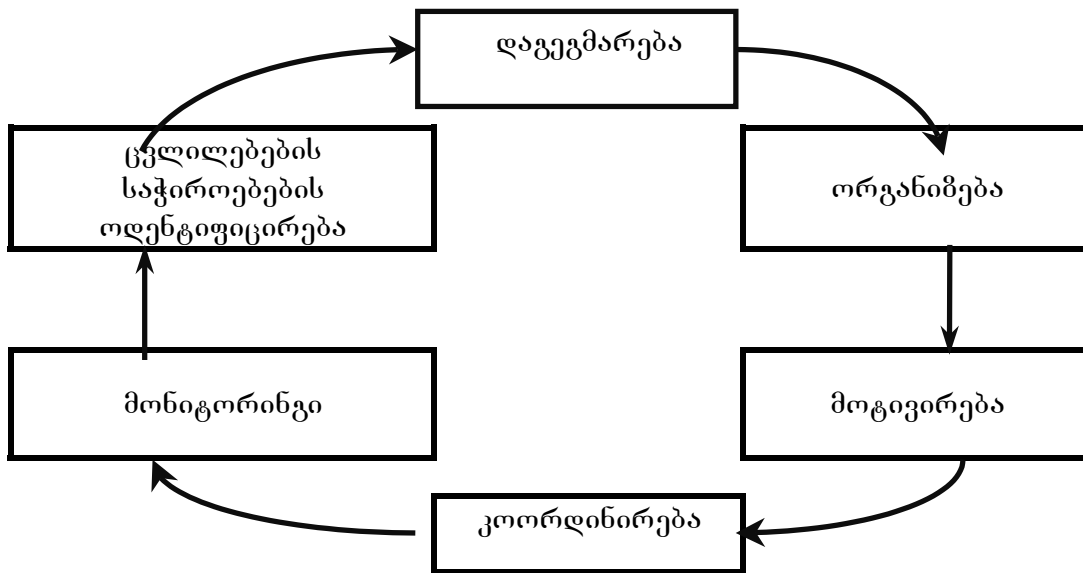
აუდიტი და პრაქტიკის მენეჯმენტი- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საფუძველი

სიტყვა მენეჯმენტი ადამიანებისათვის ასოცირდება კონტროლთან, ქაღალდებთან, ბიუროკრატიათთან, წესებთან, დისციპლინასთან, თუმცა ქაოსის ნაცვლად წესრიგის შემოტანასთანაც. მენეჯმენტი ხშირად ერევათ ადმინისტრირებაში.

უფრო გასაგები რომ გახდეს რა არის მენეჯმენტი და რა არის ადმინისტრირება, განვიხილოთ მენეჯმენტის ფუნქციები:

- "ხედვის " პროცესი ან პოლიტიკის ფორმულირება, საიდანაც ყალიბდება სტრატეგია და ინერგება გადაწყვეტილებები.
იგი პასუხობს შეკითხვას "რატომ არის პრაქტიკა ისეთი, როგორც არის დღეს?"
- სტრატეგიის შემუშავება-საჭიროა გრძელვადიანი გეგმების შესადგენად. იგი პოლიტიკას აკავშირებს იმ კონტექსტთან, რომელშიც პირველადი ჯანდაცვის გუნდი განსაზღვრავს მომავალს და საჭიროებებს.
იგი პასუხობს შეკითხვას "რას აპირებს გააკეთოს იმისათვის, რომ განახორციელოს პოლიტიკა?"
- ოპერაციული (ადმინისტრაციული) მენეჯმენტი კი წარმოართავს ზოგად პრაქტიკას, ნერგავს კარგად განსაზღვრულ სისტემებს ნათელ გაიდლაინებზე დაყრდნობით. თავდაპირველად ეს არის რესურსების ალოკაცია, პრიორიტეტების შეფასება, ახალი უნარ-ჩვევებისა და სხვადასხვა გზების ძიება სწორად საქმის კეთებისათვის და ახალი რესურსების იდენტიფიცირება, საჭიროების შემთხვევაში.
იგი პასუხობს შეკითხვას "როგორ დანერგოს სტრატეგია?"

მენეჯმენტის შემადგენელი მოქმედებებია:



სწორედ, მონიტორინგისათვის არის საჭირო აუდიტი.

ორგანიზაციის განვითარების ბიზნეს-გეგმისა თუ პროფესიული განვითარების გეგმების შედგენა მნიშვნელოვანი მექანიზმია ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების, შემოსავლების ზრდისა და საერთოდ მომავლის მიმართულების განსაზღვრისათვის. ამის საფუძველს კი ქმნის აუდიტი დანერგვა და პრაქტიკის ეფექტური მენეჯმენტი.

აუდიტი და მენეჯმენტი-კომპლემენტარული, ერთმანეთზე ზედღებული ფუნქციებია და ერთად ორივე ქმნის ხარისხის გარანტიის საფუძველს.

სამი ფუნდამენტალური მიმართულება, რომელიც პირდაპირ აკავშირებს აუდიტს პრაქტიკის მართვასთან არის:

1. ამოცანების დასმა და სტანდარტების დასახვა-წარმოადგენს როგორც მართვის, ასევე აუდიტის ციკლის საწყის წერტილს;
2. საქმიანობის შეფასება და მონიტორინგი;
3. ცვლილებების მართვა-აუდიტი მიუთითებს ცვლილებების საჭიროებებზე, ხოლო მენეჯმენტი არის პროცესი, რომლითაც ცვლილებები მოხდება.

რა სარგებლობა მოაქვს აუდიტს ზოგადი პრაქტიკისათვის

აუდიტისადმი პოზიტიური მიდგომა, როცა მისი გამოყენება აღიქმება "კარგ საქმედ"—იგი საგანმანათლებლო ინსტრუმენტია, ნათლად განსაზღვრავს სად ესაჭიროება პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრებს ახალი ცოდნის შექმნა, უნარ-ჩვევების შეცვლა, რა გააუმჯობესებს მათ პრაქტიკას.

აუდიტი, როგორც ჯანდაცვის მართვის ინსტრუმენტი (ნეგატიური მიდგომა), ამოწმებს რა სამუშაოები შესრულდა, როგორია შესრულების ხარისხი, სად უნდა შემცირდეს ხარჯები. შიდა მომხმარებელი ამას აღიქვამს როგორც საფრთხეს, რომელმაც შედეგად, შესაძლოა, მათთვის მიუღებელი და არამოსაწონი ცვლილებები მოიტანოს.

რა სარგებლობა მოაქვს აუდიტის დანერგვას ზოგადი პრაქტიკისათვის:

- ამცირებს ფრუსტრაციას
- მოაქვს საჭირო ცვლილებები
- აუმჯობესებს ეფექტიანობას
- აუმჯობესებს ეფექტურობას
- დემონსტრირებას უკეთებს კარგ მომსახურებას
- პასუხობს პაციენტის საჭიროებებსა და მოლოდინს
- იწვევს საგანმანათლებლო პროცესის სტიმულირებას
- ამკვიდრებს უფრო მაღალ სტანდარტებს
- ხელს უწყობს ფინანსური რესურსების მოზიდვას
- ამცირებს სამედიცინო (ორგანიზაციული და კლინიკური) შეცდომების რისკს

რა არის აუდიტი?

ამ ცნების განმარტება არცთუ ისე მარტივია.

სამედიცინო აუდიტი-ეს არის მეთოდი (ინსტრუმენტი), რომელსაც იყენებენ ჯანმრთელობის პროფესიონალები იმისათვის, რომ სისტემატურად შეაფასონ, განავითარონ და გააუმჯობესონ პაციენტისათვის მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება, რათა გაუმჯობესდეს მათი ჯანმრთელობა და სიცოცხლის ხარისხი.

აუდიტის ნაცვლად ხშირად იხმარება: "შესრულების (საქმიანობის) მიმოხილვა"-performance review; "წყვილებში მიმოხილვა"-peer review და სხვ.

გავრცელებული განმარტების თანახმად "სამედიცინო აუდიტი-ეს არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისტემატური კრიტიკული ანალიზი".

"სამედიცინო მომსახურების ხარისხი-ეს არის საქმიანობის ის დონე, რომელზეც ინდივიდებისა და მოსახლეობისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება შესაბამისობაშია თანამედროვე პროფესიულ ცოდნასთან და მაღალი ალბათობით განაპირობებს ჯანმრთელობის მდგომარეობის სასურველ მანასიათებლებს" (US Institute of Medicine)

"ჯანმრთელობის მდგომარეობის მანასიათებელი"-ეს არის სიდიდე, რომლის დაბალია რაოდენობრივად განსაზღვროს პაციენტის ან მოსახლეობის რომელიმე ჯგუფის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გარკვეული ინდიკატორების მეშვეობით.

ხარისხიან მომსახურებას ხშირად უფრო მარტივადაც განსაზღვრავენ: "სწორი საქმეების სწორად კეთება"

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ძნელად აღსაქმელი, და ამავე დროს სუბიექტური მოვლენაცაა, და მომხმარებელი, მიმწოდებელი თუ მსვლიელი გადაამხდელი ხარისხის სხვადასხვა ასპექტს ანიჭებს მნიშვნელობას. მაგალითად, მომხმარებლისათვის (პაციენტი) ყველაზე დიდი მნიშვნელობა იქნება აქვს, რამდენად თავაზიანია მის მიმართ პერსონალი, მენეჯერს დაწესებულების ორგანიზებულობის ხარისხი მიაჩნია უფრო მნიშვნელოვანად; ექიმები ყურადღებას აქცევენ რამდენად თანამედროვეა დაწესებულების აღჭურვილობა და რამდენად დახელოვნებული არიან ამ აღჭურვილობის გამოყენებაში; გადაამხდელები ხარისხზე მსჯელობისას პირველ რიგში ხარჯების ეფექტურობას და პაციენტების კმაყოფილების დონეს აქცევენ ყურადღებას.

ცნებები "სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა" და "სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი" განსხვავდება ერთმანეთისაგან; "სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლი" შესაძლებელია განისაზღვროს, როგორც მეთოდოლოგია ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის მიზნების მისაღწევად. მაგალითად, აუდიტის ან რესურთიფიკაციის მეთოდები გამოიყენება მომსახურების ხარისხის მისაღებ დონემდე მისაყვანად.

რას ნიშნავს კარგი პირველადი ჯანდაცვა? როგორია პროფესიული ღირებულებანი და კლინიკური კომპეტენცია, რომლის დამკვიდრებასაც ვცდილობთ.

ჩვენთვის ცნობილია, რომ პირველადი ჯანდაცვა უზრუნველყოფს იოლად ხელმისაწვდომ, უწყვეტ და ეფექტურ სამედიცინო სამსახურს. მუშაობს მედიცინის სხვა დისციპლინებთან და მეორად ჯანდაცვასთან თანამშრომლობით. მისი მუშაობა ყველაზე საიმედო მტკიცებებს უნდა ემყარებოდეს და მისი მართვა უნდა განხორციელდეს მართებული გზებით.

რას ნიშნავს მართებული? როგორ შევაფასოთ: არის თუ არა ის რასაც ჩვენ ვაკეთებთ, სწორი?

ჩვენს პრაქტიკულ საქმიანობაში აუდიტის სისტემა დანერგილი არ ყოფილა. ეს საკითხი სრულიად ახალია და ამდენად განსაკუთრებით საინტერესოა ჩვენთვის.

აუდიტის ისტორია ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და გაერთიანებული სამეფოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში რამოდენიმე ათეულ წელს ითვლის. ჯანმრთელობის დაცვის კრიტიკული შეფასება ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1950 წელს დაიწყო. გაერთიანებულ სამეფოში სტანდარტების დასახვისა და ზოგად პრაქტიკაში შესრულების კონტროლის საკითხები შემოთავაზებული იქნა ოჯახის ექიმთა სამეფო კოლეჯის მიერ ე. წ. ხარისხის ინიციატივებში 1980 წელს. მიზანი ზოგადი პრაქტიკის ქსელში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება გახლდათ. ინიციატივები ბევრ პრაქტიკას სთავაზობდა აუდიტის ჩატარებას, მაგრამ მათი რიცხვი ამ დროისათვის საკმაოდ მცირე იყო. 1990 წელის ნაციონალური ჯანდაცვის რეფორმა მიზნად ისახავდა აუდიტის სისტემის დანერგვას ყველა პრაქტიკაში. აღნიშნულის გამო ჩამოყალიბდა სამედიცინო აუდიტის მრჩეველი ჯგუფი, რომელსაც თვალყური უნდა ედევნებინა აუდიტის ჩატარებისათვის. ამან პროფესიონალთა შორის დიდი უკმაყოფილება გამოიწვია, ვინაიდან ეს ნიშნავდა გარეშე ორგანოს მიერ ექიმთა შესრულების ხარისხზე კონტროლის დაწესებას. მაგრამ ეს უკმაყოფილება უსაფუძვლო აღმოჩნდა, ვინაიდან თანდათან ნათელი გახდა აუდიტის, როგორც საგანმანათლებლო პროცესის დამკვიდრება და გამოიკვეთა მისი როლი პროფესიული განვითარების საქმეში. ამას ემყარებოდა სამედიცინო აუდიტის მრჩეველი

ჯგუფის მუშაობა, რომელიც მკაცრად იცავდა კონფიდენციალობას იმ ინფორმაციის მიმართ, რომელსაც იღებდა ამა თუ იმ პრაქტიკაში.

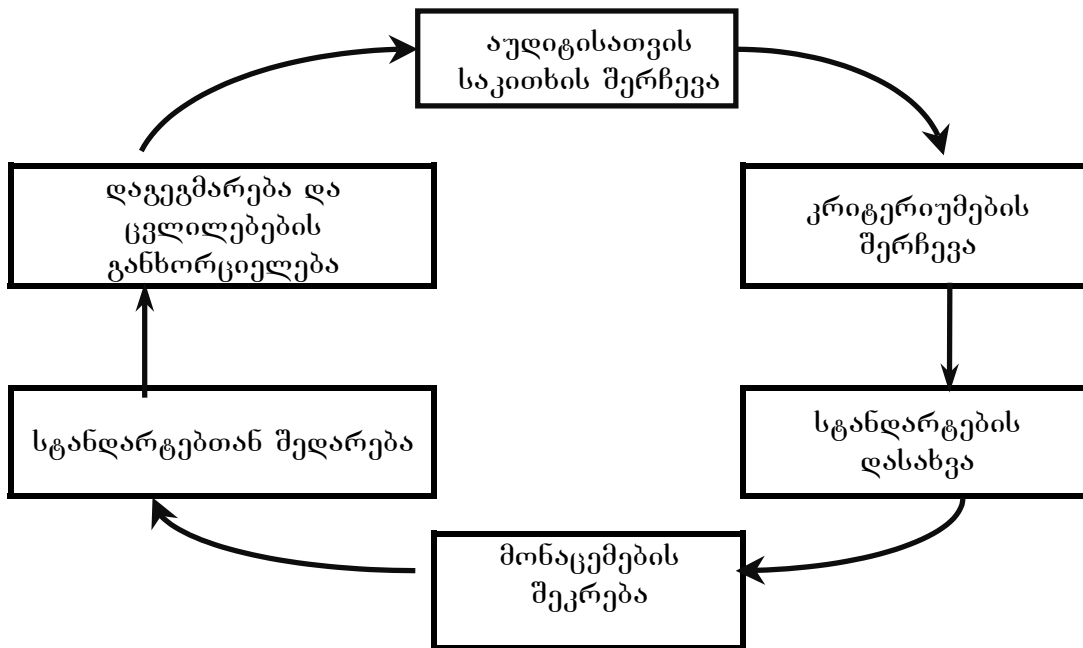
ნაკლოვანი მხარეების და საკუთარი შეცდომების გამოაშკარავება მაინც და მაინც სასიამოვნო არ არის. ადამიანთა ცნობიერებაში შეცდომა ყოვეთვის დანაშაულთან და საყვედურთანაა დაკავშირებული და ამდენად თუ აუდიტს წარმოვიდგენთ, როგორც რაღაც მაკონტროლებელ და დამსჯელ მექანიზმს, ცხადია არაფითარი სურვილი მისი ჩატარებისა არ გვექნება. აუდიტის ჩატარების მიზეზების კარგი ანალიზი, მისი შედეგების განხილვა ნათლად წარმოაჩენს აუდიტის საგანმანათლებლო მნიშვნელობას და სხვა დადებით მხარეებს, რომელიც აუცილებელია პრაქტიკის წარმატებული საქმიანობის უზრუნველსაყოფად. აუდიტი საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ არის თუ არა განსხვავება იმას შორის თუ რას ვაკეთებთ? ან/და რას უნდა ვაკეთებდეთ? საჭიროა დადგინდეს რამ გამოიწვია ეს განსხვავება და როგორ აღმოვფხვრათ იგი. ცვლილებას უნდა ანხორციელებდეს გუნდი, პრაქტიკის შტატის სრული შემადგენლობით.

1980 წლებში ზოგადი პრაქტიკოსების სამეფო კოლეჯში ოფიციალურად ჩამოყალიბდა ხარისხის ინიციატივების ჯგუფი; ინგლისში ოფიციალურად 1990 წელს შეიქმნა სამედიცინო აუდიტის მრჩეველთა ჯგუფი-Medical audit advisory groups-MAAG

როგორ ჩავატაროთ აუდიტი?

