



**ოკუპირებული ტერიტორიებიდან  
დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა  
და სოციალური დაცვის სამინისტრო**

30 ნოემბერი 2023



ქ.თბილისი

**ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა**

**„საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების  
პაკეტისა და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტანდარტების დამტკიცების თაობაზე“**

„საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 14 სექტემბრის N473 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების მე-მე - 3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტის, 6 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „ო“ ქვეპუნქტებისა და 8<sup>1</sup>-ის „ნ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებით განსაზღვრული, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ფარგლებში განსახორციელებელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების უზრუნველყოფისა და ასევე, საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ამოცანების შესრულების ხელშეწყობის მიზნებისთვის,

**ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:**

1. დამტკიცდეს - „საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტი და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტანდარტები“ თანდართული დანართის შესაბამისად.
2. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

მინისტრი  
ზურაბ აზარაშვილი

ხელმოწერილია/  
შტამპდასმულია  
ელექტრონულად



**საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის  
მომსახურების პაკეტი და საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტანდარტები**

შინაარსი

1	შესავალი .....	2
2	პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტი .....	3
2.1	პირველადი ჯანდაცვის პაკეტის გაფართოვების ეტაპები და ვადები.....	5
3	საოჯახო მედიცინა - სპეციალობის შინაარსი .....	6
4	საოჯახო მედიცინის მახასიათებლები.....	8
5	ოჯახის ექიმის ძირითადი კომპეტენციების განმარტება .....	11
6	კომპეტენციების გამოყენების ძირითადი პრინციპები .....	13
7	ოჯახის ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესები.....	14
8	ზოგადი საექიმო პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტანდარტები .....	16
9	ტელემედიცინის ინტეგრაცია საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში.....	29
	დანართი №1. პრაქტიკის რეკომენდებული აღჭურვილობის და სამედიცინო საგნების ნუსხა.....	30

## 1 შესავალი

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება, უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებაა, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას.<sup>1</sup>

პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიზანია მოსახლეობაში დაავადებების ტვირთის შემცირება მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების იდენტიფიცირებისა და დაკმაყოფილების და ასევე მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრევენციულ სერვისებზე თანასწორი და დროული წვდომის უზრუნველყოფის გზით.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, პირველადი ჯანდაცვა სრულიად საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისკენ მიმართული მიდგომაა, რომლის მიზანია უზრუნველყოს ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესაძლო საუკეთესო მდგომარეობა და ჯანდაცვის რესურსის სამართლიანი გადანაწილება. ამის შედეგად ყველა ადამიანი უნდა მიიღოს მისი საჭიროების შესაბამისი დანმარება, მათთვის სასურველ გარემოში.

მოცემული დოკუმენტის მიზანია ზოგადი საექიმო პრაქტიკის და ოჯახის ექიმის კომპეტენციების მინიმალური სტანდარტების/მოთხოვნების განსაზღვრა, რათა უზრუნველყოფილი იქნას პაციენტის უსაფრთხოება, გაუმჯობესდეს სამედიცინო დანმარების ხარისხი და მიღწეული იქნას შესაბამისობა საკანონმდებლო მოთხოვნებთან. დოკუმენტის შემუშავებისას გამოყენებული იქნა ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის დეფინიციის ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის (WONCA-ს World Organization of Family Doctors) 2023 წლის გადახედვა, WONCA-ს პრაქტიკის აკრედიტაციის სახელმძღვანელო და კრიტერიუმები<sup>1</sup> და სხვა საერთაშორისო წყაროები<sup>2</sup>.

საქართველოს 2022-2030 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სტრატეგია ითვალისწინებს პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერებას და პჯდ პაკეტში სამედიცინო სერვისების მზარდ ინტეგრაციას. პჯდ ინტეგრირებული მოდელის ჩამოყალიბება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ოჯახის ექიმების პროფესიულ კომპეტენციებზე. პირველადი ჯანდაცვის პაკეტში სერვისების მზარდი ინტეგრაციის წინაპირობაა

<sup>1</sup> საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, თავი 1, მუხლი 3

ოჯახის ექიმების და ექთნების პროფესიული კომპეტენციების გაფართოვება ყოვლისმომცველი სერვისების მიწოდებისთვის.

## **2. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტი**

პირველადი ჯანდაცვის სამომავლო მოდელი უნდა უზრუნველყოფდეს სერვისების სრული სპექტრის პაციენტისთვის ხელმისაწვდომ და მისაღებ გარემოში განხორციელებას. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაავადებების პრევენციის, აღრეული გამოვლენის, ქრონიკული დაავადებების მართვის, ტუბერკულოზის, აივ-შიდსის, C ჰეპატიტის კონტროლის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენის და მართვის, რეაბილიტაციის სერვისების უზრუნველყოფა მოქალაქეს საშუალებას მისცემს დროულად და მარტივად მიიღოს მისთვის საჭირო მომსახურება. პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტის გაფართოვებასთან ერთად, მნიშვნელოვანია დღეს დაავადების მკურნალობაზე ორიენტირებული მიდგომის, ადამიანზე (პიროვნებაზე) ორიენტირებული მიდგომით ჩანაცვლება. აღნიშნული გაზრდის სერვისის მიწოდების პროცესში პაციენტის მონაწილეობას და პასუხისმგებლობის გადანაწილების შედეგად გაუმჯობესებს მკურნალობაზე დამყოლობას.

პირველადი ჯანდაცვის განახლებული მოდელი დაემყარება შემდეგ პრინციპებს, რომელთა რეალიზაცია, საბოლოო ჯამში, წარმოადგენს უკეთესი კლინიკური გამოსავლებისა და არარაციონალური დანახარჯების შემცირების საშუალებას:

**ადამიანზე ორიენტაცია**-პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება ოჯახის ექიმების, ექთნების, სოციალური მუშაკების და სხვა სპეციალისტების კომპეტენციების უწყვეტი განვითარებისა და მეცნიერულად დასაბუთებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების, პროტოკოლების და გზამკვლევების დანერგვის ხელშეწყობით;

**შედეგებზე ორიენტაცია** - აღრიცხვა-ანგარიშებისა და დაფინანსების ახალი მექანიზმების დანერგვის გზით, რაც მიმართული იქნება პერსონალის მოტივაციაზე უკეთესი კლინიკური შედეგების მისაღებად;

**საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის** სამსახურებთან და სამოქალაქო სექტორთან თანამშრომლობის გაძლიერება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემების ინტეგრირებული მართვისთვის;

პირველად ჯანდაცვაში **ინოვაციური ტექნოლოგიების** (მ.შ. ციფრული ტექნოლოგიები და ტელემედიცინა) დანერგვის ხელშეწყობა სპეციალისტებსა და ოჯახის ექიმებს შორის კავშირის გამარტივებისა და პრობლემების მართვის ერთიანი ქსელის ჩამოყალიბებისთვის.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე თითოეული მოქალაქე უწყვეტად მიიღებს პრევენციული, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და რეაბილიტაციის სერვისების ფართო სპექტრს ოჯახის ექიმისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნის პროფესიული კომპეტენციების ფარგლებში. ყოვლისმომცველი და ადამიანზე ორიენტირებული სერვისის დანერგვისთვის ეტაპობრივად გაიზრდება ოჯახის ექიმებთან და ზოგადი პრაქტიკის ექთნებთან ერთად ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკის, დიეტოლოგის მონაწილეობა შემთხვევების მართვაში.