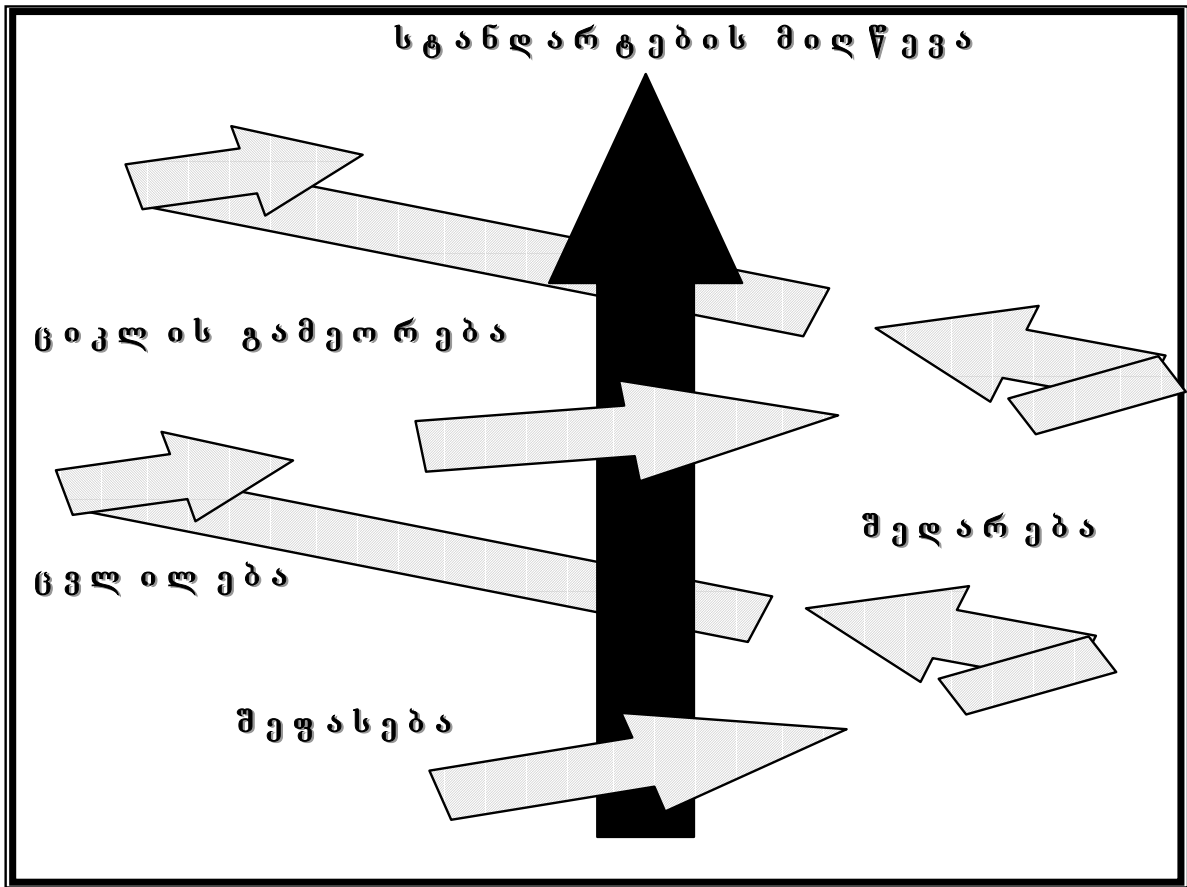
აუდიტის მიმდინარეობის სქემატური ასახვა შესაძლოა შემდეგი სახით

აუდიტის ციკლი



აუდიტის ციკლი ვერ ახდენს აუდიტის პროცესის უწყვეტობის ილუსტრაციას. მის დემონსტრირება უკეთ შეიძლება აუდიტის “სპირალის” საშუალებით.

ა უ დ ი გ ის ” ს პ ი რ ა ლ ი ”



ხარისხის განვითარების მოძრაობა სამედიცინო მომსახურების მსხვილმა დამკვეთებმა და სახელმწიფო ორგანოებმა წამოიწყეს და ამ საქმეში თანდათან დაწესებულებები და მომხმარებლებიც ჩართიყვნენ. შეიძლება ითქვას, რომ ადრეულ ეტაპზე ხარისხის შესახებ წარმოდგენები გარკვეულად ხარჯების მართვის ელფერს ატარებდა, მაგრამ დღეისათვის ნათელია, რომ ხარისხის მართვა არ ამცირებს დანახარჯებს, რადგან ის თვითონ საკმაოდ ძვირი ჯდება. თუმცა, მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, განსაკუთრებით იქ, სადაც არ არის დაწესებულებების/პრაქტიკოსების ნაკლებობა, იძენს აზრს, რათა კლიენტები მიიზიდონ და გააფორმონ ხელშეკრულებები მსხვილ დამკვეთებთან.

ძირითადი შეკითხვები

- არის თუ არა ის, რასაც ჩვენ ვაკეთებთ, სწორი?
- რას ვაკეთებთ არასწორად?
- შეგვიძლია თუ არა უკეთ ვაკეთოთ?
- რას ნიშნავს ხარისხი პაციენტისათვის?

მრეწველობაში ხარისხის კონტროლის უამრავი მეთოდი არსებობს. აქ ბევრად უფრო იოლია გამოსავლის შეფასება, ვიდრე მედიცინაში, ვინაიდან ამ შემთხვევაში წარმატებას თითქმის სრულად ასახავს ფინანსური მოგება. საჭიროა ამ მეთოდების ადაპტირება სამედიცინო სფეროს თავისებურებათა გათვალისწინებით. მაგრამ ნებისმიერ შემთხვევაში, რა სახის მომსახურებაზეც არ უნდა იყოს საუბარი, პროცესის შეფასებისას შესწავლას

საჭიროებს მისი ყოველი ეტაპი, შესწავლაში მონაწილეობს ყველა ვინც ჩართულია ამ პროცესში, თითოეულ ეტაპზე ხდება გამოვლენილი ნაკლის დამუშავება და გაუმჯობესება, ვინაიდან: ყოველი ნაკლი ღირებულია. პროცესი მეორდება უწყვეტად და ამ პროცესში თითოეულ პროფესიონალს აქვს ორი დავალება პირველი-გააკეთოს საქმე და მეორე-იფიქროს, როგორ შეიძლება ამ საქმის შესრულება უკეთესად.

პირველადი ჯანდაცვისათვის ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მეთოდის შერჩევა და პრაქტიკაში მისი დანერგვა, ისევე, როგორც ყველა სიანდლე, კარგ ორგანიზებასა და ცვლილებების ეფექტურად მართვას მოითხოვს. ძირითადი საკითხი სამედიცინო მომსახურების ხარისხია. ვინ უნდა უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვაში მისი გაუმჯობესების სტრატეგიის განხორციელება და როგორ?

პირველადი ჯანდაცვის განვითარების გზაზე ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სისტემის დანერგვა რიგ პრობლემურ საკითხებს წარმოშობს, რომელთა გადაჭრა საშუალებას მოგვცემს შევიშალოთ ჩვენთვის მაქსიმალურად მისაღები სტრატეგია. მნიშვნელოვანია განვსაზღვროთ შემდეგი:

- *საჭიროა თუ არა გვყავდეს სპეციალური გუნდი პირველადი ჯანდაცვაში, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების სტრატეგიის შესრულებაზე?*
- *ვინ უნდა იყოს გუნდის ლიდერი? ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, ექთანია, თუ გუნდის სხვა რომელიმე წევრი?*
- *საჭიროა თუ არა შევავსოთ პაციენტის საჭიროებები, ვიდრე რაიმე ცვლილების განხორციელებას დავიწყებდეთ?*
- *საჭიროა თუ არა საქმიანობის შეფასება ცვლილებამდე და ცვლილების შემდეგ რათა განვსაზღვროთ პრობლემა ან გამოვავლინოთ გაუმჯობესება?*
- *რამდენად ნოვატორულია ჩვენი საქმიანობა? გვაქვს თუ არა მოსაზრებები იმის თაობაზე თუ როგორ მივაღწიოთ უკეთესს?*
- *რა გვირჩევნია-ვიყოთ კარგი თუ განვსაზღვროთ, როგორ ვიყოთ უკეთესი?*

ამ საკითხების ანალიზი საშუალებას მოგვცემს შევქმნათ ხარისხის გაუმჯობესების მოდელი ჩვენი პირველადი ჯანდაცვის სისტემისათვის.

აუდიტს ესაჭიროება სამუშაო ჩარჩო, რომელშიც უნდა ხდებოდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აღწერა, გაზომვა, შედარება, შეფასება.

სამუშაო ჩარჩო შედგება სამი ურთიერთდაკავშირებული ნაწილებისაგან:

სტრუქტურა → პროცესი → გამოსავალი

სტრუქტურა-ფიზიკალური ატრიბუტიკა, როგორიცაა შენობა, აღჭურვილობა, ბჯგ-ის წევრების რაოდენობა და კვალიფიკაცია, დოკუმენტაცია-ჩანაწერები.

მოკლედ, კომფორტული გარემო, სწორი აღჭურვილობა, შესაფერისი ადამიანები, ჩანაწერებისა და ორგანიზაციული სისტემების დიზაინი-ჩამოყალიბება და ა.შ.

პროცესი-აღწერს პერსონალის პროფესიონალურ პრაქტიკას, რაც წარმოადგენს მოქმედებებსა და გადაწყვეტილებების ერთობლიობას, ასახავს დამოკიდებულებას, ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს, მიმართულია პაციენტის სასარგებლოდ. დროთა განმავლობაში პრაქტიკის მოქმედებებში ცვლილება მაგ., გასინჯვის, რჩევა-დარიგების, წამლის დანიშვნის, რეფერალის, გამოკვლევების გამოყენების, გადაწყვეტილების მიღების ნიმუშები. აუდიტი იკვლევს სწორედ ამ ნიმუშებს ჯანდაცვის მნიშვნელოვან ასპექტებზე.

გამოსავალი-ეს არის ჯანმრთელობის განსაზღვრული ინდიკატორები. ისინი აღწერენ ეფექტურობას, აფასებენ სარგებელს პაციენტისათვის-სოციალური ფუნქციონირების,

ფსიქოლოგიური ფუნქციონირების, ფიზიკური ფუნქციონირების, პაციენტის კმაყოფილების თვალსაზრისით.

გამოსავლების გაზომვა

- დაავადებათა პრევენცია ან დაავადების მიმდინარეობის კონტროლი
- პაციენტის ფუნქციონირების (ოჯახში, სამუშაოზე, სოციალურ სფეროში) ღონის შენარჩუნება და/ან გაუმჯობესება
- პაციენტის სიმპტომების, წუხილის, შეფთავის შემსუბუქება და იატროგენული სიმპტომების თავიდან აცილება
- ახალგაზრდა ასაკში სიკვდილის პრევენცია
- პაციენტისა და მისი ოჯახისათვის დაავადებით გამოწვეული ხარჯების მინიმიზაცია
- პაციენტის კმაყოფილება სამედიცინო მომსახურებით
- პაციენტისათვის ინტერპერსონალური პრობლემების ვარკვევა და შემსუბუქება
- პაციენტის ინტეგრირების დაცვა ეთიკური თვალსაზრისით

ყოველთვის არ არის კაუზალური დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურების პროცესსა და ეფექტს (გამოსავალს) შორის.

ტერმინი "შუალედური (ინტერმედიური) გამოსავალი ინმარება ნამდვილ პროცესსა და განსაზღვრულ გამოსავლებს შორის მიღწეულ ეფექტზე. მისი გაზომვა საშუალებას გვაძლევს წინასწარ განისაზღვროს მოსალოდნელი, განსაზღვრული გამოსავალი.

ვინ ატარებს აუდიტს? აუდიტის ტიპები

სამედიცინო აუდიტი შეიძლება ჩატარდეს:

1. **თვით-აუდიტ**-შეიძლება ჩატარდეს ინდივიდების (ექიმი, ექთანნი და სხვ.) ან პრაქტიკის გუნდის მიერ, რომლებიც იკვლევენ თავიანთი საქმიანობის ხარისხს, იმისათვის რომ ჩამოაყალიბონ საუკეთესო სამსახური.

ფუნდამენტალური შეკითხვები: რას ვაკეთებ, როგორ ვაკეთებ, როგორ შეეცვალაო, რატომ შეეცვალაო და სხვ.

ესაჭიროება ენთუზიაზმი, დრო, ფული, ჩვევები. დადებითი და უარყოფითი ერთდროულად არის ის, რომ აუდიტი პრაქტიკის საკუთრებაა. დადებითი მხარე- გვეძლევა საშუალება განვსაზღვროთ, რა კეთდება არასწორად.

2. **წყვილთა აუდიტ**-Peer Audit ატარებს კოლეგა.

შეკითხვები: რას ვაკეთებ კოლეგისაგან განსხვავებულს, რომელი აკეთებს უკეთ, რატომ? როგორ? მისი მნიშვნელობა ძირითადად საგანმანათლებლოა

საუკეთესო საშუალებაა დისციპლინის შესაძლებლობებისა და შეზღუდვების გაგებისა, ხოლო უარყოფითი ის არის, რომ კოლეგის საქმიანობაში იგივე შეცდომების აღმოჩენისას, აუდიტი კარგავს ძალას და ნაკლოვანებები არ სწორდება.

3. **ექსტერნალური (გარე) აუდიტი**

შეკითხვები: რაც კეთდება საუკეთესოა თუ არა?

აწესებს მინიმალურ, მისაღებ სტანდარტს, ეფექტიანია, როცა მოტივაცია ახლავს ან სანქციები მოყვება. დადებითი მხარე-ბაზისური სტანდარტის მიღწევის და ზრდის შესაძლებლობა; უარყოფითი-ზოგ შემთხვევაში, მხოლოდ მინიმალური, მისაღები სტანდარტებით კმაყოფილდებიან

აუდიტისათვის საკითხის შერჩევა-ძირითადი შეკითხვები

- რა საკითხზე უნდა ჩატარდეს აუდიტი
- როგორ უნდა ჩატარდეს
- როგორ გამოვიყენებთ შედეგებს პრაქტიკაში

წარმატებული კვლევა და აუდიტი კარგი და კარგად განსაზღვრული შეკითხვით იწყება. კარგი შეკითხვა უნდა იყოს საინტერესო, მნიშვნელოვანი და შესაფერისი თქვენი პრაქტიკისათვის და თქვენ უნდა გსურდეთ მისი გადაჭრა. ამასთან გათვალისწინებული უნდა იქნას შემდეგი: იქნება თუ არა სასარგებლო პაციენტისათვის? იქნება თუ არა სასარგებლო პრაქტიკისათვის? არის თუ არა მნიშვნელოვანი პროფესიული განვითარებისათვის? ანაზღაურებს თუ არა იმ ძალისხმევას, თანხას და დროს, რაც მის ჩასატარებლად დაინარჯა? საკითხის მნიშვნელობა და მის მიმართ გუნდის ინტერესი არის თუ არა საკმარისი იმისათვის, რომ შევინარჩუნოთ ენთუზიაზმი და საქმის დაბოლოების სურვილი?

საკითხის შერჩევისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას შემდეგი ასპექტები:

- პაციენტისათვის სასარგებლო*
- პრაქტიკისათვის სასარგებლო*
- მნიშვნელოვანი პრაქტიკის განვითარებისათვის*
- მნიშვნელოვანი ჰჯდ გუნდის წევრების პროფესიული განვითარების თვალსაზრისით*
- მნიშვნელოვანი სამედიცინო მომსახურების პროცესისა და გამოსავლებისათვის*
- გაუმჯობესების პოტენციალის მქონე*
- ინტერესების შეთანხმების შესაძლებლობა და გუნდის წევრების ჩართვა, ენთუზიაზმის შენარჩუნება*
- დახარჯული დროის, თანხისა და ძალისხმევის უკუგების (ანაზღაურების) შესაძლებლობა*

შეკითხვები პრიორიტეტების შერჩევისას:

- *არის პრობლემა გაგრძელებული?*
- *აფერხებს პაციენტის მომსახურებას?*
- *აქვს სერიოზული შედეგები დაავადებიათობის ან სიკვდილიანობის თვალსაზრისით?*
- *გადაჭრის აუდიტი ამ პრობლემას?*
- *ხომ არ არის ეს მართვის პრობლემა?*
- *პრობლემის გადაჭრა უფრო მეტ თანხას დაწოგავს თუ მისი იგნორირება?*
- *აქვს გუნდის წევრებს აუდიტის დასანერგად საჭირო უნარ-ჩვევები?*
- *არის გუნდი მოტივირებული, რომ პრობლემა გადაიჭრას?*

აუდიტის დაგეგმარება- 10 სახელმძღვანელო წესი (გაიდლაინი)

1. *განისაზღვროს პრობლემის ბუნება*
2. *ნათელი, წერილობითი ამოცანების დასმა-უნდა იყოს არაამბიციური, შესრულებადი, რეალური (smart)*

3. შესაფერისი მეთოდის შერჩევა-როცა ამოცანა ნათელია და სწორადაა დასმული, მეთოდიც ადვილად შეირჩევა
4. გადაწყვეტილებების შერჩევა-გამოიყენება ინფორმაციის რეტროსპექტული ან პროსპექტულად მონაცემთა შეგროვების საფუძველზე
5. ანალიზი-გამოიყენება ცხრილებისა და გრაფიკების შედგენის, მონაცემთა დაჯგუფების, და სხვ. მეთოდები
6. უნდა განისაზღვროს ვინ უნდა იყოს ჩართული-შედეგებზე პასუხისმგებლობის გაზიარების მიზნით
7. უნდა დაგიწყოთ მცირედით, ყურადღება უნდა გამახვილდეს ძირითად ასპექტებზე
8. დროის შეკალა უნდა იყოს ხანმოკლე
9. ნაბიჯ-ნაბიჯ მივალწით მიზანს
10. ცვლილებების მართვა-მივუთითოთ, რა სახის ცვლილებების მოხდენა შეიძლება რეალურად

ცვლილებების მოხდენის შესაფასებლად უნდა დაიგეგმოს განმეორებითი აუდიტი (მიმოხილვა, რევიზია)

კრიტიკრიუმებისა და სტანდარტების დასახვა

აუდიტის ყველაზე რთული ნაწილი უზშირესად არის კრიტიკრიუმებისა და სტანდარტების დასახვა.

კრიტიკრიუმი- არის მტკიცებების წერილობითი ფორმა, რომელიც აღწერს რაც ხდება, ანუ აღწერს სამედიცინო მომსახურების ნარისს, რომელიც არის განსაზღვრული, ზომიერი და რომელიც გამოიყენება შესაფასებლად.

სტანდარტი ახასიათებს მომსახურების იმ დონეს, რომელიც უნდა მიღწეულ იქნას ნებისმიერი კონკრეტული კრიტიკრიუმისათვის.

აგრეგირებული კრიტიკრიუმები და სტანდარტები გამოიყენება "კარგი პრაქტიკის" დასახასიათებლად. ისინი შეიძლება ჩამოყალიბდეს გაიდ-ლაინებისა და პროტოკოლების სახით -ალგორითმების სახით, სადაც თითოეული ტოტი მიუთითებს გადაწყვეტილების მიღების ვარიანტებსა და პროცესს თითოეული ეტაპისათვის.

სტრუქტურის კრიტიკრიუმები და სტანდარტები განსაზღვრავენ მომსახურების გარემოს ასპექტებს; პროცესის კრიტიკრიუმები და სტანდარტები-მომსახურებას, რაც ჩაუტარდა პაციენტს; ხოლო გამოსავლის კრიტიკრიუმები და სტანდარტები აღწერენ თუ რა ეფექტი მოახდინა სამედიცინო მომსახურებამ პაციენტზე.

სტანდარტი შეიძლება იყოს მინიმალური-აღწერს აუცილებელს, უდაბლეს, მისაღებ დონეს; იდეალური-რომელიც მიიღწევა იდეალურ მდგომარეობაში, როცა ყველა სახის რესურსი შეუზღუდავია და ოპტიმალური-პირველ ორს შორის, ნორმალურ პირობებში მიიღწევა დონე. შიდა სტანდარტი განსაზღვრავს დაწესებულების შიგნით მისაღებ დონეს, გარე სტანდარტი ასახავს დაწესებულების გარეთ არსებულ დონეს.

კრიტიკრიუმები და სტანდარტები-უნდა იყოს რეალური, ფოკუსირებული აუდიტის ამოცანებზე.

მონაცემთა შეგროვება და აუდიტის მეთოდები

მონაცემთა წყაროები:

- პრაქტიკის რუტინული მონაცემები-გამოიყენება რეგულარული მონიტორინგისათვის
- გარედან მიღებული ინფორმაცია-ნაციონალური, რეგიონული, რაიონული და სხვ. მონაცემები
- სამედიცინო დოკუმენტებში ჩანაწერები-სამუშაო დიაგნოზი, დიაგნოზის მტკიცებები, მართვითი გადაწყვეტილებები, მართვითი გადაწყვეტილებების მიზეზები და სხვ.
- პრაქტიკის საქმიანობის ანალიზი-როც უზშირესად ფასდება, მასზედ იწერება ანგარიშები (რაპორტები)

- განსაზღვრული, სპეციფიური ჩანაწერებ-პროსპექტიული აუდიტისათვის
- გამოკითხვა-გარკვეულ სამიზნე ჯგუფებში, ტესტირების შემდეგ მარტივი კითხვარების გამოყენებით
- ინტერვიუ-წინასწარ შემუშავებული სტრუქტურირებული შეკითხვებით, შედეგების ანალიზი რთულია და ხარჯიანი
- პირდაპირი მეთვალყურეობა-დასწრებით ან ვიდეო-კონსულტაციებით, არის ურთულესი მეთოდი, საქირობს განსაკუთრებულ ჩვევებსა და მომზადებას.

მეთოდები

- საქმიანობაზე რუტინული მონიტორინგი
- პრაქტიკის მუშაობის ანალიზი
- გამოკითხვა და ინტერვიუები
- პირდაპირი მეთვალყურეობა
- კონფიდენციალური გამოძიება-არსებობს მარტივი კრიტიკული ინციდენტი-შემთხვევა გამოიყენება და განიხილება სასწავლო მიზნით, რათა მომავალი შეცდომებისაგან დავიზღვიოთ თავი; აგრეგირებული კრიტიკული შემთხვევების ანალიზი უზშირესად ხდება დაწესებულების გარედან
- ნიშანდებული მდგომარეობების "Tracer"-ის გამოყენება

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ეფექტურობის შეფასებისათვის „ნიშანდებული მდგომარეობის“ გამოყენების იდეა 1973 წელს კენერმა წამოაყენა (აშშ). ასეთ მდგომარეობების იდენტიფიკაციისათვის შემუშავდა კრიტერიუმები (კენერის კრიტერიუმები), რომლებიც ქვემოთ არის წარმოდგენილი:

1. ნიშანდებულ დაავადებას გარკვეული ფუნქციური შედეგები უნდა ჰქონდეს;
 2. იგი კარგად შესწავლილი და იოლად სადიაგნოსტიკო უნდა იყოს;
 3. დაავადება იმდენად გავრცელებული უნდა იყოს, რომ ადეკვატური მონაცემების შეგროვების საშუალებას იძლეოდეს;
 4. დაავადების მიმდინარეობის ხასიათი და მისი გამოსავალი, იმისდა მიხედვით უნდა იცვლებოდეს, თუ რა სახისა და რამდენად ხარისხიანი სამედიცინო სამსახური გამოიყენეს მისი მართვის პროცესში;
 5. კარგად უნდა იყოს განისაზღვროს დაავადების სამედიცინო მართვის მეთოდები, სულ მცირე ერთ-ერთი რომელიმე პროცესის თვალსაზრისით მაინც: პრევენცია, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია;
 6. კარგად უნდა იყოს შესწავლილი დაავადებაზე არასამედიცინო ფაქტორების ზეგავლენა;
- პრაქტიკის სტუმრობა-ინსპექცია-გამოიყენება ჩანაწერები, ვიდეოკონსულტაციები, ინტერვიუ და სხვ.; ფასდება პროფესიული ღირებულებები, ხელმისაწვდომობა, კლინიკური კომპეტენცია, კომუნიკაცია და ა.შ.

შეგროვილი ინფორმაციის ანალიზი

ანალიზი უნდა ასახავდეს აუდიტის მიზნებს. განსაკუთრებული საშიშროებაა, როცა კომპიუტერული დამუშავების დროს შეიძლება მივიღოთ მრავალმხრივი ანალიზი, რომელმაც შეიძლება დაგვიკარგოს ძირითადი მიზანი, თუ რატომ ჩატარდა აუდიტი. ანალიზი ყოველთვის უნდა იყოს ფოკუსირებული და უნდა იქცეს ისეთ ინფორმაციად, რომელსაც პრაქტიკის გუნდი გაიგებს და შეეძლება ამოცანებთან დაკავშირება. ინფორმაციის შეგროვება ხდება რეტროსპექტულად ან პროსპექტულად. რეტროსპექტული ინფორმაცია არსებობს და გროვდება. მისი ნაკლია ის, რომ დამოკიდებულია ჩანაწერებზე, რომელიც შეიძლება რეალური სურათიდან განსხვავდებოდეს. პროსპექტულია ინფორმაცია, რომლის შეგროვებაც იგეგმება წინასწარ. იგი უფრო ზუსტ სურათს ასახავს, თუმცა უარყოფითი ისა აქვს, რომ აფხიზლებს კლინიციანებს და უცვლის ქცევას.

ინფორმაციის შეგროვებისას გამოიყენება ნიმუშების (Sampling) ტექნიკა, სტანდარტიზაციის მეთოდები-აუდიტორს უმცირებს სამუშაოს ისე რომ, შედეგებით სარგებლობის ხარისხი არ მცირდება (რანდომიზება, პროპორციული კვლევები და სხვ.) შედეგები თვალსაჩინოებისათვის, შეიძლება გამოისახოს გრაფიკულად, ახდენს მიღებული შედეგების სტანდარტებისაგან განსხვავების დემონსტრირებას. შედეგების სტანდარტებთან შედარება კი გვაძლევს დასკვნების გამოტანის საშუალებას. ინტერპრეტაცია უნდა იყოს ზუსტი და არა საფარაუდო, უნდა დებატებისათვის წამოიწიოს კონკრეტული საკითხები და სადაც შეიძლება, ჩამოყალიბდეს გაუმჯობესების გზები.

საჭიროებების შეფასება და ცვლილებების მართვა

აუდიტისათვის საკითხი შეირჩა, მონაცემები შეგროვდა, შედეგები წარმოდგენილია და ცვლილებებიც, სადაც საჭიროა, განსაზღვრულია. შემდეგ? ხშირად აუდიტი დასრულდება ამითი, შედეგები საინტერესო იყო, პროცესი საგანმანათლებლო, მაგრამ, თუ არ მოხდა აუდიტის ინტეგრაცია პრაქტიკის მართვაში, ღირებულებას დაკარგავს. ღირებულებას დაკარგავს პაციენტის მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საქმეში, არ იმოქმედებს მისი სიცოცხლის ხარისხზე და უმრავლეს შემთხვევაში, უარყოფითად იმოქმედებს დაწესებულების შემოსავლებზე.

უნდა გვახსოვდეს, რომ:

- აუცილებელია ეფექტური ცვლილებების მოხდენა აუდიტით განსაზღვრული შედეგების აღმოსაფხვრელად
- რეგულარული აუდიტინგი, მონიტორინგი პრაქტიკის მენეჯმენტის გეგმის ინტეგრალური ნაწილია
- ამოცანების დასმა, დაგეგმარება, საიმედო ინფორმაციის საჭიროება და გუნდური მუშაობა, საერთო პრაქტიკის მენეჯმენტისა და აუდიტისათვის

ამრიგად, ერთდროულად, აუდიტის გარეშე და სწორი მენეჯმენტის გარეშე, სადაც აუდიტი ფუნქციონირებს და მისი შედეგები ინერგება, აუდიტს ღირებულება არ გააჩნია.

შემთხვევების შესწავლა

შემთხვევა პირველი

აუდიტის საგანი

ორგანიზაციული შეცდომის განხილვა იმის დასადგენად, თუ რატომ ვერ მოახდინა სასურველი ცვლილებები ხარისხის მართვის გაუმჯობესების მიზნით პრაქტიკის მენეჯერის მოადგილის დანიშვნამ.

წინა ისტორია

პრაქტიკის შტატს სჯეროდა, რომ გაუმჯობესებულმა მენეჯმენტმა, ფართო კონტექსტით, უნდა გააუმჯობესოს პრაქტიკის ფუნქციონირება და შესაბამისად პაციენტის სამედიცინო მომსახურებაც. პრაქტიკის მენეჯერი, სადაც ისინი მუშაობდნენ, იყო დატვირთული. დროთა განმავლობაში პრაქტიკის ზომა და კომპლექსურობა ძალიან გაიზარდა, შესაბამისად გაიზარდა მენეჯერის დატვირთვა და ფუნქციებიც. შედეგად, პრაქტიკის მენეჯერს დაენიშნა მოადგილე, რომელიც წარმართავდა პრაქტიკის რუტინულ საქმიანობას, ხოლო პრაქტიკის მენეჯერს გამოუნთავისუფლდა დრო სტრატეგიული მენეჯმენტისა და ტრენინგებისათვის.

აუდიტის მიზეზი

თავდაპირველად, თითქოსდა საქმე კარგად მიდიოდა. თუმცა პრაქტიკის მენეჯერი უფრო მეტად დაიტვირთა. ადმინისტრირების გარდა, ის ასწავლიდა ახალ მოადგილეს მუშაობას, ახალ კონტრაქტებთან და მოთხოვნებთან დაკავშირებით გაიზარდა ტრენინგების რიცხვიც, რომელსაც იგი უნდა დასწრებოდა. სამწუხაროდ, მოადგილის დანიშნიდან სამი თვის შემდეგ, პრაქტიკის მენეჯერი გახდა ავად, რის გამოც გაეხსნა შრომისუნარობის ფურცელი. მისი მოვალეობის შესრულება დაეგალა ახლადდანიშნულ მოადგილეს. მალევე გახდა ნათელი, რომ პრაქტიკის მენეჯერის მოვალეობის შესრულებელი დაწესებულებაში ფაქტობრივად არაფერ იყო. პარტნიორებმა (ოჯახის ექიმებმა) გადაწყვიტეს განესაზღვრათ ძირითადი საორგანიზაციო საკითხები, ერთმანეთს შორის გაენაწილებინათ და დელეგირება მოეხდინათ სპეციფიურ ფუნქციებზე, რათა ნებისმიერ საკითხზე ჰქონოდათ აღმასრულებელი გადაწყვეტილებების მიღების უფლება.

პარტნიორები სვდებოდნენ რეგულარულად, რათა ერთობლივად მიეღოთ გადაწყვეტილებები პრაქტიკის მენეჯერის ნაცვლად. მენეჯერის მოადგილე დაუბრუნდა თავის ძველ საქმიანობას.

აუდიტის მიზანი:

მართვის არსებული სტრუქტურის მიმოხილვა და შეფასება საქიროებებთან მიმართებაში

მეთოდი

გამოყენებული იქნა არსებული ორგანიზაციული სქემები; გადამოწმდა პრაქტიკის მენეჯერის, პარტნიორების, ახალი მოადგილისა და სხვა პერსონალის სამუშაოს აღწერილობები, როლები და ფუნქციები.

ვინ ჩაატარა აუდიტი

აუდიტის ჩატარებაში მონაწილეობა მიიღო ყველამ, პრაქტიკის ახალ მენეჯერთან ერთად, აუდიტის ფუნდამენტალური ბუნებიდან გამომდინარე.

შედეგები

- ყველა თანამშრომლის მიერ პრაქტიკის მენეჯერის და მისი მოადგილის პოსტის მნიშვნელობა და მათი პასუხისმგებლობების შესახებ აღქმა, ძლიერ განსხვავდებოდა;

- ნათელი იყო აგრეთვე, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესი იყო არაადექვატური; პრაქტიკის მენეჯერის უდიდესი დრო მიჰქონდა გადაწყვეტილებების შეთანხმებას პარტნიორებთან; აუცილებელი შეიქმნა განსაზღვრულიყო საკითხები, რომელზეც პრაქტიკის მენეჯერს შეეძლებოდა დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღება; გამოყოფილიყო საკითხები, რომელზეც შეიძლებოდა გადაწყვეტილების მიღება რომელიმე კონკრეტულ საკითხზე პასუხისმგებელ პირთან შეთანხმებით და საკითხები, რომელსაც წყვეტდა მენეჯერი ყველა პარტნიორთან ერთად;

პრობლემები, რამაც გამოიწვია არასასურველი შედეგები პრაქტიკის მენეჯერის მოადგილის დანიშვნასა და დასმული ამოცანების შესრულების თვალსაზრისით, იყო შემდეგი:

- გადაწყვეტილების მიღების არასწორი მექანიზმი და ცუდი კომუნიკაცია პარტნიორების დონეზე;
- ახალი მოადგილის გამოუცდელობა და არასაკმარისი ტრენინგი პრაქტიკის ფუნქციონირების ძირითად ასპექტებზე;
- პრაქტიკის დემოგრაფია – ორ დიდ ცენტრს პოლიტიკის დანერგვისათვის ესაჭიროებოდა გაორმაგებული ძალისხმევა;
- პარტნიორებისა და სხვა პერსონალის არარეალისტური მოლოდინი მოადგილის თანამდებობის შემოღებასთან დაკავშირებით

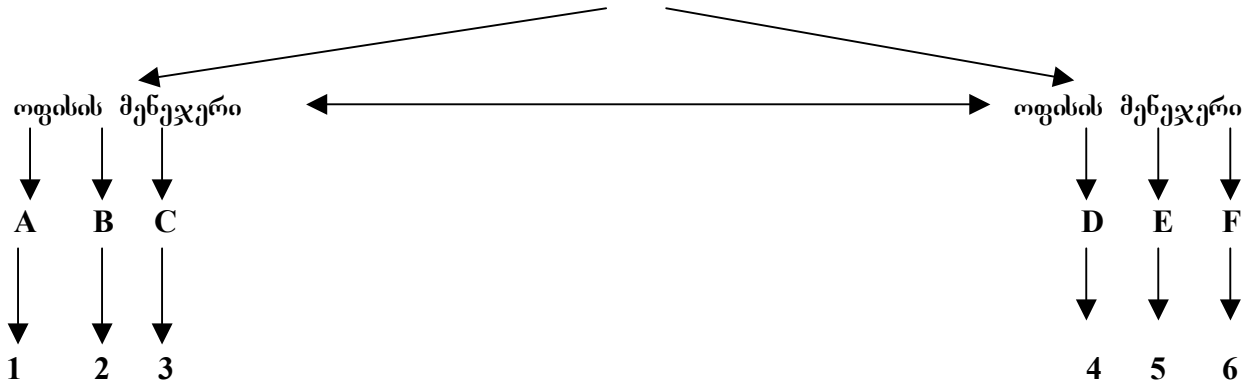
ცვლილებების საჭიროება

განისაზღვრა მოქმედებების არეალი:

- ხელმისაწვდომობა და კომუნიკაცია
- შენობები
- განათლება
- გადაუდებელი დახმარება და არასამუშაო საათები
- აღჭურვილობა და კომპიუტერები
- ფინანსები
- წამლის დანიშვნა
- პრევენციული დახმარება
- რეფერალი
- კადრების დაქირავება და ტრენინგი
- გუნდური მუშაობა და ექსტრასაქმიანობები
- კონტრაქტები

პრაქტიკაში მუშაობდა ორი მდივანი, რომელნიც მონაწილეობდნენ მოადგილის შესარჩევად ჩატარებულ კონკურსში და რომელთაც გავლილი ჰქონდათ სპეციალური კურსი მენეჯმენტში. პარტნიორებმა გადაწყვიტეს, რომ ორივე მდივანი თავის საქმიანობასთან ერთად შეასრულებდა ოფისის მენეჯერების ფუნქციასაც და მენეჯმენტის ზემოაღნიშნულ შეთანხმებული ფუნქციების ჩამონათვალზე პასუხისმგებლობებიც გადასაწილდებოდა მათ შორის. ამავე დროს სარჯი და კადრებით დაკომპლექტება იქნებოდა უცვლელი. განისაზღვრა აგრეთვე კონკრეტულ საქმიანობაზე პასუხისმგებელი მენეჯერი და პარტნიორი. ახალი მართვის სტრუქტურა გამოიყურებოდა შემდეგნაირად:

პრაქტიკის მენეჯერი



- A გუნდური მუშაობა/კომუნიკაცია
 - B ფინანსები/რეფერალი
 - C აღჭურვილობა/კომპიუტერები/არასამუშაო საათებში სამედიცინო დახმარება
 - D კონტრაქტები/პრევენციული სამსახურები
 - E განათლება/დანიშნულებები
 - F შტატები/შენიშვნები
- პარტიორები წარმოდგენილია რიცხვებით 1-6

განვითარების გეგმა

როდესაც პრაქტიკის მენეჯერი დაუბრუნდა თავის საქმიანობას, პირველივე მისი დაგალება იყო შეეშუშავენა პრაქტიკის განვითარების გეგმა. ვინაიდან ყოველდღიური ოპერაციული მენეჯმენტის ფუნქციებს კარგად ართმეგდნენ თავს ახლად დანიშნული ოფისის მენეჯერები, პრაქტიკის მენეჯერმა თავის გუნდთან ერთად, რეკორდულ დროში გაართვა თავი უროულეს დაგალებას.

პრაქტიკის მენეჯმენტი

პრაქტიკის მენეჯერი და ოფის-მენეჯერები ყოველდღიურად ხვდებოდნენ ერთმანეთს გეგმების შედგენისა და პოლიტიკის დანერგვის საკითხებზე. შტატების ტრენინგს მიენიჭა პრიორიტეტი. მათთვის მოეწყო ლოკალური ტრენინგის კურსები. დელეგირებამ გამოიღო შედეგი-ყველა ჩართული იყო საკუთარი პრობლემების გადაწყვეტის პროცესში მეტად, ვიდრე ამ პრობლემების პრაქტიკის მენეჯერისათვის წარდგენაში. მიეცათ წინადადებები ახალ სამუშაოს აღწერილობებით გაეფორმებინათ კონტრაქტები, გაუმჯობესდა საინფორმაციო ტექნოლოგიებიც.

კომენტარები

ჩატარებულმა აუდიტმა მოახდინა იმის დემონსტრირება თუ რამდენად ეფექტურია აუდიტი (იგი შეიძლება ჩაითვალოს პროცესის აუდიტადაც) ცვლილებების მოსახდენად. მან მოახდინა ორგანიზაციული შეცდომის იდენტიფიცირება-პრაქტიკის მენეჯერის დანიშვნის არაეფექტურობა და აგრეთვე როგორ შეიძლება ალტერნატიული გადაწყვეტილებების დანერგვა, თუ პრობლემა სათანადოდ იქნება შეფასებული.

შემთხვევა მეორე (პროცესის აუდიტი)

აუდიტის საგანი:

პროცესის აუდიტი განიხილავს "ჯანმრთელ მამაკაცთა კლინიკის" ეფექტიანობას და ეფექტურობას, შესაბამისად რესურსების სწორ გამოყენებას პრაქტიკის რუტინული მონაცემებისა და მისი საქმიანობის ანალიზზე დაყრდნობით.