### **პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური პაკეტი, მოიცავს შემდეგს:**

(1) ოჯახის ექიმის კონსულტაცია (მ.შ. საჭიროების შემთხვევაში ბინაზე);

(2) ბაზისურ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს: სისხლის საერთო ანალიზი, ჰემოგლობინი, ერითროციტების დალექვის სიჩქარე (ედს), შარდის ანალიზი, შარდის მიკროსკოპია, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, გლუკოზა ვენურ სისხლში, გლიკირებული ჰემოგლობინი (HbA1C), კრეატინინი, ქოლესტერინი სისხლში, ლიპიდების განსაზღვრა, კოაგულაციის დრო/პროთრომბინის დრო INR, TSH, ALT, AST, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, C-რეაქტიული ცილის სწრაფი ტესტი, სწრაფი Streptococcus A-ტესტი და სხვა ტესტები კლინიკური პრაქტიკის გზამკვლელების შესაბამისად.

(3) ბაზისურ ინსტრუმენტულ დიაგნოსტიკას: ელექტროკარდიოგრაფია, საჭმლის მომნელებელი სისტემის, შარდსასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით, ტრანსაბდომინურად), გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია და ძვლების რენტგენოგრაფია, სპირომეტრია.

ქრონიკული და გავრცელებული, ამბულატორიულად მართვადი დაავადებების ეფექტური მართვის, მოსახლეობისთვის აუცილებელ სპეციალიზებულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის და არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილების მიზნით პჯდ გაფართოვებული პაკეტის ფარგლებში შედის სპეციალისტის კონსულტაცია ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე - საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის (შემდგომში - მინისტრი) ბრძანებით დამტკიცებულ გზამკვლევებში მითითებული ჩვენებებით. ეს სპეციალისტებია: ენდოკრინოლოგი, კარდიოლოგი, ოფთალმოლოგი, ნევროლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, გინეკოლოგი, უროლოგი, ქირურგი.

პირველადი ჯანდაცვის ბაზისური და გაფართოვებული პაკეტის შემადგენლობა მტკიცდება „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების ფარგლებში, რაც უზრუნველყოფს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას საქართველოს მოსახლეობისთვის.

## 1.1 პირველადი ჯანდაცვის პაკეტის გაფართოვების ეტაპები და ვადები

წინამდებარე დოკუმენტით განსაზღვრული კომპეტენციების ჩარჩო და ოჯახის ექიმების პროფესიული განვითარების პროცესი მიმართული იქნება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით დაფინანსებული სერვისების ეტაპობრივი ინტეგრაციის ხელშეწყობაზე პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების პაკეტში, კერძოდ:

ეტაპობრივად გაფართოვდება პირველად ჯანდაცვაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრირება. ოჯახის ექიმების მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ადრეულ გამოვლენას ხელს შეუწყობს კლინიკური მართვის გზამკვლევების დანერგვა. 2024 წლიდან დაინერგება პირველად ჯანდაცვაში ბიპოლარული აშლილობის, დეპრესიული აშლილობის, რეკურენტული დეპრესიული აშლილობის, დემენციის, ფსიქოზების მართვის გზამკვლევები.

2025 წლიდან დამატებით დაინერგება ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების - ჰიპერკინეტიკური აშლილობა, ქცევის აშლილობების, ქცევისა და ემოციების შერეული აშლილობების, ბავშვებში ემოციური აშლილობების, სოციალური ფუნქციონირების აშლილობების, ტიკების, და სხვა ქცევითი და ემოციური აშლილობების გზამკვლევები.

2019 წლიდან აქტიურად ხორციელდება პირველად ჯანდაცვაში აივ/შიდსის, C hepatitis და ტუბერკულოზის ინტეგრირებული სკრინინგი. 2025 წლიდან მოხდება მკურნალობის კომპონენტის მზარდი ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, შესაბამისი დარგის სპეციალისტებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა ოჯახის ექიმების კომპეტენციის გაძლიერებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და ორსულთა მეთვალყურეობის საკითხებში:

(ა) 2024-2025 წლებში მოხდება ოჯახის ექიმების მიერ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე კონსულტირების პრაქტიკის გაფართოვება;

(ბ) 2023 წლიდან ამოქმედდა და 2024 წლიდან სრულად დაინერგება ოჯახის ექიმის მიერ ბინაზე პოსტნატალური ვიზიტის პრაქტიკა, რაც ხელს შეუწყობს ახალშობილის დროულ შეფასებას და იმუნიზაციის დაგეგმვას.<sup>2</sup>

(გ) 2027 წლიდან, პროფესიული კომპეტენციების გაფართოვების პარალელურად, ეტაპობრივად გაიზრდება ოჯახის ექიმების მონაწილეობა ორსულთა მეთვალყურეობის პროცესში, მეან-გინეკოლოგებთან მჭიდრო თანამშრომლობით;

---

2 „2023 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 30 დეკემბრის №609 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

დ) ონკოლოგიური დაავადებებზე სკრინინგის ხელშეწყობის მიზნით 2023 წლის ბოლოდან ოჯახის ექიმები ჩართულები არიან სკრინინგის ვიზიტის დაგეგმვის და შემდგომი მიღვევების ორგანიზებაში.<sup>2</sup> 2024-2025 წლებში მოხდება სკრინინგის პროგრამებში ოჯახის ექიმების ჩართულობის შემდგომი გაფართოვება;

ე) 2024 წლიდან მოხდება ბინაზე პალიატიური მოვლის სერვისების გაფართოვების მიზნით ოჯახის ექიმების კომპეტენციების გაძლიერება პალიატიური მოვლის და ტერმინალური მდგომარეობების ბინაზე მართვის საკითხებში.

აღსანიშნავია ისიც, რომ პირველად ჯანდაცვას მნიშვნელოვანი პოტენციალი გააჩნია, დადებითად იმოქმედოს ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობაზე და შეამციროს კლიმატისა და ბუნებრივი გარემოს ცვლილებებთან დაკავშირებული უარყოფითი შედეგები. ოჯახის ექიმებს, როგორც მათი თემის ფარგლებში წინა ხაზზე მომუშავე პროფესიონალებს, შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ კლიმატისა და გარემოს ცვლილებების ზეგავლენის შემცირებისკენ მიმართული ღონისძიებების დაცვაში, ხელი შეუწყონ მოსახლეობის ჩართულობას და ისეთ ღონისძიებებს, რომლებიც იცავს ადამიანებს აღნიშნული ცვლილებების ზეგავლენისგან.<sup>3</sup>

ერთიანი ჯანმრთელობის პრინციპების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ოჯახის ექიმების და ექთნების პროფესიულ საქმიანობაში მზარდი მნიშვნელობის პრიორიტეტია.<sup>3</sup>

ოჯახის ექიმების კომპეტენციების ჩარჩო და პირველადი ჯანდაცვის გუნდი (სხვა წევრები, მ.შ. ექთანი) ყალიბდება იმგვარად, რომ ხელი შეუწყოს სერვისების ფართო სპექტრის მიწოდებას, პაციენტის მდგომარეობის სწორად შეფასებას და საჭიროების შემთხვევაში რეფერალის ორგანიზებას.

### **3. საოჯახო მედიცინა - სპეციალობის შინაარსი**

WONCA-ს 2023 წლის ევროპული დეფინიციის თანახმად<sup>4</sup> „საოჯახო მედიცინა“ აკადემიური და სამეცნიერო დისციპლინაა საკუთარი საგანმანათლებლო ბაზით, კვლევებით, სამეცნიერო მტკიცებულებებით და კლინიკური საქმიანობით. საოჯახო მედიცინა არის პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული კლინიკური სპეციალობა.

საოჯახო მედიცინის განმანორციელებელია სპეციალისტი „ოჯახის ექიმი“.

ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია ყოვლისმომცველი და უწყვეტი ზრუნვის მიწოდებაზე სამედიცინო დახმარების მაძიებელი ნებისმიერი პირისთვის, მისი ასაკის, სქესისა და

---

<sup>3</sup> ერთიანი ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების 2023 - 2025 წლების სამოქმედო გეგმა, საქართველოს მთავრობის დადგენილება 361, 22/09/2023



დაავადების მიუხედავად. ოჯახის ექიმი პიროვნებაზე ზრუნავს მისი ოჯახის, საზოგადოების, კულტურის და კლიმატის და ერთიანი ჯანმრთელობის სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით, პაციენტის ავტონომიურობის პრინციპის პატივისცემით.