წინასიტყვი

"ჯანმრთელ მამაკაცთა კლინიკა" ახალი ჩამოყალიბებული იყო პრაქტიკაში. მას წარმართავდა პრაქტიკის ექთანი. მისი უდიდესი მონაწილეობით შეიქმნა კლინიკის პროტოკოლი. პროტოკოლის მიხედვით ყველა 30-60 წლის მამაკაცს უნდა ჩატარებოდა ჯანმრთელობის შემოწმება, რაც თავისთავად წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დამკვიდრების პროგრამის ნაწილს. დაიწყო პროგრამის დანერგვა. სამიზნე მოსახლეობასთან კონტაქტის დამყარების მიზნით გამოყენებული იყო საფოსტო გამოძახების სისტემა. სტანდარტული წერილი შეიცავდა საბაჟმანო დროის შესახებ მონაცემებს, მოკლე აღწერილობას კლინიკის მიზნებსა და ამოცანებზე. კლინიკა მუშაობდა კვირაში ერთი დღე. შერჩეული კონტიგენტის მოცვის მიზნით შედგენილი იყო სამწლიანი გეგმა. ადმინისტრაციულ სამუშაოს ასრულებდა ერთერთი მიმღების თანამშრომელი, რომელსაც დაგალებული ჰქონდა მოესდინა პაციენტების იდენტიფიკაცია ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით, განსაზღვრავდა კლინიკაში მოსვლის თარიღს, აგზავნიდა წერილებს და აღნიშნავდა შერჩეული კონტიგენტიდან ვინ მომართა კლინიკას და ვინ არა.

აუდიტის ჩატარების მიზეზი:

ექთნებმა და ექიმებმა შენიშნეს, რომ კლინიკის მომართვიანობა, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკის მამაკაცებში და შესაბამისად, დაავადების და სხვა პრობლემების გამოვლინებების მაჩვენებელი, იყო ძალიან დაბალი.

აუდიტის მიზნები:

შეეფასებინათ კლინიკის მომართვიანობა;
კლინიკის მუშაობა გაეხადათ უფრო ეფექტური.

მეთოდები:

აუდიტისათვის გამოყენებული იქნა პრაქტიკის რუტინული მონაცემები, საბაჟმანო სისტემისათვის სპეციალური ჩანაწერები და შემუშავებული პროფორმა, რომელიც სწორედ ამ პროტოკოლის დასანერგად შემუშავდა. აგრეთვე შემუშავდა სპეციფიკური კითხვარი, რომელსაც ავსებდა ნებისმიერი სხვა მიზეზით პრაქტიკაში მოსული მამაკაცი, რომელმაც არ მიმართა "ჯანმრთელ მამაკაცთა კლინიკას" დანიშნულ დროს.

ვინ მონაწილეობდა აუდიტის ჩატარებაში?

აუდიტის ჩატარება დაევალა პრაქტიკის მენეჯერს. დათვლა და საწყისი ანალიზი დაევალა მიმღების იმ თანამშრომელს, რომელიც მუშაობდა აღნიშნულ კლინიკაში. საბოლოო ანალიზი და შეფასება ჩატარდა ექიმებისა და ექთნების აქტიური მონაწილეობით

შედეგები:

- აუდიტმა დაადასტურა, რომ კლინიკის მომართვიანობა იყო ძალიან დაბალი:

ასაკი	მომართვიანობა
50-59	37%
50-59	45%
50-59	55%

- მომართვიანობა იზრდებოდა ასაკის მატებასთან ერთად;
- კლინიკა მუშაობდა მხოლოდ დღის საათებში, რის გამოც ახალგაზრდა მამაკაცები, რომლებიც თავს კარგად გრძობდნენ, ვერ მომართავდნენ სამუშაოს გამო, თუმცა ისინი ექიმთან საუბრის შემდეგ ძალიან დაინტერესდნენ არსებული კლინიკის მუშაობით და დანიშნეს კიდევ კლინიკაში მოსვლის დრო;
- გამოვლინების თვალსაზრისით პოზიტიური აღმოჩენების ინტერპრეტაცია (შარდში ცვლილებები, მაღალი არტერიული წნევა და სხეულის მასის ინდექსი, მაგნე ჩვევები, მაღალი ქოლესტერინი და სხვ.), მაღალი რისკის ჯგუფს მიკუთვნებული მამაკაცების შემდგომი მეთვალყურეობა და შედეგების შეფასება, იყო რთული.

ცვლილებები:

- გამოძახების სიტემა შეცვალეს უფრო მოქნილი გრაფიკით, პაემანი შეთავაზებულ იქნა ობორტუნისტულად, როცა მამაკაცები მომართავდნენ რუტინულ კონსულტაციებზე;
- რეკლამა კლინიკის შესახებ გაკეთდა პრაქტიკაში;
- ცერვიკალურ ციტოლოგიურ გამოკვლევებზე ან სხვა მიზნით მომართვის შემთხვევაში, ქალები ინფორმირებულები იყვნენ მათი პარტნიორი მამაკაცების სამედიცინო-პრევენციული მომსახურების შესახებ;
- პრაქტიკის ექთანი გაიგზავნა საგანმანათლებლო კურსებზე სპეციალური ინტერესით-თამბაქოს მოწვეისათვის თავის დანებებისა და სიმსუქნის მართვის საკითხებზე.

რეაუდიტი

ძალიან მნიშვნელოვანია ცვლილებების მოხდენის შემდეგ რეაუდიტის ჩატარება და ხელახალი შეფასება იმისა, თუ რას ვაკეთებთ და როგორ ვაკეთებთ.

რეაუდიტმა აჩვენა, რომ:

- 90% -მა მომართა დანიშნულ დროს;
- ექთანმა აიმღლა ცოდნა, შეიძინა საჭირო უნარ-ჩვევები რისკ-ფაქტორების მართვისათვის.
- დაიგეგმა შემდგომი (გამოსავლების შესაფასებლად) აუდიტი იმისათვის, რომ გამოვლინდეს თუ როგორ შეიცვალა პაციენტების ქცევა-მწვეველთა რაოდენობის შემცირება, ალკოჰოლის მიღების შემცირება და სხვ.

კომენტარი

წარმოდგენილი აუდიტი არის მაგალითი იმისა, თუ როგორ გამოვიყენოთ მარტივად პრაქტიკის საქმიანობის ანალიზი, რაც ენშარება ეფექტურობის შესაფასებელ კითხვებზე პასუხის გაცემას.

ჩატარებული აუდიტის ნაკლი არის ის რომ, არასწორად იყო დასმული მიზნები და ამოცანები, რაც თავისთავად აისახა არაადეკვატურ დაგეგმარებაში.

შემთხვევა შესამე

აუდიტის საგანი:

პროცესისა და გამოსავლების აუდიტი, რომელიც მიმოხილავს ხანდაზმულთა სკრინინგის სამსახურების ზეგავლენას პაციენტების კმაყოფილებაზე, თვით-ადმინისტრირებული კითხვარების გამოყენებით. იგი აგრეთვე აფასებს, თუ როგორ შეუძლია აღნიშნულ და სსგა ამგვარ სამსახურებს გააუმჯობესოს პრაქტიკის იმიჯი.

წინასიტორია

პრაქტიკის გუნდის მიერ ჩატარდა 75 წლის ზეგით მოსახლეობის სკრინინგის აუდიტი, რომელმაც გამოავლინა ის, რომ მათი უმრავლესობა, ვინც არ მიმართავს დაწესებულებას, იმიტომ რომ ამის საჭიროება არა აქვთ, სკრინინგის მიმართ ჰქონდათ პოზიტიური დამოკიდებულება.

მიზეზი:

პაციენტების დამოკიდებულების შეფასება პრაქტიკის მიერ დაგეგმილ პრევენციულ ღონისძიებებზე და მისი ეფექტი პრაქტიკის იმიჯზე.

მიზანი:

პრაქტიკის აზრის ტესტირება, თუ რამდენად მისაღებია დაგეგმილი პრევენციული სამსახურები პაციენტებისათვის.

შეთვლი:

პრაქტიკამ ჩატარა აუდიტი პაციენტის კმაყოფილების შესაფასებლად თვით-ადმინისტრირებული კითხვარების გამოყენებით. კითხვარების შეფასება ხდებოდა ლაიკურტის შკალით. პაციენტების წარმომადგენლობითი ნიმუში შეიქმნა პაციენტთა სქესისა და ასაკის რეესტრის მიხედვით. შედეგები გაანალიზებული იყო ოჯახის ექიმებისა და პრაქტიკის მენეჯერის მიერ.

კითხვარის ექსტრაქტი წარმოდგენილია ქვემოთ:

"ზოგადი პრაქტიკა აყალიბებს პაციენტთათვის ახალ პრევენციულ სამსახურებს. ჩვენი მიზანია შეგაჩეროთ დააგადება, ვიდრე ის დაიწყება და ჩამოყალიბდება. გიმედოვნებთ, რომ ჩვენი პაციენტები უფრო ჯანმრთელები და ბედნიერები იქნებიან.

გთხოვთ, თუ წინააღმდეგი არ იქნებით, გამოყოთ რამოდენიმე წუთი და უპასუხოთ ჩვენს შეკითხვებს.

1. თუ იცოდით რაიმე შემდეგი სამედიცინო მომსახურების შესახებ, რომლებსაც ახორციელებს ჩვენ პრაქტიკა?

ჯანმრთელ ქალთა ჯანმრთელობის შემოწმების შესახებ	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ
ჯანმრთელ მამაკაცთა ჯანმრთელობის შემოწმების შესახებ	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ
ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის შემოწმების შესახებ	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ

და ა.შ.

2. ქვემოთჩამოთვლილთაგან რომელი სამედიცინო მომსახურება მიგიღიათ ჩვენთან?

ჯანმრთელ ქალთა ჯანმრთელობის შემოწმება	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ
ჯანმრთელ მამაკაცთა ჯანმრთელობის შემოწმება	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ
ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის შემოწმება	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ

და ა.შ.

3. თუ არ მიგიღიათ ზემოაღნიშნული სახის მომსახურება, აბირებთ მომავალში მის გამოყენებას?

ჯანმრთელ ქალთა ჯანმრთელობის შემოწმება	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ
ჯანმრთელ მამაკაცთა ჯანმრთელობის შემოწმება	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ
ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის შემოწმება	დიახ	არა	დარწმუნებული არა ვარ

და ა.შ.

4. არის თუ არა ისეთი სამსახურები, რომელსაც თქვენ თვლით რომ საჭიროა და რომელსაც ჩვენი პრაქტიკა არ ანხორციელებს? გთხოვთ, გააკეთოთ კომპენტარი აღნიშნულთან დაკავშირებით.
 5. ზოგადად ვფიქრობ, რომ პრაქტიკის საქმიანობა კარგად შეფასდეს
 - ა) ნამდვილად ვეთანხმები ბ) ვეთანხმები გ) არ ვიცი დ) არ ვეთანხმები დ) ნამდვილად არ ვეთანხმები
 6. ახალი პრევენციული სამსახურების დანერგვა არის პრაქტიკის საქმიანობის გაუმჯობესება
 - ა) ნამდვილად ვეთანხმები ბ) ვეთანხმები გ) არ ვიცი დ) არ ვეთანხმები დ) ნამდვილად არ ვეთანხმები
 7. პრაქტიკის სამუშაო საათები ჩემთვის მოსახერხებელია
 - ა) ნამდვილად ვეთანხმები ბ) ვეთანხმები გ) არ ვიცი დ) არ ვეთანხმები დ) ნამდვილად არ ვეთანხმები
 8. ჩემის აზრით, ექიმის ნახვა შეუფერხებლად უნდა შეძლოს, თუ ამის საჭიროებაა
 - ა) ნამდვილად ვეთანხმები ბ) ვეთანხმები გ) არ ვიცი დ) არ ვეთანხმები დ) ნამდვილად არ ვეთანხმები
- და ა.შ.

შედეგები

კითხვარებზე პასუხების მანველებელი განსხვავებული იყო ასაკის მიხედვით. ხანდაზმულების კითხვარებზე პასუხების მანველებელი იყო 90%, 30-60 წლის მამაკაცებისა კი 65%. გამოკითხვის შედეგად მოპოვებულ იქნა ძალიან სასარგებლო ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტთა შედგის თვალსაზრისით. შედეგებმა აჩვენა, რომ პაციენტების უმრავლესობა მიზნობრივ პრევენციულ კლინიკებს ანიჭებს უპირატესობას ოპორტუნისტული სკრინინგებისათვის და პირიქით, იმ პაციენტებს, რომელთაც პრაქტიკის სამსახურების მონმარების მცირე გამოცდილება ჰქონდათ, ეექვებოდათ დაგეგმილი პრევენციული სამსახურების მომავალში გამოყენება, თუმცა სჯეროდათ, რომ აღნიშნული მომსახურება "კარგი საქმეა" და პრაქტიკის იმიჯზე აუცილებლად დადებით ზემოქმედებას მოახდენს.

მოსახლენი ცვლილებები

აუდიტის შედეგად დაიგემა შემდეგი ცვლილებები:

- ახალი პრევენციული სამსახურების ჩამოყალიბება;
- პრაქტიკის მიერ გამოშვებული სამახსოვროების შინაარსის გაუმჯობესება;
- პაციენტთა აზრებისა და შემოთავაზებების რეგულარული შესწავლა და გათვალისწინება ცვლილებების მონდენისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების მიზნით.

კომენტარები

პაციენტის კმაყოფილება ერთერთი მნიშვნელოვანი პარამეტრია სამედიცინო მომსახურების გამოსაფლების გასაზომად. პაციენტის კმაყოფილების შესაფასებლად აუდიტის გამოყენება კი ეხმარება პრაქტიკის გუნდს, მოსახლეობას მიაწოდოს მათი მოსაწონი სამედიცინო მომსახურება მისაღები სტანდარტით. იგი გამოიყენება როგორც პრაქტიკის იმიჯის გაუმჯობესების ინსტრუმენტი; აგრეთვე უზრუნველყოფს პრაქტიკის მუდმივ მზადყოფნას უპასუხოს მოსახლეობის მზარდ მოთხოვნებსა და საჭიროებებს.

შემთხვევა მეოთხე

აუდიტის საგანი

პროცესისა და შუალედური გამოსაგლებების აუდიტი ჩატარდა იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს პრაქტიკის პოპულაციის მოზარდ გოგონათა წითურას იმუნიზაციის ეფექტურობა.

წინასიტრია

წლების განმავლობაში ახალგაზრდა ქალთა წითურას საწინააღმდეგო რუტინული იმუნიზაცია ხორციელდებოდა ჯანდაცვის ადგილობრივი მართვითი ორგანოების ექიმებისა და ექთნების მეშვეობით. ამის გამო პრაქტიკას შეექმნა გარკვეული პრობლემები:

1. პრაქტიკას დაგვიანებით, ზოგჯერ არასწორად მიეწოდებოდა აცრების შესახებ ინფორმაცია;
2. გოგონათა ნაწილს არ ახსოვდა იმუნიზაციის ჩატარების ჩამონათვალი;

აღნიშნული პრობლემები იწვევდა იმუნიზაციის გადაგდებას, ზოგჯერ ჩაშლასაც, რის გამოც პრაქტიკამ გადაწყვიტა თვითონვე ჩამოეყალიბებინათ შესაბამისი სამსახური და ახლადღანიშნულ პრაქტიკის ექთანს დაეკისრა მომსახურებაზე პასუხისმგებლობა.

აუდიტის მიზანი

პრაქტიკის გუნდს ესაჭიროებოდა მტკიცებები მასთან დაკავშირებით, რომ წითურას საწინააღმდეგო იმუნიზაციის ახლადშექმნილი სამსახური სულ მცირე, იგივე ეფექტურობით მუშაობდა, როგორც ჯანდაცვის ადგილობრივი მართვის ორგანოს შესაბამისი სამსახური.

აუდიტის მიზნები

- გაეზომათ გოგონათა იმუნური სტატუსი 8 თვესა და 2 წლის თავზე ახალი პროგრამის ინსტალაციიდან;
- გაეზარდათ წითურას საწინააღმდეგო იმუნიზაციის ეფექტურობა

მეთოდი

გოგონების იდენტიფიცირება მოხდა ასაკისა და სქესის რეგისტრის მიხედვით. თუკი გოგონა ორ გამოძახებაზე არ გამოცხადდებოდა, უკავშირდებოდნენ გოგონას მშობლებს ან არკვევდნენ არმოსვლის მიზეზს, აგროვებდნენ და ახარისხებდნენ ინფორმაციას.

შედეგები

აუდიტმა გამოავლინა მოცვის უფრო მაღალი მაჩვენებელი პირველ წელს მეორე წელთან შედარებით, თუმცა ორივე მაჩვენებელი ბევრად მაღალი იყო ჯანდაცვის ადგილობრივი მართვის ორგანოს შესაბამისი სამსახურის მონაცემებთან შედარებით. უარის ძირითადი მიზეზი იყო ნემსის ჩხვლეტის შიში.

ღონისძიება	წელი 1 (მერვე თვე)	წელი 2
გამომძახებული გოგონების რაოდენობა	51	41
პრაქტიკაში იმუნიზებულია	41	36
იმუნიზებულია სკოლაში	2	1
უარი განაცხადა	2	4
მოგვიანებით აცრაზე თანახმობა განაცხადა	2	0

საჭირო ცვლილებები

აუდიტმა დაადასტურა, რომ პრაქტიკის ექთნის მიერ შესრულებული სამუშაო მაღალეფექტიანია. პარტნიორები კმაყოფილი იყვნენ აღნიშნულით, თუმცა დაისახეს ახალი მიზანი: მიეღწიათ 100% მოცვისათვის, ვინაიდან ეფექტური დაცვა პერსონ-სპეციფიურია; მათ აგრეთვე შეიმუშავეს ახალი სტრატეგია იმათ დასარწმუნებლად, ვინც უარი განაცხადა იმუნიზაციაზე.

რეაუდიტი

დაწესებულების კომპიუტერიზაციასთან ერთად ჩამოყალიბდა აღნიშნულ სამსახურის რეგულარული მონიტორინგი. იმუნიზაციის რეკორდულ მაჩვენებლებს მიაღწიეს ორი მომდევნო წლის განმავლობაში.

კომენტარები

ჩატარებულმა აუდიტმა დაგვანახა კავშირი პროცესსა და გამოსავლებს შორის და ის, რომ უწყვეტი მონიტორინგი, როგორც მენეჯმენტის ფუნქციის აუცილებელი ნაწილი, როგორ უზრუნველყოფს კარგი სამსახურების ჩამოყალიბებას.

საოჯახო მედიცინის ცენტრში ჩატარებული აუდიტების განხილვა

შემთხვევა პირველი – ხანდაზმულთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტი

მონუცთა სამედიცინო მეთვალყურეობის აუდიტი

მონუცთა ხანგრძლივი სამედიცინო მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა ზოგადი პრაქტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა. დღეს მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმა და ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური პირველ ნაბიჯებს დგამს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დამკვიდრებისაკენ. ამ პირობებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მონუცებზე ხანგრძლივი მეთვალყურეობის მოდელის შექმნა, პაციენტებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობა, გერიატრიაში ექიმებისა და ექთნების მომზადება და გუნდური მუშაობის პრინციპების დანერგვა (ექიმი, ექთანი, მიმღების თანამშრომელი, სოციალური სამსახურის თანამშრომელი). ეს ყოველივე მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იქნება საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დამკვიდრებისაკენ.