#### 4. საოჯახო მედიცინის მახასიათებლები

საოჯახო მედიცინის მნიშვნელოვანი მახასიათებლები, რაც ჯანდაცვის სისტემაში მის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას განაპირობებს, შემდეგია:

ა) საოჯახო მედიცინის მოდელზე დამყარებული პირველადი ჯანდაცვის ქსელი, ის ადგილია, რომელსაც პაციენტების უმრავლესობა, როგორც „პირველი კონტაქტის ადგილს“ მიმართავს და რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის პრობლემების ფართო სპექტრს ასაკის, სქესის და სხვა მახასიათებლების მიუხედავად.

ბ) საოჯახო მედიცინა ავითარებს პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას, რომელიც მიმართულია ინდივიდზე, მის ოჯახსა და საზოგადოებაზე. ეს სპეციალობა ხელს უწყობს პაციენტის უფლებებისა და შესაძლებლობების გაძლიერებას. საოჯახო მედიცინა მართავს პაციენტის პრობლემებს მისი ცხოვრებისეული გარემოებების კონტექსტში და არა როგორც უბრალოდ პათოლოგიას ან „შემთხვევას“. პროცესის საწყისი წერტილი არის პაციენტი. იმის გაგება, თუ როგორ ხედავს პაციენტი საკუთარ დაავადებას და როგორ უმკლავდება მას, იმდენადვე მნიშვნელოვანია, რამდენადაც თავად დაავადების მკურნალობა. ამოსავალი წერტილია პიროვნება მისი შეხედულებებით, შიშებით, მოლოდინებით და საჭიროებებით.

გ) საოჯახო მედიცინას გააჩნია კონსულტაციის უნიკალური პროცესი, რომელიც ამყარებს ურთიერთობას ღრთა განმავლობაში ექიმსა და პაციენტს შორის ეფექტური კომუნიკაციის მეშვეობით. ყოველი კონტაქტი პაციენტსა და ოჯახის ექიმს შორის განვითარებადი ისტორიის ნაწილია, ხოლო ყოველი ინდივიდუალური კონსულტაცია შეიძლება დაეფუძნოს წინა გაზიარებულ გამოცდილებას. აღნიშნული პირადი ურთიერთობების მნიშვნელობა განპირობებულია ექიმის კომუნიკაციური უნარებით და თავისთავად წარმოადგენს თერაპიულ პროცესს.

დ) საოჯახო მედიცინის სპეციალისტს ჯანდაცვის სისტემაში კოორდინატორის როლი აქვს, რაც მის მიერ პაციენტის მდგომარეობის მართვის პროცესის სწორად წარმართვაში, ჯანდაცვის სისტემის რესურსის ეფექტურ გამოყენებასა და პაციენტების ინტერესების დაცვაში გამოიხატება. სხვა სპეციალისტებთან კოორდინაციით საოჯახო მედიცინის სპეციალისტი უზრუნველყოფს, რომ პაციენტები, რომელთაც ესაჭიროებათ მეორეულ დონეზე არსებული მატალტექნოლოგიური სერვისები, ადეკვატურად მიიღებენ აღნიშნულს. დისციპლინის ძირითადი როლი მდგომარეობს იმაში, რომ პაციენტი დაიცვას ზიანისგან, რომელიც შეიძლება ახლდეს არასაჭირო სკრინინგს, გამოკვლევას ან მკურნალობას, აგრეთვე დაეხმაროს პაციენტს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული სირთულეების დაძლევაში.

ე) ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე, რომელიც ეფუძნება პაციენტის საჭიროებებს. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ოჯახის

ექიმის მიერ პაციენტისთვის გაწეული მომსახურება უნდა იყოს უწყვეტი. საოჯახო მედიცინის დისციპლინა იმდენად ფართოა რომ შესწევს უნარი სამედიცინო მომსახურება ადამიანს გაუწიოს დაბადებამდე (ანტენატალური მოვლა) და გარდაცვალების შემდეგაც მისი ოჯახისთვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის აღმოჩენის სახით. თუ პაციენტის საჭიროება სცილდება ოჯახის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებს, იგი პასუხისმგებელია რეფერალის სწორად დაგეგმვაზე, რათა პაციენტმა დროულად მიიღოს საჭირო სერვისი.

ვ) საოჯახო მედიცინის დისციპლინას ახასიათებს გადაწყვეტილების მიღების სპეციფიკური პროცესი, რომელიც ეყრდნობა საზოგადოებაში დაავადების პრევალენტობასა და ინციდენტობას.

ოჯახის ექიმთან პაციენტის პრობლემები ხვდება სრულიად განსხვავებული ფორმით, ვიდრე ჯანდაცვის მეორეულ დონეზე. დაავადებათა პრევალენტობა და ინციდენტობა პირველად ჯანდაცვაში განსხვავებულია ჰოსპიტალში გამოვლინებულისგან, ხოლო სერიოზული დაავადება ზოგად პრაქტიკაში უფრო იშვიათად ხვდება, ვიდრე საავადმყოფოში, რადგანაც ჯანდაცვის პირველად დონეზე არ ხდება პაციენტების წინასწარი გადარჩევა. აღნიშნული მოითხოვს გადაწყვეტილების მიღების სპეციფიკურ, ალბათობაზე დაფუძნებულ პროცესს, რომელიც ეფუძნება ცოდნას პაციენტებისა და საზოგადოების შესახებ. კლინიკური ნიშნის ან დიაგნოსტიკური ტესტის დადებით თუ უარყოფით პროგნოზულ ღირებულებას საოჯახო მედიცინასა და საავადმყოფოში სხვადასხვა წონა აქვს. ამდენად, დაავადებათა გავრცელების შესახებ ზუსტი ინფორმაციის გამოყენება საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში სწორი კლინიკური გადაწყვეტილების მისაღებად განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

ზ) ოჯახის ექიმი ერთდროულად მართავს ინდივიდუალური პაციენტის მწვავე და ქრონიკულ პრობლემებს.

საოჯახო მედიცინა უნდა მართავდეს ინდივიდუალური პაციენტის ჯანმრთელობის ყველა პრობლემას. ის არ შეიძლება შემოიფარგლოს მხოლოდ არსებული დაავადების მკურნალობით და ექიმს ხშირად უწევს მრავლობითი პრობლემის მართვა. პაციენტი ოჯახის ექიმს ხშირად რამდენიმე ჩივილით მიმართავს, რომელთა რიცხვი მატულობს ასაკთან ერთად. რამდენიმე მოთხოვნაზე ერთდროული რეაგირების აუცილებლობა ქმნის პრობლემების იერარქიული მართვის საჭიროებას, რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს როგორც პაციენტის, ისე ექიმის პრიორიტეტებს.

თ) ოჯახის ექიმი მართავს დაავადებას, რომელიც არადიფერენცირებულად ვლინდება ადრეულ სტადიაზე და შეიძლება მოითხოვდეს გადაუდებელ ჩარევას.

პაციენტი ოჯახის ექიმს ხშირად აკითხავს სიმპტომების დაწყებისას, რაც ართულებს ამ სტადიაზე დიაგნოზის დასმას. არნიშნული ნიშნავს, რომ პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება ხშირად მიიღება ლიმიტირებული ინფორმაციის საფუძველზე, ხოლო კლინიკური გასინჯვისა და გამოკვლევების პროგნოზული ღირებულება გაურკვეველია. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც კონკრეტული დაავადების

ნიშნები ზოგადად კარგად ცნობილია, აღნიშნული არ შეესაბამება ადრეულ ნიშნებს, რომლებიც ხშირად არასპეციფიკურია და საერთოა მრავალი დაავადებისთვის. რისკის მართვა მოცემულ გარემოებებში დისციპლინის საკვანძო მახასიათებელია. სასწრაფო სერიოზული პრობლემის გამორიცხვის შემდეგ, სრულიად შესაძლებელია, რომ გამოყენებული იქნას მოცდის ტაქტიკა, მოგვიანებით სიტუაციის განმეორებით შესაფასებლად. ერთი კონსულტაციის შედეგი ხშირად რჩება ერთი ან რამდენიმე სიმპტომის დონეზე, ზოგჯერ ისმება დაავადების სავარაუდო დიაგნოზი და იშვიათად საბოლოო დიაგნოზი.

ი) ოჯახის ექიმი ხელს უწყობს პაციენტებისა და მათი საცხოვრებელი გარემოს ეკოსისტემის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას ადეკვატური და ეფექტური ჩარევებით.

ჩარევები უნდა იყოს ადეკვატური, ეფექტური და შეძლებისდაგვარად ეფუძნებოდეს სარწმუნო მტკიცებულებებს. თუ ჩარევა საჭირო არ არის, მან შეიძლება გამოიწვიოს ზიანი და ჯანდაცვის ფასეული რესურსების უყაირათო ხარჯვა. ჩარევისას აუცილებელია არა მხოლოდ პიროვნების, არამედ გარემომცველი ეკოსისტემის ცოცხალი (ფლორა და ფაუნა) და არაცოცხალი (კლიმატი, ჰაერი, წყალი, ნიადაგი/დედამიწა, საკვები და ა.შ.) კომპონენტების კეთილდღეობის გათვალისწინება.

კ) ოჯახის ექიმს გააჩნია განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა საზოგადოებისა და გარემოს ჯანმრთელობაზე.

საოჯახო მედიცინის დისციპლინა აღიარებს, რომ ჯანმრთელობის პრობლემების მართვისას მას გააჩნია პასუხისმგებლობა როგორც ინდივიდუალური პაციენტის, ისე ფართო საზოგადოების მიმართ. აღნიშნული მიდგომა მოიცავს ადამიანების, ცხოველებისა და გარემოს ინტეგრირებულ ჯანმრთელობას, რომელიც ცნობილია „ერთიანი ჯანმრთელობის“ კონცეფციის სახელით. ერთიანი ჯანმრთელობის კონცეფციის დანერგვისას მნიშვნელოვანია თანამშრომლობა სოფლის მეურნეობის და ვეტერინარულ სექტორებთან, რათა გამოირიცხოს დაავადების გამომწვევი ყველა პოტენციური ფაქტორი.

ლ) ოჯახის ექიმი მართავს ჯანმრთელობის პრობლემებს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული, ეკოლოგიური და ეგზისტენციური განზომილებების გათვალისწინებით.

დისციპლინა აღიარებს ერთდროულად ყველა განზომილების მნიშვნელობას და თითოეულს ანიჭებს საკუთარ წონას. ავადმყოფობასთან დაკავშირებული ქვევა და დაავადების ხასიათი იცვლება აღნიშნული ფაქტორების ზემოქმედებით, ხოლო უკმაყოფილების დიდი წილი გამოწვეულია ჩარევებით, რომლებიც არ ითვალისწინებს პაციენტის პრობლემის ძირეულ მიზეზს.

## **5. ოჯახის ექიმის ძირითადი კომპეტენციების განმარტება**

ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის ზოგადი კომპეტენცია (ცოდნა, უნარ-ჩვევები, დამოკიდებულება) ექვს მთავარ კომპეტენციას ეფუძნება:

### **ა) პირველადი სამედიცინო დახმარების მართვა**

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

- მართოს პირველადი კონტაქტი პაციენტთან არადიფერენცირებული პრობლემით;
- მოიცვას ჯანმრთელობის პრობლემების სრული სპექტრი;
- მოახდინოს ზრუნვის კოორდინაცია პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებსა და სხვა სპეციალისტებთან;
- ეფექტურად და ადეკვატურად განახორციელოს სამედიცინო დახმარება და ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია;
- განახორციელოს სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და უსაფრთხოების მონიტორინგი, შეფასება და გაუმჯობესება;
- ხელი შეუწყოს პაციენტისთვის შესაბამისი სერვისის ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში;
- შეასრულოს პაციენტის ინტერესების დამცველის როლი.

### **ბ) პიროვნებაზე ორიენტირებული დახმარება**

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

- გამოიყენოს პიროვნებაზე ორიენტირებული მიდგომა პაციენტის პრობლემების მართვისას, კონკრეტული პირის გარემოებების კონტექსტში;
- განავითაროს და გამოიყენოს ზოგადი პრაქტიკის კონსულტაცია ექიმ-პაციენტის ეფექტური ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად, პიროვნების ავტონომიურობის პატივისცემით;
- ურთიერთობის, პრიორიტეტების დასახვისა და მოქმედების დროს გამოიყენოს პარტნიორული პრინციპი;
- ხელი შეუწყოს პაციენტის შესაძლებლობების გაძლიერებას თვითმართვის და პრევენციის მიმართულებით, ცხოვრების ჯანსაღი წესის სასარგებლოდ ქცევის ცვლილების ჩათვლით;
- უზრუნველყოს სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, პაციენტის საჭიროებების გათვალისწინებით, უწყვეტი და კოორდინირებული ზრუნვის მართვით, ჯანდაცვის რესურსების დუბლირებისა და უყაირათო ხარჯვის მინიმუმამდე შესამცირებლად.

### **გ) პრობლემის გადაჭრის სპეციფიკური უნარ-ჩვევები**

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

- გადაწყვეტილების მიღების პროცესი დაუკავშიროს საზოგადოებაში დაავადების პრევალენტობასა და ინციდენტობას;
- ფოკუსირებულად შეაგროვოს და დაამუშავოს პაციენტის ანამნეზიდან, საექიმო გასინჯვიდან და გამოკვლევებიდან მიღებული ინფორმაცია და პაციენტთან თანამშრომლობით ასახოს მდგომარეობის მართვის შესაბამის გეგმაში;
- იმუშაოს განსაზღვრული პრინციპით, რომელიც გულისხმობს, მაგალითად, ეტაპობრივი კვლევის ტაქტიკას, დროის, როგორც დიაგნოსტიკის ინსტრუმენტის გამოყენებას და გაურკვევლობის ხარისხის სწორად შეფასებას;
- დაუყოვნებლივ ჩაერიოს საჭიროებისას;
- მართოს მდგომარეობები, გამოვლენის ადრეულ ეტაპზე, როდესაც ჯერ კიდევ არ იქნება გამოხატული სადიფერენციაციო სიმპტომები
- ეფექტურად და ეფექტიანად გამოიყენოს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ჩარევები.

#### **დ) ყოვლისმომცველი მიდგომა**

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

- ერთდროულად მართოს მრავლობითი ჩივილი და პათოლოგია, პიროვნების ჯანმრთელობის როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული პრობლემები;
- ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის სტრატეგიის შესაბამისად გამოყენებით;
- მართოს და კოორდინირება გაუწიოს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის, პალიატიური ზრუნვისა და რეაბილიტაციის აქტივობებს;
- პაციენტებთან, სხვა პროფესიონალებთან, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებთან და პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან პარტნიორობით, იმუშაოს ერთიანი ჯანმრთელობის, კლიმატის ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის და მდგრადობის პრობლემებზე საპასუხოდ.