აუდიტისათვის მონუცებზე ხანგრძლივი მეთვალყურეობის საკითხი შეირჩა შემდეგი მიზეზების გამო :

- 74 წელზე მეტი ასაკის საქართველოს მოქალაქეთა 70% –სათვის არ არის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა. სამწუხაროს, სამედიცინო დახმარებისათვის პოლიკლინიკებს მიმართავენ აღნიშნულ პირობა მხოლოდ 30% .
- 1990 წლიდან დამოუკიდებლობის მიღების შემდეგ საქართველომ გადაიტანა მძიმე სამოქალაქო კონფლიქტები და კოლაფსი ეკონომიკაში. შედეგად მივიღეთ მკვეთრი ეკონომიკური დაღმავლობა და ცხოვრების დონის დაქვეითება. ფასიანი სამედიცინო მომსახურება არ არის ხელმისაწვდომი ჩვენი თანამოქალაქეების დიდი უმრავლესობისათვის. დღევანდელმა ეკონომიკურმა სიტუაციამ შესაძლოა განსაკუთრებით მძიმე ზიანი მიაყენოს მონუცი მოსახლეობის ცხოვრებას და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას.
- სამწუხაროდ ჩვენს ქვეყანაში ხანდაზმული ასაკი ცუდადაა დაცული. სახელმწიფო სოციალური დახმარება უმწურო მონუცების მხოლოდ მცირე ნაწილს ეხება. მათი უმრავლესობა ფინანსური პრობლემების გამო სამედიცინო მეთვალყურეობის გარეშე რჩება.
- არსებული მუნიციპალური პროგრამის ფარგლებში ვერ ხერხდება პაციენტზე ხანგრძლივი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა, ისეთი ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში, როგორცაა თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, გიდ გულის უკმარისობა, უმძობარობა, სენილური დემენცია და ა.შ.
- ნათესაგებს და სხვა არაფორმალური მომვლელებს ხშირ შემთხვევაში არა აქვთ სათანადო ცოდნა და ჩვევები, რაც აუცილებელია ქრონიკული ავადმყოფის მოვლისათვის.
- ჩუღურეთის რაიონის სამკურნალო, დიაგნოსტიკისა და საოჯახო მედიცინის ცენტრში 1999წლის იანვრიდან მიმდინარეობს მონუცთა ბინაზე მოვლის სასწავლო პროგრამა ექიმებისა და ექთნებისათვის, რაც უზრუნველყოფილია ფონდი "ღია საზოგადოება-საქართველო"-ს გრანტით. პროგრამის ეფექტურ მიმდინარეობას მნიშვნელოვანწილად უნდა შეუწყოს ხელი მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების შესწავლამ და მონუცთა სამედიცინო მეთვალყურეობის დღევანდელი მოცულობის მიმოხილვამ.

სამიზნე მოსახლეობა:

აუდიტისათვის შესწავლილი იქნა 74 წლის ზემოთ 522 პაციენტის სამედიცინო რუქა, რომლებსაც მომსახურებას უწევს ჩუღურეთის რაიონის სამკურნალო, დიაგნოსტიკისა და საოჯახო მედიცინის ცენტრი.

მასალის შეგროვებასა და დამუშავებაში მონაწილეობა მიიღეს ცენტრის ექიმებმა.

კვლევისათვის შერჩეულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:

1. **ექიმთან ვიზიტი რეგისტრირებული უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე**– მუნიციპალური პროგრამით გათვალისწინებულია წელიწადში ერთხელ ყველა მოქალაქის უფასო გასინჯვა. საინტერესოა განსაზღვროთ, როგორ სრულდება ეს მოხუცებთან მიმართებაში.
2. **არტერიული წვეწვანის გაზომვა ყველა პაციენტისათვის**– მაღალი არტერიული წნევა, როგორც გულ-სისხლძარღვთა ავადობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი რისკ ფაქტორი მოხუცებში განსაკუთრებით საშიში ხდება. ხანდაზმულ ასაკში ხშირია ე.წ. სისტოლური არტერიული ჰიპერტენზია, რომელიც დროულად გამოვლენას და რიგ შემთხვევებში სპეციფიურ მკურნალობას საჭიროებს.
3. **სისხლის ანალიზი უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე**– მუნიციპალური პროგრამით განსაზღვრული სისხლის ანალიზი საშუალებას გვაძლევს დროულად მოვანდინოთ რკინადეფიციტური ანემიის შემთხვევათა გამოვლენა, რაც წარმოდგენილ ასაკობრივ ჯგუფში საკმაოდ ხშირი სამედიცინო პრობლემაა.
4. **შარდის ანალიზი ერთი წლის მანძილზე**– მოხუცებში იზრდება საშარდე ტრაქტის ინფექციების განვითარების ალბათობა, რაც არადროული დიაგნოსტიკისა და არანამკურნალებ შემთხვევებში შესაძლოა სერიოზული პრობლემის განვითარების მიზეზი გახდეს.
5. **სმენისა და მხედველობის სიმანვილის განსაზღვრა**– ასაკის მატებასთან ერთად ხშირ შემთხვევაში ადგილი აქვს სმენისა და მხედველობის გაუარესებას. საჭიროა დროულად განისაზღვროს პრობლემის მიზეზი, შეფასდეს რამდენად შექცევადია იგი, რათა პაციენტს მიეცეს შესაფერისი რჩევა ან ჩაუტარდეს საჭირო მკურნალობა.
6. **ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში პაციენტის იზოლაციის შესახებ**– ნებისმიერი სახის იზოლაცია (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური), ხშირ შემთხვევაში სერიოზული ფსიქო-ემოციური და ინტელექტუალური დარღვევის მიზეზი გახდება. ამდენად ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს იზოლაციის გამომწვევი ყველა შესაძლო მიზეზი (სოციალური, სამედიცინო, ფსიქოლოგიური) და პაციენტის დასახმარებლად ყველა შემთხვევაში შეიმუშაოს ინდივიდუალური სამოქმედო გეგმა.
7. **ექიმის ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების შესახებ**– საჭიროა შეფასდეს ხომ არ აღენიშნება პაციენტს უნებლიე შარდვა, დეფეკაცია.
8. **ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში ავადმყოფის უუნარობის ხარისხის შესახებ**– ინვალიდობა– ნებისმიერი საქმიანობის შესრულების უნარის შეზღუდვა ან სრული შეუძლებლობა ასაკობრივ ნორმასთან შედარებით. მაგ. ოსტეოართროზის შედეგად სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა. *ფიზიკური უუნარობა*– ეს არის ინვალიდობით გამოწვეული უუნარობა, რის შედეგად პირს არ შეუძლია, მაგ. დამოუკიდებლად ჩაცმა, საკვების მომზადება, ტუალეტამდე მისვლა და ა.შ. ინვალიდობის ერთი და იგივე ხარისხის შემთხვევაში შეიძლება გვექონდეს სხვადასხვაგვარად გამოხატული უუნარობა, ვინაიდან უუნარობაზე ინვალიდობის გარდა სეგვალენას ახდენს ადაპტაციური პირობები (გარემო, ხალხი, და ა.შ.).
9. **ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში დიეტის, ფიზიკური აქტივობის, პაციენტის წონის შესახებ**– სწორად კვებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ხანდაზმული ადამიანისათვის. დიეტის შერჩევას გათვალისწინებული უნდა იყოს არსებული დაავადება. მოხუცებში ადგილი აქვს კვების დეფიციტს, მიდრეკილებას წონის დაქვეითებისაკენ, ამიტომ აუცილებელია სხეულის მასის ინდექსის რეგულარული განსაზღვრა. სწორად შერჩეული გარჯიში და ზომიერი ფიზიკური აქტივობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მოხუცებისათვის, ვინაიდან ეს მათ საშუალებს მისცემს მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნონ აქტიური ცხოვრების უნარი.
10. **მცირე ფსიქიკური ტესტი**– მოხუცებში დიდა სენილური დემენციის, დეპრესიის და სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული კონფუზიური მდგომარეობის განვითარების რისკი, ამდენად ფსიკური სფეროს ფუნქციონირება სათანადო შეფასებას საჭიროებს.

11. ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში იმის შესახებ, იმყოფება თუ არა პაციენტი ფსიქიატრიული სამსახურის მეთვალყურეობის ქვეშ-მოხუცებში ხშირია სენილური ან სხვა ტიპის დემენცია, დეპრესია, რაც სამწუნაროდ ძალიან ხშირად შეიძლება არადიაგნოსტირებული დარჩეს და საგალალო შედეგი გამოიწვიოს.
12. ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მიეცა თუ არა პაციენტს ან მისი მომვლელს რჩევა მოვლის წესების შესახებ-მოხუცმა უნდა იცოდეს, როგორ მოუაროს თავს, მომვლელებისათვის კი აუცილებელია იმის ცოდნა, თუ როგორ წარმართონ სწორად ლოგინს მიჯაჭვული ავადმყოფის მოვლა ბინაზე.

კვლევისათვის დაისახა შემდეგი სტანდარტები:

#	კრიტერიუმი	სტანდარტული დრო	სტანდარტი
1.	ექიმთან ვიზიტი რეგისტრირებული უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე	1 წელი	100%
2.	არტ. წნევა	1 წელი	100%
3.	სისხლისა ანალიზი	1 წელი	90%
4.	შარდის ანალიზი	1 წელი	90%
5.	სმენისა სიმანგილის განსაზღვრა	1 წელი	100%
6.	მხედველობის სიმანგილის განსაზღვრა	1 წელი	100%
7.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში პაციენტის იზოლაციის შესახებ	1 წელი	100%
8.	ექიმის ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების შესახებ	1 წელი	100%
9.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში ავადმყოფის უუნარობის ხარისხის შესახებ	1 წელი	100%
10.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში დიეტის შესახებ	1 წელი	100%
11.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში ფიზიკური აქტივობის შესახებ	1 წელი	100%
12.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში პაციენტის წონის შესახებ	1 წელი	100%
13.	მცირე ფსიქიკური ტესტი	1 წლის	90%
14.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში იმის შესახებ, იმყოფება თუ არა პაციენტი ფსიქიატრიული სამსახურის მეთვალყურეობის ქვეშ	1 წელი	20%
15.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მიეცა თუ არა რჩევა პაციენტს თავის თავის მოვლის შესახებ	1წელი	70%
16.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მიეცა თუ არა პაციენტის მომვლელს რჩევა მოვლის წესების შესახებ	1 წელი	30%

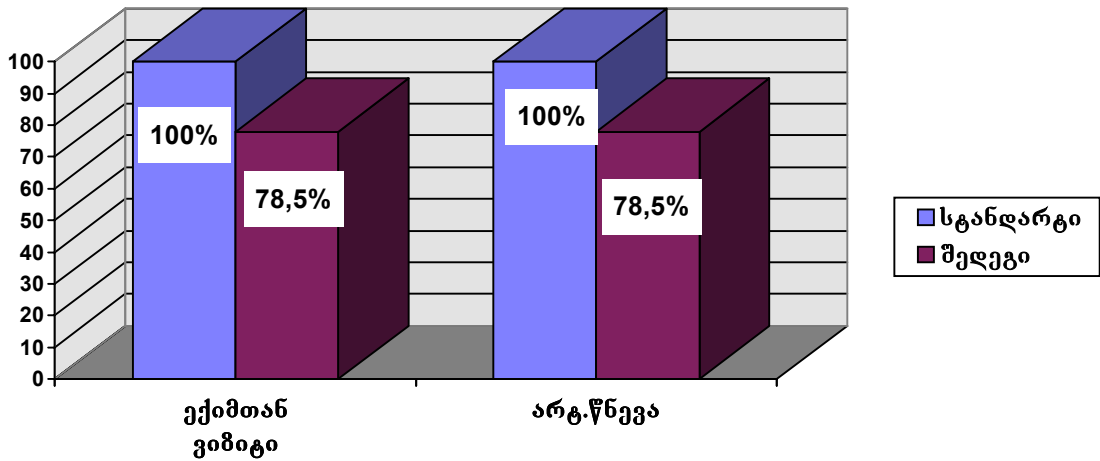
მონაცემების დამუშავების საფუძველზე მიღებული იქნა შემდეგი შედეგები:

#	კრიტერიუმი	სტანდარტი	შედეგი	შედეგი %
1.	ექიმთან ვიზიტი რეგისტრირებული უკანასკნელი ერთი წლის მანძილზე	100%	410	78,5%
2.	არტ. წნევა	100%	410	78,5%
3.	სისხლისა ანალიზი	90%	220	42,1%
4.	შარდის ანალიზი (ცილა)	90%	206	33,5%
5.	სმენისა სიმახვილის განსაზღვრა	100%	343	65,7%
6.	მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა	100%	165	37,8%
7.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში პაციენტის იზოლაციის შესახებ	100%	0	0
8.	ექიმის ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციონირების შესახებ	100%	65	12,4%
9.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში ავადმყოფის უუნარობის ხარისხის შესახებ	100%	7	1,3%
10.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში დიეტის შესახებ	100%	285	49,5%
11.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში ფიზიკური აქტივობის შესახებ	100%	8	1,5%
12.	სხეულის მასის ინდექსი	100%	234	45%
13.	მცირე ფსიქიკური ტესტი	90%	0	0
14.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში იმის შესახებ, იმყოფება თუ არა პაციენტი ფსიქიატრიული სამსახურის მეთვალყურეობის ქვეშ	20%	0	0
15.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მიეცა თუ არა რჩევა პაციენტს თავის თავის მოვლის შესახებ	70%	88	17%
16.	ჩანაწერი სამედიცინო რუქაში მიეცა თუ არა პაციენტის მომვლელს რჩევა მოვლის წესების შესახებ	30%	0	0

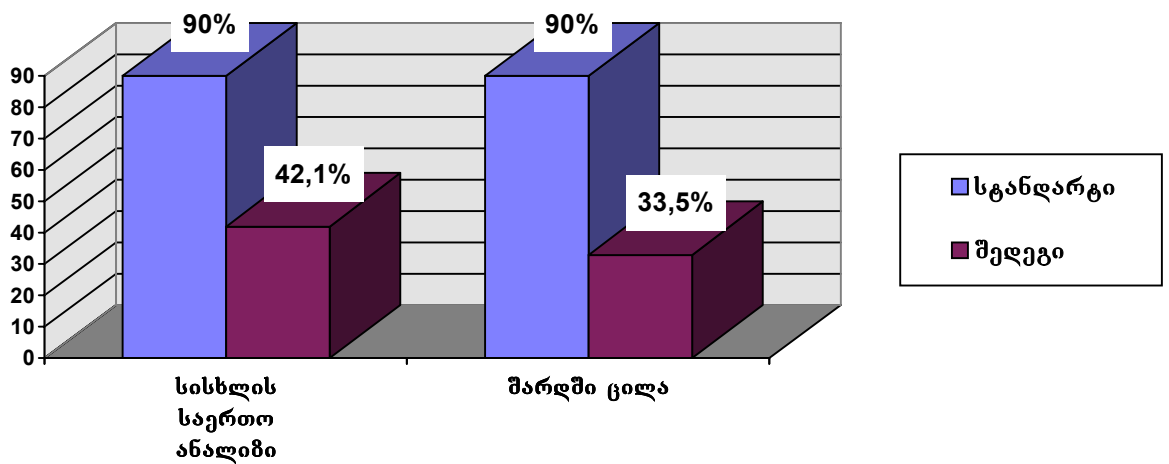
დასკვნა:

როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს ჩვენს მიერ მიღებული ვერც ერთი შედეგი ვერ აღწევს სტანდარტს.

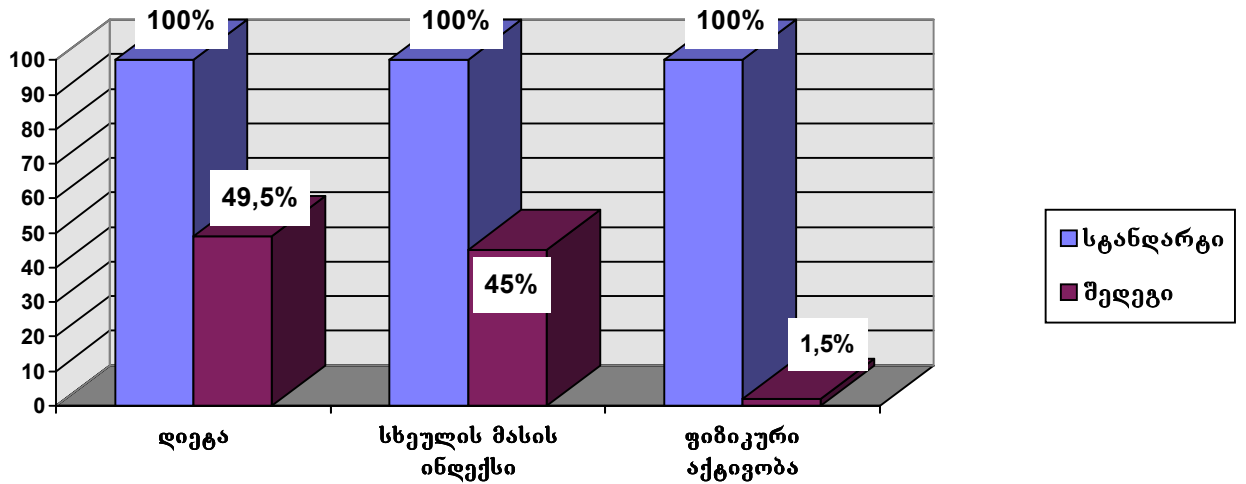
- ექიმთან ვიზიტი ნაცვლად დასახული 100% -ისა შესრულდა 78,5% . ასეთივე შედეგი მივიღეთ არტ. წნევის გაზომვის შესახებ.



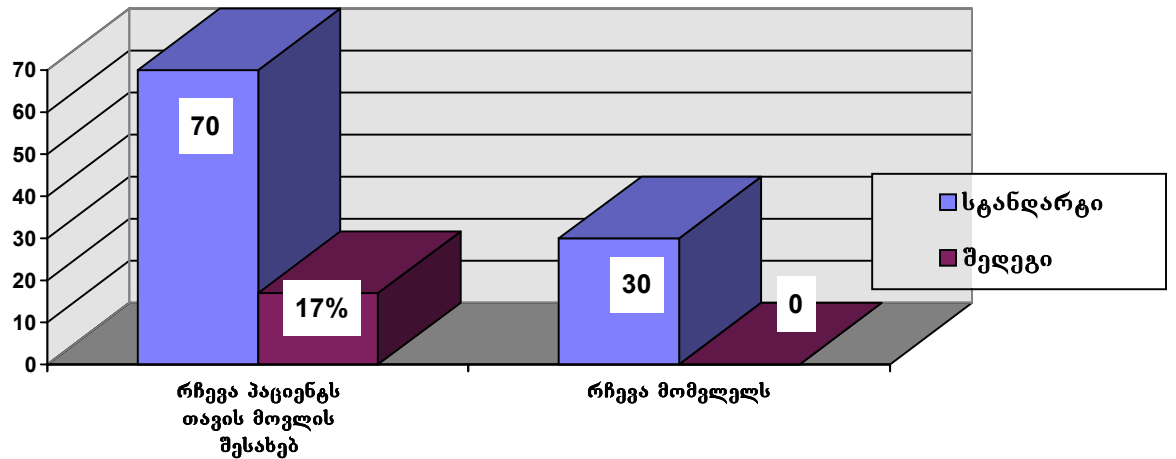
- ასევე ვერ აღწევს სტანდარტს სისხლის ანალიზისა და შარდში ცილის განსაზღვრის შედეგები. აღნიშნული გამოკვლევები გათვალისწინებულია მუნიციპალური პროგრამით, მაგრამ როგორც ჩანს რიგი მიზეზების გამო ვერ ხერხდება მათი სრულად გამოყენება.