#### **ე) თეზე ორიენტაცია**

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

- შეუსაბამოს ინდივიდუალური პაციენტის და იმ საზოგადოების ჯანმრთელობის საჭიროებები, რომელშიც ცხოვრობს, არსებულ რესურსების გათვალისწინებით;
- ინდივიდუალური პაციენტის და იმ საზოგადოების ჯანმრთელობის საჭიროებები, რომელშიც ცხოვრობს, გააერთიანოს გარემოს ჯანმრთელობის საჭიროებებთან;

- შეარჩიოს პრაქტიკისთვის ეკოლოგიურად გამართლებული ლოკაცია და გაითვალისწინოს ენერგოეფექტური გზების გამოყენების შესაძლებლობები;
- შეარჩიოს პროფესიონალური სამედიცინო პრაქტიკის მინიმალურად დამაბინძურებელი მოდელი.

**ვ) ჰოლისტური მიდგომა (ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის გამოყენება კულტურული და ყოფითი ფაქტორების გათვალისწინებით).**

ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს:

- გამოიყენოს ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელი, კულტურული, ეგზისტენციალური და ეკოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით;
- მონაწილეობა მიიღოს საზოგადოების ინფორმირებაში პაციენტისა და გარემოს ჯანმრთელობის საერთო უპირატესობაზე, განსაკუთრებული აქცენტით ჯანდაცვის რესურსების ეფექტურ გამოყენებაზე;
- გააკეთოს რაციონალური არჩევანი, მედიკამენტების დანიშვნის ან მოხსნის, დიაგნოსტიკური ტესტის, სკრინინგული ან პრევენციული აქტივობის შერჩევის დროს.

**6. კომპეტენციების გამოყენების ძირითადი პრინციპები**

კომპეტენციების გამოყენებისას საოჯახო მედიცინის სწავლებაში, სწავლასა და პრაქტიკაში აუცილებელია სამი დამატებითი ძირითადი მახასიათებლის გათვალისწინება: კონტექსტუალური, დამოკიდებულებითი და მეცნიერული. აღნიშნული დამოკიდებულია ექიმის თვისებებზე და განსაზღვრავს მის უნარს, გამოიყენოს ძირითადი კომპეტენციები რეალურ ცხოვრებაში, სამუშაოზე.

**კონტექსტუალური ფაქტორები** გულისხმობს თავად ექიმის და მისი სამუშაო გარემოს კონტექსტის გაგებას, სამუშაო პირობების, საზოგადოების, კულტურის, ფინანსური და მარეგულირებელი ნორმების ჩათვლით. კონტექსტის გათვალისწინება გულისხმობს შემდეგს:

- ადგილობრივი საზოგადოების, მათ შორის, სოციალურ-ეკონომიკური, გეოგრაფიული და კულტურული ფაქტორების ზეგავლენის გაცნობიერება სამუშაო ადგილსა და პაციენტზე ზრუნვის პროცესზე;
- ინდივიდუალური პაციენტისთვის გაწეულ დახმარებაზე საერთო სამუშაო დატვირთვის, აგრეთვე ამ დახმარების მიწოდებისთვის საჭირო რესურსის (მაგალითად, პერსონალის, აღჭურვილობის) ზეგავლენის გაცნობიერება;
- ფინანსური და მარეგულირებელი ჩარჩოების გაცნობიერება, რომელთა ფარგლებშიც ხდება სამედიცინო დახმარების გაწევა პრაქტიკის დონეზე;
- ექიმის პირადი საცხოვრებელი და სამუშაო პირობების ზეგავლენის გაცნობიერება სამედიცინო დახმარებაზე, რომელსაც ის ახორციელებს.

**დამოკიდებულება**, რაც ეფუძნება ექიმის პროფესიონალურ შესაძლებლობებს, ღირებულებებს, გრძნობებსა და ეთიკურ პრინციპებს. დამოკიდებულების გათვალისწინება გულისხმობს შემდეგს:

- საკუთარი შესაძლებლობებისა და ღირებულებების გაცნობიერება - კლინიკური პრაქტიკის (პრევენციის/ დიაგნოსტიკის/ მკურნალობის/ ცხოვრების სტილზე მოქმედი ფაქტორების) ეთიკური ასპექტების განსაზღვრა;
- საკუთარი თავის შეცნობა: გაცნობიერება, რომ პიროვნების შეხედულებები და გრძნობები წარმოადგენენ პრაქტიკული საქმიანობის მნიშვნელოვან განმსაზღვრელ ფაქტორებს;
- პირადი ეთიკური ფაქტორების დასაბუთება და განმარტება;
- სამუშაოსა და პირადი ცხოვრების ურთიერთქმედების გაცნობიერება და სწრაფვა ოპტიმალური ბალანსის დაცვისკენ.

სამეცნიერო ასპექტები, რაც ნიშნავს კლინიკურ პრაქტიკაში მეცნიერებაზე დაფუძნებული მიდგომების დანერგვას და შენარჩუნებას, უწყვეტი განათლებისა და ხარისხის გაუმჯობესების გზით. სამეცნიერო ასპექტების ინტეგრირება კლინიკურ პრაქტიკაში გულისხმობს შემდეგს:

- სამეცნიერო კვლევის ზოგადი პრინციპების, მეთოდებისა და კონცეფციების, აგრეთვე სტატისტიკის საფუძვლების (ინციდენტობა, პრევალენტობა, პროგნოზული ღირებულება და ა. შ.) ცოდნა;
- პათოლოგიის, სიმპტომებისა და დიაგნოზის, მკურნალობისა და პროგნოზის, ეპიდემიოლოგიის, გადაწყვეტილების თეორიის, ჰიპოთეზების ფორმირებისა და პრობლემების გადაჭრის თეორიის, პრევენციული მედიცინის მეცნიერული საფუძვლების ღრმა ცოდნა;
- სამედიცინო ლიტერატურის მოძიების, კრიტიკული კითხვისა და შეფასების უნარი;
- უწყვეტი განათლებისა და ხარისხის გაუმჯობესების უნარის განვითარება და შენარჩუნება.

## **7. ოჯახის ექიმის პროფესიული საქმიანობის წესები**

პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევისას პრაქტიკაში მოღვაწე ყველა ექიმის საქმიანობა ხორციელდება „საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის“ შესაბამისად. აღნიშნული გულისხმობს ექიმის მიერ სამედიცინო ეთიკის ოთხი ფუძემდებლური პრინციპის დაცვას:

ა) **პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა** – პაციენტის შეხედულებებისა და მისი გადაწყვეტილების პატივისცემა, პაციენტისათვის მხარდაჭერა გაცნობიერებული და თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღებაში;



ბ) **სარგებლიანობა** – პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალურად სასარგებლო გადაწყვეტილების მიღება;

გ) **ზიანის მიუყენებლობა** (“არ ავნო”) – ზიანის თავიდან აცილება. თითქმის ყველა სამედიცინო ჩარევას ახლავს გარკვეული ზიანი, ოღონდ მოსალოდნელი სარგებლობა მუდამ უნდა აღემატებოდეს სავარაუდო ზიანს; ამასთან, ექიმი უნდა ეცადოს ზიანის მინიმუმამდე შემცირებას;

დ) **სამართლიანობა** – სარგებლობის, რისკის, აგრეთვე ხარჯების თანაბარი განაწილება; ერთი მხრივ, თანაბარ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისადმი თანაბარი დამოკიდებულება, ხოლო, მეორე მხრივ, არასაკმარისი რესურსების განაწილებისას პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინება.

პაციენტთან ურთიერთობისას ოჯახის ექიმი უნდა იცავდეს შემდეგ ძირითად პრინციპებს:

- I. თანაბარი და სამართლიანი დამოკიდებულება - თანაბარი და სამართლიანი დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ გულისხმობს, ერთი მხრივ, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გამორიცხვას, ხოლო, მეორე მხრივ, პაციენტის ინდივიდუალურ საჭიროებათა გათვალისწინებას. დაუშვებელია ექიმის მიერ პაციენტის დისკრიმინაცია წარმომავლობის, სოციალური მდგომარეობის, აღმსარებლობის, მსოფლმხედველობის, დაავადების ან სხვა რამ ნიშნის გამო. ამასთანავე, პაციენტისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევისას გასათვალისწინებელია მისი ინდივიდუალური საჭიროებანი, დაკავშირებული როგორც საკუთრივ ჯანმრთელობასთან, ისე რელიგიურ, ეთნიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ თუ სხვა პიროვნულ მახასიათებლებთან.
- II. პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა - პაციენტის როგორც პიროვნების პატივისცემა აუცილებლად გულისხმობს მისი აზრის, შეხედულებებისა და არჩევანის გათვალისწინებას, რაც ნიშნავს პაციენტის ავტონომიის აღიარებას.
- III. ინფორმაციის მიწოდება - პაციენტს უფლება აქვს, მისთვის გასაგებ ენაზე და გასაგები ფორმით მიიღოს ობიექტური, სრული, დროული ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.
- IV. პაციენტის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობის დაცვა - პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და პირადი ცხოვრების შესახებ ინფორმაცია კონფიდენციალურია. ექიმმა არ უნდა გაამჟღავნოს იგი არც პაციენტის სიცოცხლეში და არც მისი სიკვდილის შემდეგ. დაუშვებელია კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლებისათვის.
- V. პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობა - პაციენტისათვის მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ჰქონდეს გარკვეულწილად იზოლირებული, დაცული გარემო და სამედიცინო მომსახურების მიღებისას მორიდებული იყოს უცხო თვალს.

- VI. პაციენტის მონაწილეობა სტუდენტების, რეზიდენტების, ექიმების სწავლებასა და მომზადებაში - პაციენტის მონაწილეობა სტუდენტების, რეზიდენტების, ექიმების სწავლებასა და მომზადებაში სამედიცინო პრაქტიკის აუცილებელი თანამდევ პროცესია. პაციენტს უნდა განემარტოს, თუ რისთვის არის საჭირო სტუდენტების, რეზიდენტების და/ან სხვა ექიმების დასწრება პაციენტის ფიზიკური გასინჯვისას, რომელიმე სამედიცინო პროცედურის (ქირურგიული ჩარევის ჩათვლით) ან სხვათა მიერ ჩატარებული კონსულტაციისას. პაციენტის თანხმობა ამ შემთხვევებში აუცილებელია.
- VII. ჰოლისტიკური მიდგომა: პაციენტთან ურთიერთობის ბიოფსიქოსოციალური მოდელი - პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების (ანუ ბიოსამედიცინო პრობლემების) გადაჭრისას პაციენტის ფსიქოლოგიური მახასიათებლების და იმ სოციალური გარემოს თავისებურებების გათვალისწინება, რომელშიც პაციენტი ცხოვრობს (ოჯახი, სამსახური და ა.შ.).
- VIII. ექიმი – კომუნიკაციის ექსპერტი - პაციენტზე ორიენტირებული, ეფექტური კომუნიკაცია გულისხმობს პაციენტისადმი გულწრფელი თანაგრძნობის, თანადგომის გამოხატვას, ღია, გახსნილ, გულისხმიერ, თავაზიან ურთიერთობას მისი ნდობის მოსაპოვებლად.
- IX. ექიმი როგორც პაციენტის მასწავლებელი - პაციენტისათვის აღმოჩენილი სამედიცინო დახმარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია პაციენტის განათლება მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ (დაავადებათა პრევენცია, მკურნალობა, რეაბილიტაცია) საკითხებში. პაციენტის განათლება ხელს უწყობს ექიმსა და პაციენტს შორის ე.წ. „თერაპიული ალიანსის“ (თანამშრომლობის) ჩამოყალიბებას.

**8. ზოგადი საექიმო პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის სტანდარტები**

წინამდებარე თავი განსაზღვრავს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მოწყობის სტანდარტებს. ქვეყანაში მოქმედი პირველადი ჯანდაცვის ყველა დაწესებულებისთვის რეკომენდებულია მითითებული სტანდარტების, როგორც ხარისხის უზრუნველყოფის წინაპირობის შესრულება. მოთხოვნების ნაწილს სავალდებულო ხასიათი აქვს და გამყარებულია კანონდებლობით ან მინისტრის ბრძანებებით. ნაწილი წარმოადგენს საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკის მახასიათებელს და მათი შესრულება მნიშვნელოვანია პაციენტის გამოცდილების და კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით.

მოთხოვნა	განმარტება
----------	------------

<p>ოჯახის ექიმების კვალიფიკაცია</p>	<p>პჯდ დაწესებულებაში დასაქმებულ ყველა ოჯახის ექიმს, გააჩნია ოჯახის ექიმის სერტიფიკატი, და მონაწილეობს უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამებში ქვეყანაში დადგენილი წესის მიხედვით:</p> <p>ყველა ექიმი ფლობს ოჯახის ექიმის სერტიფიკატს;</p> <p>უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამაში მონაწილეობის მოწმობას/სერტიფიკატს;</p> <p>ყველა ექიმს გავლილი აქვს ტრენინგი გადაუდებელ დახმარებასა და გულ-ფილტვის რეანიმაციის პრინციპებში გასული 3 წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც.</p> <p>გამონაკლისს წარმოადგენს:</p> <p>მომიჯნავე სპეციალობის ექიმები, რომლებიც გადიან პროფესიულ მზადებას საოჯახო მედიცინაში;</p> <p>სხვა სპეციალობის რეზიდენტები/სტაჟიორები, რომლებიც გადიან სტაჟირებას პრაქტიკული გამოცდილების მისაღებად;</p> <p>დაწესებულებები, სადაც შეუძლებელია სერტიფიცირებული ოჯახის ექიმის დანიშვნა (მაგალითად, ზოგიერთ მაღალმთიან ლოკაციაზე ან სოფლად) და მომსახურებას სხვა სპეციალობის ექიმი აწვდის (მაგ. შინაგანი მედიცინის სპეციალისტი და/ან პედიატრი), კანონმდებლობის შესაბამისად.</p>
<p>სხვა სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრებს გავლილი აქვთ შესაბამისი სწავლება, გააჩნიათ სპეციალობის შესაბამისი სერტიფიკატი, რომელიც აღიარებულია ქვეყანაში და რეგულარულად მონაწილეობენ უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამებში:</p> <p>ყველა ექთანს და დამხმარე პერსონალს შეუძლია წარმოადგინოს კვალიფიკაციის დამადასტურებელი ქვეყნის მიერ აღიარებული დოკუმენტი:</p>

	<p>ექთნებს გააჩნიათ შესაბამისი კვალიფიკაცია და კომპეტენცია;</p> <p>ექთნები საქმიანობას აწარმოებენ საკუთარი პრაქტიკის კომპეტენციის ფარგლებში;</p> <p>ექთნებს შეუძლიათ წარმოადგინონ პროფესიისთვის შესაბამისი უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამებში მონაწილეობის მტკიცებულება;</p> <p>კლინიკურ მართვაში ჩართულ გუნდის ყველა სხვა წევრს შეუძლია წარმოადგინოს სათანადო კვალიფიკაციის, სწავლებისა და კომპეტენციის შესაბამისი მტკიცებულება;</p> <p>კლინიკურ მართვაში ჩართული გუნდის ყველა წევრი რეგულარულად მონაწილეობს უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროგრამებში;</p> <p>კლინიკურ მართვაში ჩართულ გუნდის ყველა წევრს გავლილი აქვს ტრენინგი გადაუდებელი დახმარებისა და გულ-ფილტვის რეანიმაციის პრინციპებში გასული 3 წლის განმავლობაში, ერთხელ მაინც.</p>
<p>ადმინისტრაციული პერსონალის სწავლება</p>	<p>ადმინისტრაციულ პერსონალს (მენეჯერი, რეგისტრატორი, ექთნის თანაშემწე და სხვ) გავლილი აქვს სწავლება პრაქტიკაში მისი როლის შესახებ, განსაკუთრებით, პაციენტის კონფიდენციალობის, სამედიცინო ჩანაწერების, რეგისტრაციის სისტემისა და ვიზიტების დაგეგმვის კუთხით-წელიწადში სულ მცირე ერთი ტრენინგი ზემოაღნიშნულ თემებზე, რაც დასტურდება კურსის დასრულების სერტიფიკატით (შესაძლოა ერთი ან რამდენიმე მოკლევადიანი კურსის გავლა).</p>
<p>პირველადი ჯანდაცვის შენობის ინფრასტრუქტურა</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის შენობა განლაგებულია თვალსაჩინო ადგილას და მასთან წვდომა უსაფრთხოა;</p> <p>მოსაცდელი სივრცე საკმარისია მისაღები პაციენტთა რაოდენობისთვის;</p>