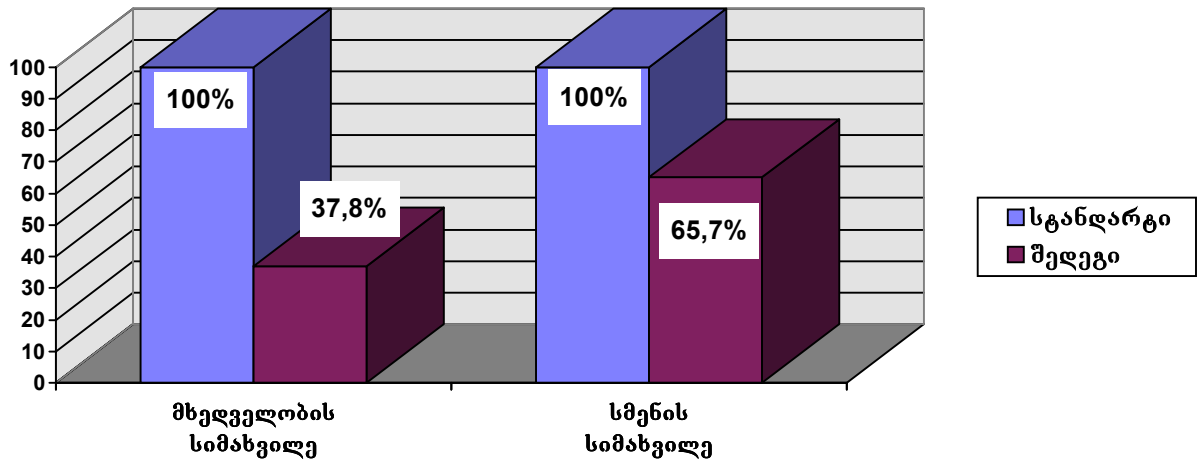
- ჩანაწერი დიეტის შესახებ წარმოდგენილია მხოლოდ შემთხვევათა 49,5%-ში, სხეულის მასის ინდექსი განსაზღვრულია 45%-ში, ხოლო ფიზიკურ აქტივობას ძალიან მცირე ყურადღება ეთმობა და აღნიშნულია, მხოლოდ 1,5%-ში.



- პაციენტს რჩება თავი მოვლის შესახებ მიეცა 17% -ში. არც ერთ სამედიცინო რუქაში არ არის რჩევა მომვლელებისათვის, რასაც არასასურველი შედეგები შეიძლება მოჰყვეს.



- არც ერთ სამედიცინო რუქაში არ არის ჩანაწერი ავადმყოფის იზოლაციის შესახებ. ეს განსაკუთრებული პრობლემაა, რადგან იზოლაციისა და სენსორულ დებრივაციას მოხუცებში მოსდევს მთელი რიგი ემოციური და ინტელექტუალური დარღვევები.
- არ ეთმობა სათანადო ყურადღება მხედველობის და სმენის სიმანვილის განსაზღვრას. კერძოდ სენსორული ფუნქციების შემოწმება ჩატარებულია, შესაბამისად პაციენტების 37,8% და 65,7% -ში.



ჩატარებული აუდიტის შედეგების განხილვის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მოხუცთა სამედიცინო მეთვალყურეობისას სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საჭიროებს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას, რისთვისაც უნდა განხორციელდეს რიგი ღონისძიებები.

რეკომენდაციები:

მოხუცთა სამედიცინო მეთვალყურეობის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროა:

1. ჩატარდეს ექიმებისა და ექთნებისათვის სასწავლო კურსი გერიატრიაში, სადაც ისინი გაეცნობიან:

- თანამედროვე გერიატრიული მედიცინის მიზნებსა და ამოცანებს. ზოგადი პრაქტიკის პირობებში მათი გადაჭრის გზებს;
- კლინიკური გერიატრიის ძირითად პრობლემებს;
- მოხუცებში პრევენციული ღონისძიებების მოცულობას და მის მნიშვნელობას.
- მოხუცებში სკრინინგის მაგალითებს და მათ მნიშვნელობას.
- ხანდაზმულ ასაკთან დაკავშირებულ ფსიქო-სოციალურ პრობლემებს და მათი გადაჭრის გზებს.

2. უბნის ექიმმა ან შესაფერისი განათლების მქონე უბნის ექთანმა ყოველწლიური ვიზიტის დროს, რომელიც განსაზღვრულია მუნიციპალური პროგრამით, უნდა შესთავაზოს 75 წელს ზემოთ ყველა პაციენტს, შემდეგი სახის გამოკვლევები:

- სენსორული ფუნქციები
- მობილურობა
- ფსიქიკური მდგომარეობა
- ფიზიკური მდგომარეობა
- სოციალური გარემო
- მედიკამენტების გამოყენება.

ჩვენი მიზანია 100% -მდე მოვიცვათ 74 წლის ზემოთ ასაკის მოსახლეობა და ვუზრუნველყოთ მათთვის შესაფერისი მოცულობით სამედიცინო დახმარება.

3. გაუმჯობესებას საჭიროებს სამედიცინო რუქებში ჩანაწერების ხარისხი. ყოველწლიური გამოკვლევის დროს სხვა ასაკობრივი ჯგუფებისაგან განსხვავებული პრობლემების თვალსაჩინოდ წარმოდგენის მიზნით მიზანშეწონილია მოხუცებისათვის სპეციალური ბარათების შემუშავება ე.წ ბარათი მოხუცთა ფუნქციონალური მდგომარეობის

შეფასებისათვის, რაც გააიოლებს პაციენტის პრობლემების იდენტიფიკაციას და საჭიროების შემთხვევაში მათ გადახედვას.

4. პაციენტებზე რეგულარული მეთვალყურეობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ეტაპია ცენტრის ფარგლებში პაციენტებისათვის საგანმანათლებლო პროგრამის ორგანიზება. რაც გულისხმობს:
- საგანმანათლებლო ბროშურებს პაციენტებისათვის, სადაც წარმოდგენილი იქნება ინფორმაცია მოხუცებში გავრცელებული პრობლემების შესახებ. როგორ მოგუაროთ ქრონიკულ ავადმყოფს? როგორ მოგუაროთ საკუთარ თავს?
 - მიზანშეწონილია ცენტრის ფარგლებში გერიატრიული კლინიკის მოწყობა, რომელსაც წარმართავს ექთანი სპეციალური ინტერესით გერიატრიაში. ამდენად მოხუც პაციენტებს მიეცემათ საშუალება მიიღონ რჩევა, როგორ აიცილონ თავიდან ნებისმიერი, ასაკთან დაკავშირებული მდგომარეობა და ამასთან გაიცნონ და ურთიერთობა ჰქონდეთ ერთი მეორესთან.
 - პაციენტებმა შეიძლება შექმნან თვით დახმარების ჯგუფი, რათა დაეხმარონ და თავიანთი ცოდნა გაუზიარონ მეზობლებს, ნათესავებსა და მეგობრებს. ეს მნიშვნელოვანია სოციალური და ფსიქოლოგიური თვალსაზრისითაც. მოხუცები არ უნდა თვლიდნენ თავიანთ თავს საზოგადოების პასიურ წევრებად და უნდა გრძნობდნენ, რომ ჯერ კიდევ გეჭირდება მათი დახმარება.

შემთხვევა მეორე - შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტი

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების რეაუდიტი

გასულ წელს საოჯახო მედიცინის ცენტრის პოლიკლინიკაში ჩატარდა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტი. ამჟამად საჭიროდ ჩაითვალია რეაუდიტის ჩატარება, რომელიც საშუალებას მოგვცემს გამოვავლინოთ თუ როგორ გაუმჯობესდა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და როგორ ხდება აღნიშნული დაავადებების მართვა პოლიკლინიკაში.

კვლევისათვის შერჩეულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:

• **ანამნეზის შეგროვების ხარისხი.**

ანამნეზის ხარისხიანად შეგროვება მნიშვნელოვანია ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებისათვის. საჭიროა განისაზღვროს როგორ ანდენს პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებას, ხომ არ აღიქვამენ აღნიშნულ მდგომარეობას, როგორც სტიგმას, ხომ არ ეწევა პაციენტი თამბაქოს ან ჭარბად ღებულობს ალკოჰოლს, ჰქონდა თუ არა ჰიპოგლიკემიის ან ჰიპერგლიკემიის ეპიზოდები, ხომ არა აქვს ახალი სიმპტომები (თვალის, სტენოკარდიის, ქვემო კიდურების, სქესობრივი სფეროს პათოლოგიის სახით). ასრულებს თუ არა ექიმის რეკომენდაციებს დიეტის, ფიზიკური აქტივობის შესახებ. ღებულობს თუ არა დანიშნულ მედიკამენტებს, ხომ არ ღებულობს სხვა რაიმე მედიკამენტს, რომლის დროსაც საჭიროა გავითვალისწინოთ გვერდითი ეფექტები და შეთავსება.

კრიტერიუმად შერჩეულ იქნა პაციენტისათვის სტანდარტულ დროში სხეულის მასის ინდექსის, არტერიული წნევის, სისხლში ლიპიდების, თამბაქოს მწვეკელის სტატუსის განსაზღვრა და შესაფერისი რეაგირება აღნიშნულ მდგომარეობაზე.

სიმსუქნე, მომატებული არტ. წნევა, დისლიპიდემია და თამბაქოს მოწევა წარმოადგენს მოდიფიცირებად რისკ-ფაქტორებს შაქრიანი დიაბეტის დროს გასაკულარული გართულებების განვითარებისათვის. პაციენტებს 45-49 წლის ასაკში ჭარბი წონით 10-ჯერ და მკვეთრად გამოხატული სიმსუქნის შემთხვევაში 30-ჯერ ეზრდებათ დაავადების განვითარების რისკი. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტებისათვის სისხლის არტერიული წნევის იდეალურ ნორმად მიჩნეულია 140/80მმ.ვწყსგ. ამაზე მაღალი მაჩვენებლის შემთხვევაში, კარდიოვასკულარული გართულებების რისკი იზრდება 10% -ით, ხოლო ჰიპერ-ქოლესტერინემიის თანაარსებობისას 20% -ით წელიწადში. გასაკულარული გართულებების რისკი მნიშვნელოვნად იზრდება თამბაქოს მწვეკელთა შორის.

მაღალი რისკის ჯგუფების პირთა იდენტიფიკაცია და შემდგომ შესაფერისი ღონისძიებების გატარება მათი რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციის მიზნით, იძლევა საშუალებას შემცირდეს გასაკულარული გართულებები, მათგან გამოწვეული ინვალიდობა და სიკვდილიანობა.

• **მესამეული პრევენტული ღონისძიებების ეფექტურობის მიზნით მნიშვნელოვანია შაქრიანი დიაბეტის სპეციფიკური გართულებების ადრეულ ეტაპზე გამოვლინება, რისთვისაც ყველა ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს შემდეგი გამოკვლევები:**

- მხედველობის სიმანვილე
- ფუნდოსკოპია

შრომისუნარიანი ასაკის პაციენტების მხედველობის დაქვეითების ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს დიაბეტური რეტინოპათია. 20 წლის ხანდაზმულობის დაავადების შემთხვევაში დიაბეტური რეტინოპათია აღენიშნებათ პაციენტთა დაახლოებით 80% . D დაავადებულთა 2% ბრმაა. ხშირად ვითარდება კატარაქტა, ღია კუთხოვანი გლაუკომა.

• **ქვედა კიდურების განინჯვა**-საჭიროა პერიფერიული ვასკულარული დაზიანებისა და ნეიროპათიის გამოსავლიანობად. ისინჯება კანი, ფრჩხილები, ფერი, ტემპერატურა, ტკივილის და ვიზუალური მგრძობელობა, პერიფერიული პულსაცია. შაქრიანი დიაბეტის

დროს პერიფერიული ანგიო და ნეიროლოგიის გამო მოსალოდნელია ქვემო კიდურებზე ღრმა წყლულების გაჩენა, განგრენა და შესაძლოა საჭირო გახდეს კიდურის ამპუტაცია. ამიტომ ავადმყოფს ესაჭიროება სისტემატური მოვლა და ფეხის დაზიანებისაგან მაქსიმალური დაცვა, კარგად უნდა შეიარჩეს ფეხსაცმელი, განსაკუთრებით სასარგებლოა ქრომოლისტის დახმარება.

- **პროტეინურია, კრეატინინი**- აღნიშნული გამოკვლევები კეთდება თირკმლის პროგრესული დაზიანების გამოსავლინებლად. ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა 50%-ს 15 წლის ავადობის შემდეგ უვლინდებათ თირკმლის გამოსატოვნი დაზიანება (პროტეინურია > 500 მგ/24 საათში მუდმივ ხასიათის ატარებს). მიკროალბუმინურია განიხილება, როგორც თირკმლის უკმარისობისა და კარდიოვასკულარული გართულებების განვითარების მარკერი.
- **ვლექტროკარდიოგრამა**- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა შორის მძიმედ და ატიპურად მიმდინარეობს გულის იშემური დაავადება (სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი), რომელიც წარმოადგენს ავადმყოფთა ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირ მიზეზს. კარდიოვასკულარული დაავადებით სიკვდილიანობა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ მამაკაცებში 2-ჯერ, ხოლო ქალებში 4-ჯერ მეტია საერთო პოპულაციასთან შედარებით. შაქრიანი დიაბეტის სამედიცინო მომსახურების მუნიციპალური პროგრამა ითვალისწინებს წელიწადში ერთხელ მხედველობის სიმასხვილის, ფუნდოსკოპიის, პროტეინურიის განსაზღვრას.
- **უზმოსე სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა**- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მკურნალობის პროცესში მნიშვნელოვანია სისხლში გლუკოზის ოპტიმალური კონტროლის მიღწევა, რისთვისაც იდეალურია სისხლის აღება 2 კვირაში ერთხელ. გლუკოზირებული ჰემოგლობინი უფრო ზუსტ წარმოდგენას იძლევა ავადმყოფის მდგომარეობაზე, მაგრამ აღნიშნული გამოკვლევა არ არის ფართოდ დანერგილი ჩვენს ყოველდღიურ საქმიანობაში. სადღეისოდ მოქმედი შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამა ითვალისწინებს უზმოსე სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრას წელიწადში ექვსჯერ (2 თვეში ერთხელ).
- **თვითმონიტორინგი**- სისხლში გლუკოზის დონის კონტროლისათვის ეფექტურია ავადმყოფის მიერ გლუკოზის ინდიკატორების გამოყენებით თვითმონიტორინგი ბინაზე. პაციენტს ეძლევა რეკომენდაცია შეინარჩუნოს უზმოსე სისხლში გლუკოზის დონე 4 მმოლ/ლ-დან 10 მმოლ/ლ-მდე. ინსულინდამოკიდებულ პაციენტს უნდა გაუკეთდეს სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა კვირაში ერთხელ ერთი ტესტი უზმოსე და ტესტი მთავარი კვებიდან 2-საათის შემდეგ. ხოლო ინსულინდამოკიდებულ პაციენტს ესაჭიროება რამოდენიმე ტესტი დღის განმავლობაში სხვადასხვა დროს, თვეში ერთხელ მაინც სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა დღის განმავლობაში ოთხჯერ (უზმოსე, ღამის და სადილის წინ და მთავარი კვებიდან 2 საათის შემდეგ), ხოლო ცუდი თვითგონების ან სპეციფიური პრობლემების დროს მითითებულია ყოველდღიური მონიტორინგი. სადღეისოდ მოქმედი შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მომსახურების მუნიციპალური პროგრამა ითვალისწინებს უზმოსე სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრას წელიწადში 6-ჯერ (2 თვეში ერთხელ).
- **ცუდად კონტროლირებადი შაქრიანი დიაბეტის მიზეზი**. დაავადების სწორად მართვისათვის საჭიროა განისაზღვროს მიზეზი, თუ რატომ ვერ ხერხდება გლუკოზის დონის ოპტიმალური კონტროლის უზრუნველყოფა. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ავადმყოფის მიერ რეჟიმის დარღვევით, თანდართული ინფექციით, ქრონიკული დაავადების გამწვავებით, ხშირი ან ხანგრძლივი სტრესით, ტრავმით განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ არის დაავადების ლაბილური ან ინსულინორეზისტენტული ფორმა.
- **ინსულინის ინექციის ადგილების შემოწმება**- ინსულინი კეთდება კანქვეშ მხრის ზედა ნაწილში, ბარძაყზე, დუნდულოზე ან მუცელზე. ინექციის ადგილზე ხშირად ვითარდება ლიპოდისტროფია. ჩნდება კვანძები და ატროფიული უბნები. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ინექციის ადგილის შეცვლა.
- არამედიკამენტოზური მკურნალობიდან მნიშვნელოვანია ავადმყოფის მიერ დიეტის დაცვა, ფიზიკური აქტივობა, თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა, რისთვისაც საჭიროა ავადმყოფისათვის სრული ინდივიდუალური შეფასების და მისი თავისებურებების, ტრადიციების, დაავადების

მიმდინარეობისა და სამუშაოს ხასიათის გათვალისწინებით ავადმყოფთან შეთანხმების შემდეგ შეირჩეს დიეტა, ფიზიკური დატვირთვის ინტენსიურობა. ალკოჰოლი არ იკრძალება, მაგრამ არ შეიძლება მისი ჭარბად მიღება.