	<p>მოსაცდელს გააჩნია ადეკვატური განათება, გათბობა და ვენტილაცია;</p> <p>პაციენტთა ნაკადის რეგულირება მარტივია და მოცდის დრო მინიმუმადეა დაყვანილი;</p> <p>რეცეფციის სივრცეში უზრუნველყოფილია პაციენტის ინფორმაციის კონფიდენციალობა;</p> <p>პრაქტიკის კლინიკური გუნდის თითოეული წევრისთვის სამუშაო დროის ნებისმიერ მონაკვეთში ხელმისაწვდომია სპეციალურად გამოყოფილი ოთახი/სივრცე პაციენტის გასინჯვისა და კონსულტაციისთვის;</p> <p>ხანძარსაწინააღმდეგო მოწყობილობა და სასწრაფო ევაკუაციის გეგმა განთავსებულია თვალსაჩინო/ხელმისაწვდომ ადგილას;</p> <p>ყველა საკონსულტაციო ოთახი: დაცულია ზედმეტი ხმაურისგან;</p> <p>არის შესაბამისი ფართობის და აღჭურვილია სათანადო რაოდენობის ავეჯით (სკამი, მაგიდა და ა. შ.);</p> <p>საკონსულტაციო ოთახები ადეკვატურად ვენტილირებადი და განათებულია (სამუშაო განათების ჩათვლით);</p> <p>აღჭურვილია გასასინჯი ტახტით (სასურველია, რეგულირებადი სიმაღლით), რომელიც განთავსებულია პრივატულ სივრცეში (შემოსაზღვრულია შირმით ან ტიხრით);</p> <p>გასასინჯი სივრცე მოწყობილია იმგვარად, რომ დაცულია პაციენტის კონფიდენციალობა.</p>
<p>წყალმომარაგება, სანიტარიული და ჰიგიენური პირობები</p>	<p>პრაქტიკას გააჩნია ხელმისაწვდომი სასმელი წყალი;</p> <p>ტუალეტები მარტივად მიწვდომადია, მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის;</p> <p>პრაქტიკაში ტუალეტებზე განთავსებულია მკაფიო მინიშნებები;</p>

	<p>შეძლებისდაგვარად გათვალისწინებულია ცალ-ცალკე ტუალეტები პერსონალისა და პაციენტებისთვის;</p> <p>ტუალეტი ფუნქციონირებადია და ხელმისაწვდომია მათ შორის შშმ პირებისთვის;</p> <p>არსებობს მენსტრუალური ჰიგიენის დაცვისთვის აუცილებელი მასალები;</p> <p>ყველა გასასინჯ ოთახთან და ტუალეტთან ხელმისაწვდომია ხელსაბანი, საპონი და ერთჯერადი ხელსახოცები;</p> <p>ყველა კლინიკურ ოთახში ხელმისაწვდომია ალკოჰოლზე დამზადებული სანიტაიზერები და ერთჯერადი ხელთათმანები;</p> <p>დაწესებულებაში არსებობს დასუფთავების წერილობითი პროტოკოლი და შესაბამის პერსონალს ჩატარებული აქვს ტრენინგი აღნიშნულთან დაკავშირებით.</p>
<p>საინფორმაციო ტექნოლოგიები</p>	<p>დაწესებულებაში არსებობს სამედიცინო ინფორმაციის მართვის ელექტრონული სისტემა (ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერები) პაციენტის სამედიცინო ისტორიების ეფექტური მართვისა და მონაცემთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით;</p> <p>დაწესებულებას გააჩნია წვდომა ინტერნეტთან ჯანმრთელობის ერთიან ელექტრონულ მოდულებში მუშაობის, ტელემედიცინის სერვისების წარმოებისა და სხვადასხვა დაინტერესებულ მხარესთან კომუნიკაციის მიზნით.</p>
<p>პრაქტიკის აღჭურვილობა</p>	<p>პრაქტიკას გააჩნია სამედიცინო აღჭურვილობა, რომელიც აუცილებელია ყოვლისმომცველი პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიწოდებისთვის, გადაუდებელი რეანიმაციული ღონისძიებების ჩათვლით;</p>

	<p>პრაქტიკა აწარმოებს აღჭურვილობის მოვლა-შენახვას მწარმოებლის მიერ რეკომენდებული ინსტრუქციის შესაბამისად;</p> <p>აღჭურვილობის და აუცილებელი სახარჯი მასალის ნუსხა რეკომენდებული მინიმალური ჩამონათვალი იხილეთ დანართ №1-ში;</p>
<p>მედიკამენტების უსაფრთხო და ხარისხიანი გამოყენება</p>	<p>კლინიკური გუნდის მიერ ხდება შესაბამისი მედიკამენტების უსაფრთხო გამოწერა, გაცემა და დანიშვნა ინფორმირებული პაციენტისთვის;</p> <p>პჯდ პრაქტიკას გააჩნია პოლიფარმაციის შემთხვევებზე რეაგირების პროტოკოლი და შიდა სისტემა, რომელიც მოიცავს პაციენტის დანიშნულებების მონიტორინგს, პოლიფარმაციის შემთხვევების იდენტიფიცირებას, შესწავლას, აღრიცხვას და მართვას (მ.შ. რეაგირებას).</p>
<p>იმუნიზაცია</p>	<p>პრაქტიკაში არსებობს გუნდის მინიმუმ ერთი წევრი, რომელიც ძირითადად პასუხისმგებელია ცივი ჯაჭვის მართვაზე;</p> <p>გუნდის წევრი, რომელიც პასუხისმგებელია ცივი ჯაჭვის მართვაზე, უზრუნველყოფს, რომ აღნიშნული პროცესი წარმოებს ქვეყანაში დადგენილი ცივი ჯაჭვის რეჟიმის დაცვის რეკომენდაციების მიხედვით;</p> <p>გუნდის წევრი, რომელიც პასუხისმგებელია ცივი ჯაჭვის მართვაზე, აწარმოებს შემდეგი პროცესების მეთვალყურეობას, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ვაქცინების მარაგის ადეკვატური მართვა, კერძოდ პრაქტიკას აქვს და ასრულებს მარაგების შეკვეთისა და მოხმარების პროტოკოლებს და ცივი ჯაჭვის აღჭურვილობის მოვლა-შენახვის წესებს;</p> <p>ტარდება ვაქცინების შენახვის პროცედურის ყოველწლიური აუდიტი;</p> <p>მოწმდება ცივი ჯაჭვის უწყვეტობა, მათ შორის გუნდის შესაბამისი წევრებისთვის გადაცემის პროცესში;</p>