- **პაციენტზე ორიენტირებული განათლების გეგმა**–პაციენტის განათლების მნიშვნელობის შესახებ ზემოთ იყო აღნიშნული. საჭიროა განისაზღვროს პაციენტის ინტელექტუალური შესაძლებლობა, მისი ცოდნა დაავადების შესახებ და საჭიროებები. აქედან გამომდინარე უნდა შედგეს მისი განათლების გეგმა.
- **ასპირინი, ჰიპოლიპიდემიური მკურნალობა, მეტფორმინი**–შაქრიანი დიაბეტის მედიკამენტოზური მკურნალობისათვის გარდა ანტიდიაბეტური მედიკამენტებისა (ინსულინი, სულფანილსარდოგანას პრეპარატები) გამოიყენება ჰიპოლიპიდემიური საშუალებები, როდესაც დიეტით ვერ მიიღწევა დისლიპიდემის კორექცია, გამოიყენება მეტფორმინი ჭარბი წონის პაციენტებში, ასპირინი ხანგრძლივად, მცირე დოზებით კარდიოვასკულარული, ცერებოვასკულარული, პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების დროს.
- **მონიტორინგისათვის შემდეგი ვიზიტის განსაზღვრა**–ქრონიკული დაავადების მართვისას საუკეთესო კონტროლის მიღწევისათვის მნიშვნელოვანია ავადმყოფზე სისტემატური მონიტორინგი .
- **სპეციალიზირებულ კლინიკაში გაგზავნა**–იგზავნიან ავადმყოფები, რომელთაც სისხლში გლუკოზის დონე აქვთ 17მმოლ/ლ-ზე მეტი, აღენიშნებათ სიმპტომების პროგრესირება, 40 წლამდე ასაკის პაციენტები გართულებებით და ახლადგამოვლენილი შემთხვევები.

შემთხვევების შერჩევა:

რეაუდრაციისათვის განხილულ იქნა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული 379 პაციენტის სამედიცინო რუქა, რომელთაც გაიარეს შემოწმება პოლიკლინიკაში უკანასკნელი 1 წლის მანძილზე. მონაცემების შეგროვებაში მონაწილეობა მიიღო 17 უბნის ექიმმა.

კვლევისათვის დაისახა შემდეგი სტანდარტები:

	კრიტერიუმები	სტანდარტული დრო	სტანდარტი
1.	ანამნეზის შეგროვების ხარისხი	1 წელი	
	ხარისხიანი		100%
	უხარისხო		0%
2.	გასინჯვა	6 თვე	80%
	წონა/სმ(კგ/მ ²)	1 წელი	100%
	სისხლის არტ. წნევის განსაზღვრა	6 თვე	100%
	ინსულინის ინექციის ადგილის გასინჯვა	6 თვე	100%
	მხედველობის სიმახვილე	1 წელი	100%
	ფუნდოსკოპია	1 წელი	100%
	ფეხების გასინჯვა:		
	• პულსი	1 წელი	100%
	• მგრძობლობა	1 წელი	100%
	3.	გამოკვლევები	
უხმოზე სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა		6 თვე	100%
კარგად კონტროლირებადი (4,4-7,8 მმოლ/ლ)		6 თვე	30%
შედარებით კონტროლირებადი(8-10მმოლ/ლ)		6 თვე	50%
ცუდად კონტროლირებადი(>10მმოლ/ლ)		6 თვე	20%
გლუკოზა ცუდად კონტროლირებადია შემდეგ შემთხვევებში:			
თანხლები ინტერკურენტული დაავადება			10%
მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა			60%
ხდება დოზის შენევა			10%
მიზეზი უცნობია			20%
შარდში ცილა		1 წელი	100%
შრატის კრეატინინი		3 წელი	100%
ლიბიდები 70 წლამდე ასაკში		3 წელი	80%
თვითმონიტორინგი		1 წელი	20%
კმპ		1 წელი	50%
4.	მართვის გეგმა		
	შემუშავებულია ინდივიდუალური სტრატეგიული გეგმა თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ.	1 წელი	20%
	პერსონალური გეგმა ფიზიკური აქტივობის შესახებ	1 წელი	100%
	სრული ინდივიდუალური შეფასება და დიეტური რჩევები	1 წელი	100%
	რჩევა ალკოჰოლის მიღების შემცირებაზე უსაფრთხო დოზამდე(დიეტის გეგმაში ჩართვით)	1 წელი	40%
	რჩევა ფეხების მოვლის შესახებ	1 წელი	100%
	პაციენტზე ორიენტირებული განათლების გეგმა	1 წელი	100%
	მონიტორინგისათვის შემდეგი ვიზიტის განსაზღვრა	1 წელი	100%
	ასპირინის ხანგრძლივი კურსი		60%
	ჰიპოლიპიდემური მკურნალობა		10%
	მეტფორმინი		10%
	სპეციალიზირებულ კლინიკაში გაგზავნა.	3 წელი	30%

მონაცემების დამუშავების საფუძველზე მიღებულ იქნა შემდეგი შედეგი

	კრიტერიუმები	სტანდარტული დრო	სტანდარტი	იგნანძე	% იგნანძე	
1.	ანამნეზის შეგროვების ხარისხი	1 წელი				
	ხარისხიანი		100%	205	54%	
	უხარისხო		0%	174	46%	
2.	გასინჯვა	6 თვე	80%	324	85%	
	წონა/სმ(კგ/მ ²)	1 წელი	100%	379	100%	
	სისხლის არტ. წნევის განსაზღვრა	6 თვე	100%	324	85%	
	ინსულინის ინექციის ადგილის გასინჯვა	6 თვე	100%	34	39%	
	მხედველობის სიმახვილე	1 წელი	100%	199	52%	
	ფუნდოსკოპია	1 წელი	100%	205	54%	
	ფეხების გასინჯვა: პულსი	1 წელი	100%	306	80%	
	მგრძობლობა	1 წელი	100%	306	80%	
	3.	გამოკვლევები				
		უზმოზე სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა	6 თვე	100%	324	85%
კარგად კონტროლირებადი (4-7,8 მმოლ/ლ)		6 თვე	30%	214	66%	
შედარებით კონტროლირებადი(8-10მმოლ/ლ)		6 თვე	50%	72	22%	
ცუდად კონტროლირებადი(>10მმოლ/ლ)		6 თვე	20%	38	12%	
გლუკოზა ცუდად კონტროლირებადია შემდეგ შემთხვევებში:						
თანმხლები ინტერკურენტული დაავადება			10%	4	10%	
მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა			60%	27	72%	
ხდება დოზის შერჩევა			10%	3	8%	
მიზეზი უცნობია			20%	4	10%	
შარდში ცილა		1 წელი	100%	139	36%	
შრატის კრეატინინი		3 წელი	100%	0	0	
ლიბიდები 70 წლამდე ასაკში		3 წელი	80%	0	0	
თვითმონიტორინგი	1 წელი	20%	14	4%		
ეკგ	1 წელი	50%	187	49%		
4.	მართვის გეგმა					
	შემუშავებულია ინდივიდუალური სტრატეგიული გეგმა თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის შესახებ.	1 წელი	20%	0	0	
	ბერსონალური გეგმა ფიზიკური აქტივობის შესახებ	1 წელი	100%	0	0	
	სრული ინდივიდუალური შეფასება და დიეტური რჩევები	1 წელი	100%	46	12%	
	რჩევა ალკოჰოლის მიღების შემცირებაზე უსაფრთხო დოზამდე(დიეტის გეგმაში ჩართვით)	1 წელი	40%	9	2%	
	რჩევა ფეხების მოვლის შესახებ	1 წელი	100%	50	13%	
	პაციენტზე ორიენტირებული განათლების გეგმა	1 წელი	100%	0	0	
	მონიტორინგისათვის შემდეგი ვიზიტების განსაზღვრა	1 წელი	100%	71	19%	
	ასპირინის ხანგრძლივი კურსი		60%	62	16%	
	ჰიპოლიპიდემური მკურნალობა		10%	0	0	
	მეტფორმინი		10%	0	0	
	სპეციალიზირებულ კლინიკაში გაგზავნა.	3 წელი	30%	0	0	

მუნიციპალური პროგრამით შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურება ეგალება პოლიკლინიკის ექიმ ენდოკრინოლოგს, თუმცა გასულ წელს ჩატარებული შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტის შემდეგ უზნის მედპერსონალის პასუხისმგებლობა შედარებით გაიზარდა პაციენტთა მოზიდვისა და დაავადების რისკ-ფაქტორების გამოვლენის საქმეში.

ენდოკრინოლოგთან აღრიცხვაზე იმყოფება 538 პაციენტი, რაც შეადგენს სამიზნე მოსახლეობის 1,4% -ს. დაავადების გავრცელება ასაკისა და ანტიდიაბეტური მკურნალობის მიხედვით ასე გამოისახება

ასაკი	15-20 წელი	21-30 წელი	31-40	41-50	51-60	61-70	70-ის ზევით	სულ	ჯამი
სქესი	ქ მ	ქ მ	ქ მ	ქ მ	ქ მ	ქ მ	ქ მ	ქ მ	
ინსულინოთერაპია	1	3 1	3 3	11 4	7 8	15 5	19 7	58 29	87
ტაბლეტოთერაპია				4 3	28 12	54 34	74 21	160 70	230
დიეტოთერაპია			3 5	5 4	6 6	10 4	16 3	40 22	62
სულ	0 1	3 1	6 8	20 11	41 26	79 43	109 31	258 121	379

შაქრიანი დიაბეტით აღრიცხვაზეა ძირითადად 60 წელს გადაცილებული პაციენტები, მ.შ. უმეტესობა ქალია (258), პაციენტთა უმრავლესობა იმყოფება ტაბლეტოთერაპიაზე 230(60%), ინსულინოთერაპიაზეა 23%, დიეტოთერაპიით მდგომარეობის კორექცია ხერხდება 17% -შემთხვევებში.

შაქრიანი დიაბეტის ფონზე განვითარებული გართულებების შესახებ მონაცემების დამუშავების შედეგად მივიღეთ შემდეგი სურათი.

გართულებები	რაოდენობა	%
I. კარდიოვასკულარული		
მიოკარდიუმის ინფარქტი	35	9%
არტერიული ჰიპერტენზია	136	62%
შუნტირება და ანგიოპლასტიკა	4	1%
სტენოკარდია	87	22%
II. თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა	24	6%
III. პერიფერიული ანგიო და ნეიროპათია		
ქვედა კიდურების პათოლოგია		
წყლული	5	1,3%
ბულსაცია არ ისინჯება	8	2%
ამპუტაცია:		
მუხლს ქვემოთ	4	1%
მუხლს ზემოთ	4	1%
მგრძნობელობა ტკივილზე (ჩხვლეტითი) დაქვეითებულია	26	6%
დაქვეითებულია ვიზუალური მგრძნობელობა	26	6%
IV. თვალი		
მხედველობის სიმახვილე ნორმალური	11	5,5%
დაქვეითებული ნაწილობრივ	190	92%
სრული სიბრმავე	5	2,5%
გლაუკომა	10	5%
კატარაქტა	137	68%
ნამკურნალები კატარაქტა	15	7,5%
რეტინოპათია	190	92%
მაკულოპათია	2	0,9%

დასკვნა:

როგორც გამოკვლევით მიღებული შედეგებიდან ჩანს ანამნეზი შეგროვილია ხარისხიანად მხოლოდ 54% -ში, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს ექიმთა არასაკმარისი ცოდნით ან სამედიცინო რუქებში ჩანაწერებისადმი უგულისყურო დამოკიდებულებით.

- მაღალია ნ თვეში მომართულ პაციენტთა რიცხვი(85%), რაც აიხსნება უკანასკნელ პერიოდში ექ. ენდოკრინოლოგისათვის უბნის მედპერსონალის ქმედითი დახმარებით პაციენტთა მოზიდვის საქმეში.
- სათანადოდ არ ხდება დაავადების გართულებებისათვის მაღალი რისკის ჯგუფების პირთა გამოვლინება და რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირებისათვის საჭირო ღონისძიებების გატარება.
- სისხლის არტერიული წნევის გასინჯვა დაფიქსირდა მხოლოდ პაციენტთა 85% -ში.
- სხეულის მასის ინდექსი განსაზღვრული აქვს ყველა პაციენტს: გამოვლინდა რომ სმი>30-ზე შემთხვევათა 21% -ში.
- პაციენტებს ეძლევათ რჩევა დიეტის შესახებ, მაგრამ არ ხდება პაციენტის სრული ინდივიდუალური შეფასება, შესაბამისი დიეტის და პერსონალური ფიზიკური აქტივობის გეგმის შედგენა.
- მიღებული მონაცემების მიხედვით პაციენტთა 12% მწვეველია. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ გამოკვლეულ პაციენტთა შორის 25მ ქალია და მათ შორის უმრავლესობა ასაკოვანია. სამედიცინო რუქებში აღნიშნულია რჩევა თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის შესახებ, მაგრამ არ არის აღნიშნული ის, თუ რამდენი ხანია რაც პაციენტი თამბაქოს ეწევა ან რა რაოდენობით. არ არის შემუშავებული მოწვევის შეწყვეტის ინდივიდუალური სტრატეგიული გეგმა.
- სათანადოდ არ ხდება შაქრიანი დიაბეტის მოსალოდნელი გართულებების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენისათვის პაციენტის გამოკვლევა.
- მხედველობის სიმახვილე შემოწმებულია პაციენტთა 52% -ში.
- ფუნდოსკოპია კი 54% -ში, მაშინ როდესაც გამოკვლეულ პაციენტთა შორის დიაბეტური რეტინოპათია გამოვლინდა 92% -ში, სრული სიბრმავე 2,5% .
- შარდში ცილა განსაზღვრული აქვს პაციენტთა 36% -ს მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული გამოკვლევები გათვალისწინებულია შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მეთვალყურეობის მუნიციპალური პროგრამით წელიწადში ერთხელ.
- ფეხებზე პულსი და მგრძობელობა გასინჯულია 80% -ში, რჩევა მისი მოვლის შესახებ კი ეძლევა მხოლოდ 13% -ს. ზემოაღნიშნული მიუთითებს მედპერსონალის არასაკმარის საორგანიზაციო მუშაობასა და არასათანადო სამედიცინო ცოდნაზე.
- არც ერთ ავადმყოფს არ ესინჯება სისხლში კრეატინინი და ლიპიდები, აღნიშნული გამოკვლევები არ კეთდება პოლიკლინიკის ლაბორატორიაში, სპეციალიზებულ კლინიკაში გაგზავნა კი დაკავშირებულია სიძველეებთან და დანახარჯებთან.
- ნ თვეში უზმოზე სისხლში გლუკოზა გაესინჯა მომართულ პაციენტთა 85% , რომელთაგან კარგად კონტროლირებადია 66% , შედარებით კონტროლირებადია 22% . ჩვენი აზრით სისხლში კარგად კონტროლირებადი გლუკოზის მონაცემები საეჭვოა. შესაძლოა ადგილი აქვს ჰიპერდიაგნოსტიკას, რასაც ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ ჩვენს ქვეყანაში ამჟამად არსებული პოლიტიკურ-სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში, როდესაც პაციენტი ვერ ახერხებს დიეტის და რეჟიმის დაცვას, მხოლოდ დიეტოთერაპიით კონტროლირებადია 17% .
- ცუდად კონტროლირებადი 12%-დან 72% გამოწვეულია ავადმყოფის მიერ რეჟიმის დარღვევით, რაც აიხსნება პაციენტის განათლების დაბალი დონით და უყურადღებობით თავისი დაავადების მიმართ. სისხლში გლუკოზის თვით მონიტორინგს ახორციელებს პაციენტთა 4% , ვინაიდან ავადმყოფებს არა აქვთ გლუკომეტრები.

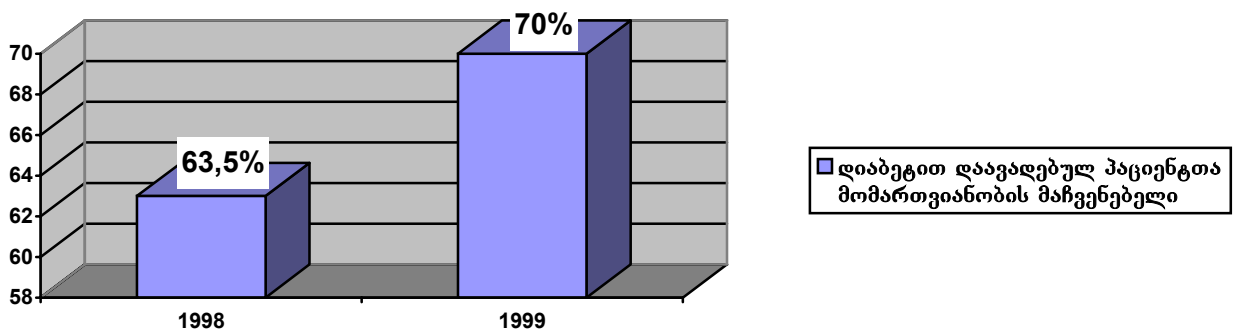
- ნაკლოვანებებია აგრეთვე მედიკამენტოზური მკურნალობის საქმეში. ასპირინით ხანგრძლივი მკურნალობა დანიშნული აქვთ ავადმყოფთა მხოლოდ 16%, მაშინ როდესაც არტერიული ჰიპერტენზია აღენიშნებათ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა 62%, სტენოკარდია 22%, მიოკარდიუმის გადატანილი ინფარქტი 9%. არ ტარდება მკურნალობა ჰიპოლიპიდემიური საშუალებებით და მეტფორმინით, მაშინ როდესაც ავადმყოფთა 21% -ში აღენიშნება სმი>30-ზე. როგორც ჩანს ექიმებს ესაჭიროებათ გარკვეული ინფორმაცია ზემო აღნიშნული მედიკამენტების გამოყენების შესახებ.
- არც ერთ შემთხვევაში არ არის შედგენილი პაციენტზე ორიენტირებული განათლების გეგმა.
- მონიტორინგისათვის შემდეგი ვიზიტი დანიშნულია მხოლოდ 19% -ში.
- სპეციალიზებულ კლინიკაში საკონსულტაციოდ არ არის გაგზავნილი არც ერთი პაციენტი. საფიქრებელია, რომ ისინი კლინიკაში ხვდებიან თვითდინებით, რაც მედპერსონალის არასაკმარისი საორგანიზაციო მუშაობის შედეგია.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების 1998 წელს და 1999 წელს ჩატარებული აუდიტის მონაცემების შედარებითი ანალიზი:

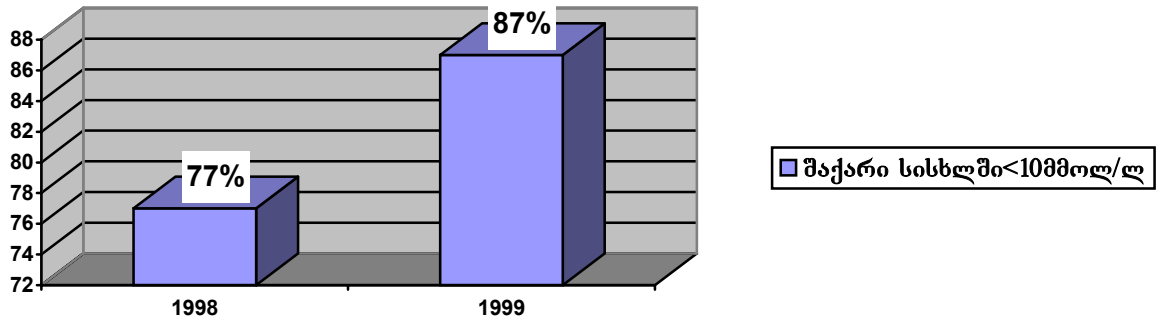
კრიტერიუმები	1998წელი	1999წელი
1. ავადმყოფთა მომართვიანობის მაჩვენებელი	63,5%	70%
2. უზმოზე სისხლში შაქარი <10მმოლ/ლ	77%	87%
3. თვალის ფსკერის გასინჯვა	33,2%	54%
4. პროტეინურია	37%	36%
5. სისხლის არტერიული წნევა	84%	85%
6. ქვემო კიდურების გასინჯვა		
—მგრძობელობა	0	80%
—პულსი	59,6%	80%

როგორც წარმოდგენილი ცხრილიდან ჩანს:

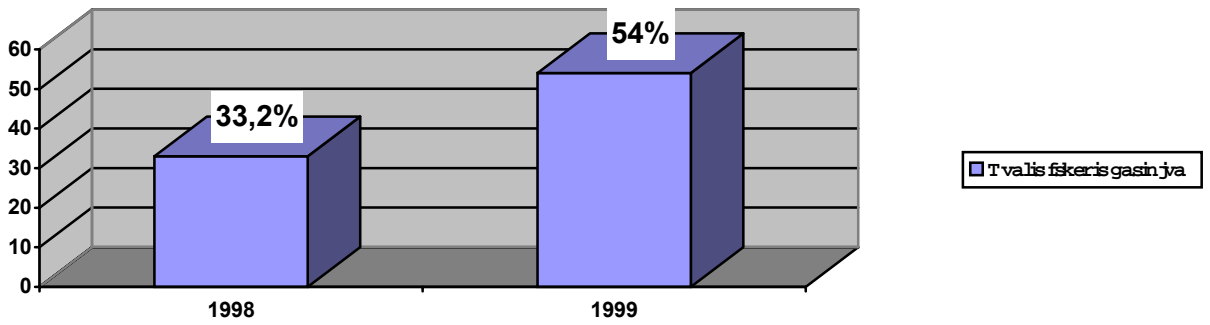
- პოლიკლინიკაში შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მომართვიანობის მაჩვენებელი გაიზარდა 6,5% -ით.



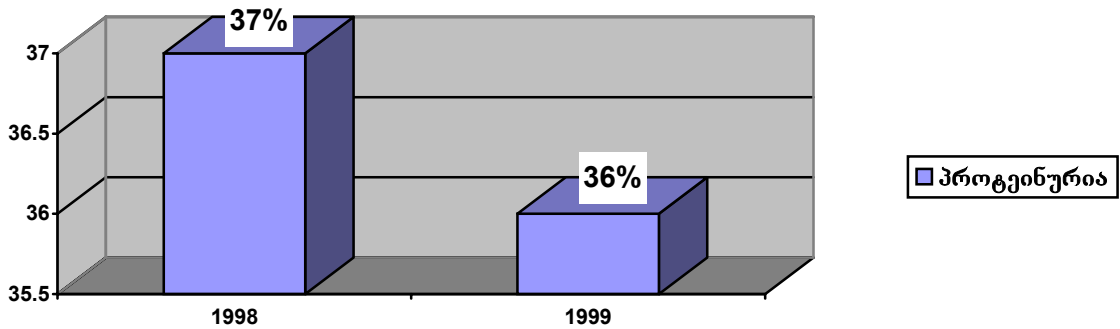
- უზმოზე სისხლში შაქარი <10მმოლ/ლ-ზე აღენიშნებათ ავადმყოფთა 10% -ით მეტს.



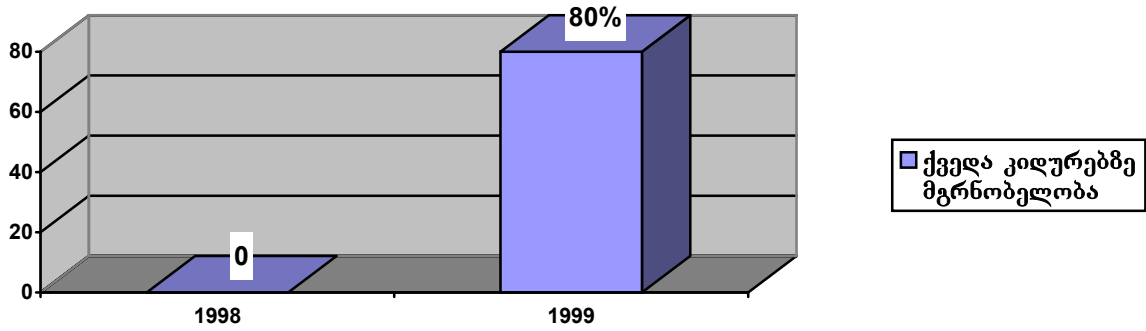
- თვალის ფსკერი გასინჯულია 20,8% -ით მეტ შემთხვევაში



- ქვემო კიდურებზე პულსაცია შეუფასდა 20,4% -ით მეტ პაციენტს.



- მგრძობლობა გარკვეულია 80% -ში ,მაშინ როდესაც დიაბეტური ნეიროპათიის გამოსავლენად ეს პროცედურა არ კეთდებოდა(0%).



მონაცემების გაუმჯობესების მიზეზი უნდა იყოს:

1. მედპერსონალის ქმედითი დახმარება ექიმის ენდოკრინოლოგისათვის საორგანიზაციო საქმეში. კერძოდ მათი აქტიური მონაწილეობა თავიანთ სამოქმედო ტერიტორიაზე მცხოვრები, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ მოქალაქეთა მოზიდვის უზრუნველყოფის საქმეში.
2. წინასწარ შედგენილი გრაფიკით იმ ავადმყოფთა ბინაზე მომსახურება, რომელთაც რაიმე მიზეზის გამო არ შეუძლიათ პოლიკლინიკაში მოსვლა.
3. უდავოა აგრეთვე მედ-პერსონალთან ჩატარებული საგანმანათლებლო მუშაობის მნიშვნელობა.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ძირითადი პასუხისმგებლობა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტთა სამედიცინო მეთვალყურეობაზე ჯერ კიდევ პოლიკლინიკის ექვ. ენდოკრინოლოგს აკისრია, რომელიც როგორც ჩატარებულმა კვლევამ გვიჩვენა ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის მაქსიმალურად მოცვას და სამედიცინო მომსახურების სრულყოფილ ორგანიზებას.

- პაციენტებთან გასული წლის მანძილზე ტარდებოდა ინდივიდუალური საგანმანათლებლო საუბრები, მაგრამ ორგანიზებული ჯგუფური მეცადინეობების(ე.წ. დიაბეტის კლინიკა) მოწყობა ვერ მოხერხდა.
- ვერ მოხერხდა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთათვის სპეციალური სამახსოვროების დამზადება.

ამრიგად, გასულ წელს ჩატარებული აუდიტის რეკომენდაციები შესრულდა ნაწილობრივ, რის შედეგადაც შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურება შედარებით გაუმჯობესდა, მაგრამ კვლავ საჭიროებს შემდგომ გაუმჯობესებას, როგორც ორგანიზაციული, ისე კლინიკური თვალსაზრისით.

ამრიგად წარმოდგენილი მონაცემების ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია გავაკეთოთ რამოდენიმე დასკვნა:

1. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა სამედიცინო მომსახურების პროგრამის მიხედვით, პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პასუხისმგებლობა ეკისრება ექვ. ენდოკრინოლოგს, რომელიც ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების სრულყოფილ ორგანიზებას.
2. ავადმყოფები არ მომართავენ პოლიკლინიკას მეთვალყურეობისა და სისხლში შაქრის მონიტორინგისათვის იმ სისწორით, როგორც ეს მუნიციპალური პროგრამით არის განსაზღვრული. აღრიცხვაზე მყოფ პაციენტთა 30% არ აკითხავს პოლიკლინიკას.
3. სათანადო ყურადღება არ ექცევა დაავადების მოსალოდნელი რისკ-ფაქტორების გამოვლენას და მათ მოდიფიცირებას.

4. სათანადოდ არ ტარდება დიაბეტის შესაძლო გართულებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლინება და მესამეული პრევენცია.
5. დაბალია პაციენტთა განათლების დონე, არ ტარდება ღონისძიებები მათი განათლებისათვის.
6. არასაკმარისია მედიკოსების ცოდნა ზოგად პრაქტიკაში ქრონიკული დაავადების მართვის მთავარი ასპექტების შესახებ.

რეკომენდაციები:

1. *შაქრიანი დიაბეტით რეგისტრირებული ყველა პაციენტის რეგულარული მომართვიანობის უზრუნველყოფა.*
 - ავადმყოფთა ზუსტი რეგისტრაცია, მომართვიანობის აღრიცხვა და პაციენტის სამედიცინო რუქაში ხარისხიანი ჩანაწერების წარმოება .
 - ცენტრში მომუშავე ექიანთაგან, რომლებიც ამჟამად მზადდებიან პირველადი ჯანდაცვის გუნდის ექთნებად უნდა შეირჩეს და მომზადდეს პრაქტიკის ექიანი სპეციალური ინტერესით დიაბეტი, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტებისათვის დიაბეტური კლინიკების მოწყობას, მათ განათლებას, ავადმყოფთა გამოძახების და განმეორებითი გამოძახების სისტემის დანერგვას.
 - პოლიკლინიკის სამედიცინო და სხვა პერსონალმა გამოიყენოს პაციენტთან ყველა შესაძლო კონტაქტი შაქრიანი დიაბეტის მონიტორინგის უზრუნველსაყოფად.
2. *აღრიცხვაზე მყოფი ყველა პაციენტის სისხლში შაქრის რეგულარული მონიტორინგის უზრუნველყოფა.*
 - პაციენტებს, რომელთაც რაიმე მიზეზის გამო არ შეუძლიათ პოლიკლინიკაში მოსვლა უნდა ჩაუტარდეს ბინაზე სისხლში შაქრის მონიტორინგი ცენტრის ლაბორანტის მეშვეობით.
 - მნიშვნელოვანია პაციენტების უზრუნველყოფა გლუკოზის გასაზომი მოწყობილობებით.
 - პაციენტთა განათლების ორგანიზება-კლინიკების მოწყობა, სპეციალური სამახსოვროების შექმნა და გამოყენება სისხლში შაქრის სისტემატური მონიტორინგის მნიშვნელობის, გლუკომეტრების გამოყენების და სპეციალურ ბარათებში ზუსტი ჩანაწერების წარმოების შესახებ. მეცადინეობების ორგანიზება პრაქტიკული ჩვენებების შესაძენად. ექთნების აქტიური მონაწილეობა აღნიშნულ საქმეში.

3. დაავადების მოსალოდნელი გართულებების განვითარებისათვის რისკ-ფაქტორების გამოვლენა და მათი მოდიფიკაცია;

1. სამედიცინო პერსონალმა გამოიყენოს პაციენტთან ყველა შესაძლო კონტაქტი, დაავადების მოსალოდნელი გართულებებისათვის რისკ-ფაქტორთა(თამბაქოს მოწევა, სიმსუქნე, არტერიული ჰიპერტენზია) გამოსავლენად.
 2. პაციენტების განათლების უზრუნველყოფა-კლინიკების მოწყობა, სპეციალური სამახსოვროების შექმნა, რისკ-ფაქტორების, მათი მოდიფიკაციის, შაქრიანი დიაბეტის მოსალოდნელი გართულებებისა და მათი თავიდან აცილების გზების შესახებ. სამახსოვროების გაგრძელება მოსახლეობაში.
4. *დაავადების გართულებათა ადრეული დიაგნოსტიკა*
- სკრინინგის ჩატარება მუნიციპალური პროგრამის ფარგლებში(სისხლის არეტ.წნევა, მხედველობის სიმანვილე, თვალის ფსკრის გამოკვლევა, ტესტი პროტეინურიაზე).

- აგადმყოფთა შემოწმების შედეგების ზუსტი აღრიცხვა, პროტოკოლებისა და სტანდარტიზებული ჩანაწერების წარმოება ზოგად პრაქტიკაში დამკვიდრებული წესების დაცვით.
- პაციენტთა განათლების უზრუნველყოფა-შაქრიანი დიაბეტის შესახებ სპეციალური სამასწავლებლების შექმნა და გამოყენება.

5. თვითდახმარების ჯგუფების ორგანიზება და მათი განათლების უზრუნველყოფა.

- აგადმყოფებისა და მათი ახლობლებისაგან თვითდახმარების ჯგუფების შექმნა
- თვითდახმარების ჯგუფებისათვის საგანმანათლებლო პროგრამის შედგენა და მათი სწავლების ორგანიზება. მეცადინეობების ჩატარება პრაქტიკული ჩვენებების შესაძენად.

ნ.სამედიცინო პერსონალის განათლება შაქრიანი დიაბეტის მართვის საკითხებთან დაკავშირებით ექიმებისა და ექთნებისათვის სასწავლო პროგრამის შედგენა

- სამედიცინო პერსონალისათვის სასწავლო პროცესის ორგანიზება.
- სპეციალური მეთოდური სახელმძღვანელოს შექმნა, რომლითაც ისარგებლებენ დაავადების მართვის პროცესში მონაწილე პროფესიონალები.

როგორ შეფასდება თითოეული ამოცანის წარმატებით განხორციელების ხარისხი?

1. ჩატარდეს აუდიტი თითოეული ამოცანის შესრულების ხარისხის შესაფასებლად;
2. სკრინინგული გამოკვლევების შედეგები- ადრეულ ეტაპზე გამოვლენილ გართულებათა რიცხვი.
3. დიაბეტურ გართულებათა განვითარების შემცირება, გლუკოზის ობტიმალური კონტროლის უზრუნველყოფის გზით;
4. პაციენტის კმაყოფილების დონის შეფასება სპეციალური კითხვარების გამოყენებით.
5. ექიმებისა და ექთნების ცოდნის შეფასება სასწავლო პროგრამის დასასრულს ჯამური შეფასების ორგანიზების გზით.

დანართი №2

შეკითხვები-მოკლე პასუხებით

1. რა არის აუდიტი?
2. რა მეთოდები გამოიყენება სამედიცინო პრაქტიკაში ხარისხის შესაფასებლად?
3. რა სარგებლობა მოაქვს აუდიტს ზოგადი პრაქტიკისათვის?
4. როგორ უნდა შეირჩეს საკითხი აუდიტისათვის?
5. ჩამოთვალეთ აუდიტის ტიპები?
6. რა ადგილი უჭირავს აუდიტს პრაქტიკის ბიზნეს-დაგეგმარებაში?
7. რა ადგილი უჭირავს აუდიტს პრაქტიკის შტატის პროფესიულ განვითარებაში?

მრავალ არჩევანიანი კითხვარი

1. აუდიტისათვის მონაცემთა შესწავლის სუსტი მხარე პროსპექტულთან შედარებით, არის:
 - ა) ძალიან ძვირია და ესაჭიროება დიდი დრო
 - ბ) უფრო რთულია კონტროლის დაწესება
 - გ) ცვლის ექიმის ქცევას, აფხიზლებს კლინიცისტს
 - დ) დამოკიდებულია ჩანაწერებზე, შესაძლოა რეალობას უსუსტად არ ასახავდეს
2. აუდიტის ციკლი, მენეჯმენტის ციკლისაგან განსხვავებით, მოიცავს შემდეგ აუცილებელ მოქმედებებს:
 - ა) დაგეგმარება, ორგანიზება, კადრებით დაკომპლექტება, კოორდინირება, მონიტორინგი, ცვლილებების საჭიროების იდენტიფიკაცია
 - ბ) კრიტიკერიუმებისა და სტანდარტების დასახვა, ინფორმაციის შეგროვება, შეფასება, ცვლილებების საჭიროებების იდენტიფიკაცია
 - გ) ამოცანების დასმა და სტანდარტების დასახვა, მონიტორინგი და ცვლილებების მართვა
 - დ) აუდიტინგი, მონიტორინგი, კონტროლინგი

აუდიტის კრიტიკული შეფასების შეკითხვა:

პრაქტიკის პროტოკოლის მიხედვით ყველა პაციენტი მოციმციმე არითმიით, თუ უკუნაჩვენები არ არის, უნდა იმყოფებოდეს ასპირინით ან ანტითრომბოზულ მკურნალობაზე. პრაქტიკის სამოქმედო ტერიტორიაზე განლაგებული მოსახლეობის რაოდენობა შეადგენს 6000 მოსახლეს.

მიღებულ იქნა შემდეგი მონაცემები:

- 11 პაციენტი ღებულობდა ასპირინს
- 9 პაციენტი იმყოფებოდა ვარფარინზე
- 10 პაციენტი არ ღებულობდა არცერთს

გთხოვთ თქვენს კომენტარს შემდეგ საკითხებზე:

- აუდიტის კრიტიკერიუმები
- შეგროვილ მონაცემთა ხარისხი
- კლინიკური ინტერპრეტაცია
- საჭირო ცვლილებების იდენტიფიკაცია, პოლიტიკის დანერგვა

მსმენელმა შესაბამისად უნდა გაითვალისწინოს:

- აუდიტის კრიტერიუმები
 - განმარტება, თუ როგორ იქნა კრიტერიუმები შერჩეული
 - რა წინააღმდეგჩვენებები აქვს ანტიბიოტიკოზულ თერაპიას და რა არის "ევიდენსი"
 - სტანდარტების დასახვა-რა არის ოქროს სტანდარტი?

- მონაცემთა ხარისხი
 - ინფორმაციის წყაროები-კომპიუტერული ჩანაწერები, დანიშნულების მიხედვით, ანკეტაში ჩანაწერები და სხვ.
 - ნიმუშირება-რამდენად სანდოა მონაცემები

- კლინიკური ინტერპრეტაცია
 - მცირე რაოდენობის გამო, შეზღუდულია
 - აუდიტის სტანდარტები-მიღწეულია თუ არა სტანდარტი
 - თუ განმეორებითი აუდიტია, საინტერესოა წინა აუდიტის შედეგები
 - ახსნა-განმარტება, თუ რატომ არ იღებს 10 პაციენტი არც ასპირინს, არც ვარფარინს

- ცვლილებების დანერგვა
 - უნდა შეიცვალოს თუ არა პროტოკოლი? მონაცემები ჩანაწერების მიხედვით საკმარისია? აქვთ თუ არა მოციმციმე არითმიით დაავადებული პაციენტების ზუსტი ინდექსი? როგორ შეიძლება იგი გაუმჯობესდეს?
 - პრაქტიკის გუნდის შეხვედრაზე წამოიწიოს ლიტერატურის მოძიების საკითხი
 - შეფასდეს ექთნების მიერ ჩატარებული ხანდაზმულთა სამედიცინო შემოწმების საკითხი
 - რე-აუდიტი როდის და რა მოდიფიკაციით უნდა ჩატარდეს
 - კადრები-რამდენად ჩართულია პროცესში პჯდ გუნდი
 - ცვლილებების საჭიროების იდენტიფიკაცია-ინფორმაციის შეგროვების გაუმჯობესება, ექიმების განათლება, ექთნების ცოდნისა და უნარ-ჩვევების შეცვლა ხანდაზმულ პაციენტთა სამედიცინო შემოწმების საქმეში