	<p>მოწმდება ვაქცინების მაცივრის ციფრული თერმომეტრის სიზუსტე;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია წერილობითი პოლიტიკა, რომელშიც დადგენილია ცივი ჯაჭვის დაცვის ლოკალური სპეციფიკური პროცედურა;</p>
<p>სამედიცინო დაწესებულებებთან ასოცირებული ინფექციები</p>	<p>პრაქტიკას გააჩნია სისტემა სამედიცინო დაწესებულებებთან ასოცირებული ინფექციების მინიმუმამდე შემცირების მიზნით:</p> <p>პჯდ დაწესებულება ვიზუალურად სუფთაა;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია წერილობითი პროტოკოლი ინფექციის კონტროლის საკითხებზე;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია სტერილიზაციის პროცედურების პროტოკოლი;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია კლინიკური ნარჩენების განადგურების პროტოკოლი .</p>
<p>ჯანმრთელობის ეროვნული და ადგილობრივი მონაცემების გამოყენება, რაც დაკავშირებულია სათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან ადგილობრივი თემის კონტექსტში.</p>	<p>პრაქტიკა რეგულარულად იყენებს შემდეგ მონაცემებს:</p> <p>ლოკალური დემოგრაფიული მონაცემები;</p> <p>ჯანმრთელობის ლოკალური სამიზნეები და გამოსავლები არაგადამდები და გადამდები დაავადებებისთვის.</p>
<p>მომსახურების დაგეგმვა რეგულარულ სამუშაო საათებში</p>	<p>პრაქტიკაში მოქმედებს მოქნილი სისტემა, რომელიც ითვალისწინებს პაციენტის კლინიკურ საჭიროებებს:</p> <p>გუნდის არასამედიცინო წევრებს, რომელთაც უნდებათ პირდაპირი კავშირი პაციენტებთან, ჩატარებული აქვთ სწავლება სასწრაფო სამედიცინო პრობლემების მქონე პაციენტების იდენტიფიცირებასა და ადეკვატურ რეაგირებაზე;</p> <p>არსებობს გადაუდებელი სამედიცინო საჭიროებების მქონე პაციენტთა ტრიაჟის სისტემა.</p>



სატელეფონო და ელექტრონული კომუნიკაცია	პაციენტს შეუძლია დროულად მიიღოს რჩევა ან ინფორმაცია საკუთარი კლინიკური საჭიროებების შესახებ ტელეფონით და ელექტრონული საშუალებებით (სადაც აღნიშნული ხელმისაწვდომია).
მომსახურება არასამუშაო საათებში	პრაქტიკაში არსებობს არასამუშაო საათებში სამედიცინო დახმარების გაწევის უსაფრთხო და გონივრული ღონისძიებები (მაგ. მორიგე ექიმი, სატელეფონო კონსულტაცია და სხვ). აღნიშნული ღონისძიებების გაცნობა ხდება მოსახლეობისთვის, მათ შორის პრაქტიკის საინფორმაციო ბროშურების მეშვეობით.
ინფორმაცია პრაქტიკის შესახებ	<p>პაციენტებს აწვდიან ადეკვატურ ინფორმაციას პრაქტიკის შესახებ, სამედიცინო დახმარებაზე წვდომის გასაადვილებლად:</p> <p>საინფორმაციო ბროშურა პრაქტიკის შესახებ, რომელიც მოიცავს მინიმუმ შემდეგ ინფორმაციას;</p> <p>პრაქტიკის მისამართი და ტელეფონის ნომერი;</p> <p>სამუშაო საათები და კონტაქტის დეტალები არასამუშაო საათებში;</p> <p>პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერების მართვის პოლიტიკა;</p> <p>პროცედურები პაციენტის უკუკავშირსა და საჩივრების მართვასთან დაკავშირებით.</p>
ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და პრევენციული სერვისები	<p>პრაქტიკის გუნდი ახორციელებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებათა პრევენციის და სკრინინგის მომსახურებას;</p> <p>ხდება პრაქტიკის მონაცემთა ბაზის გამოყენება რეგისტრირებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების იდენტიფიცირების მიზნით.</p>
გამოკვლევების შედეგების მიღვევების სისტემა	პრაქტიკას გააჩნია პროტოკოლი, რომელიც აღწერს, როგორ ხდება ლაბორატორიული, გამოსახულებითი და სხვა კვლევების, ან კლინიკური კორესპონდენციის

	<p>მიღვენება და მართვა, აგრეთვე გადახედვა და შემდგომი მეთვალყურეობა.</p>
<p>პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები</p>	<p>ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელი, კანონმდებლობით დადგენილი წესით, აწარმოებს სამედიცინო და სტატისტიკურ დოკუმენტაციას;</p> <p>ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ ხელმისაწვდომია საჭიროების შემთხვევაში, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად;</p> <p>არსებობს პაციენტთა რეგისტრაციის სისტემა, პაციენტის დემოგრაფიული და ჯანმრთელობის დეტალების მონაცემთა შესაგროვებლად;</p> <p>თითოეული პაციენტისთვის ივსება ინდივიდუალური სამედიცინო ბარათი (იდეალურ შემთხვევაში ელექტრონული), რომელიც მოიცავს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციას;</p> <p>თითოეულ კონსულტაციაზე პაციენტის სამედიცინო ბარათში კეთდება ჩანაწერი, რომელიც მოიცავს საკმარის ინფორმაციას, რათა პჯდ გუნდის სხვა წევრმა შეძლოს პაციენტის მდგომარეობის მართვის გაგრძელება;</p> <p>წარმოებს პაციენტთა რეესტრები: ქრონიკული დაავადებების მიხედვით, ადრეული ასაკის ბავშვების, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე, რისკის ჯგუფების და ა. შ.</p> <p>პრაქტიკა აწარმოებს პაციენტთა ინფორმირებას დაწესებულების მიერ პერსონალური სამედიცინო ინფორმაციის და კონფიდენციალობასთან დაკავშირებული საკითხების მართვის შესახებ;</p> <p>პაციენტის ჯანმრთელობის ჩანაწერებთან, გამოწერილ დანიშნულებასა და სხვა ოფიციალურ დოკუმენტაციასთან წვდომა გააჩნიათ მხოლოდ პრაქტიკის გუნდის ავტორიზებულ წევრებს.</p>
<p>მოთხოვნები ტელემედიცინის</p>	<p>ტელემედიცინის სერვისის განხორციელების შემთხვევაში პრაქტიკა აკმაყოფილებს მინიმალურ</p>

<p>განმახორციელებელი დაწესებულებებისთვის</p>	<p>მოთხოვნებს, რომლებიც ქვეყანაში დადგენილი წესით:</p> <p>ელექტროენერგია: ელექტროენერგიის შეუფერხებელი მიწოდება და დენის წყაროს საკმარისი რაოდენობა ტელემედიცინის აპარატურის შესაერთებლად;</p> <p>ინტერნეტთან წვდომა: ინტერნეტთან სტაბილური წვდომა;</p> <p>ტელეკონსულტაციისთვის გამოყოფილი პრივატული სივრცე;</p> <p>შესაბამისი განათება და ოთახის ჩაბნელების შესაძლებლობა ოფთალმოსკოპის გამოყენებისას;</p> <p>ტელემედიცინის განხორციელებისთვის აუცილებელი ციფრული პლატფორმა;</p> <p>ტექნიკური პრობლემების მოგვარების შესაძლებლობა;</p> <p>ტელემედიცინისთვის განკუთვნილი დისტანციური აპარატურის გამოყენების და უსაფრთხოდ შენახვის შესაძლებლობა.</p>
<p>ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებები</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში გამოყოფილია გუნდის მინიმუმ ერთი წევრი, რომელიც პასუხისმგებლობაა ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებებისა და სისტემების მართვა;</p> <p>პრაქტიკის გუნდის წევრები ერთმანეთს უზიარებენ ინფორმაციას ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების შესახებ;</p> <p>პრაქტიკაში დამკვიდრებულია უკუკავშირის მიღება გუნდის წევრებისგან ხარისხის გაუმჯობესების სისტემისა და ამ სისტემის ეფექტურობის შესახებ;</p> <p>დაწესებულების გუნდის წევრებს შეუძლიათ აღწერონ პრაქტიკის ის სფეროები, რომელთა გაუმჯობესებაც განახორციელეს გასული 3 წლის განმავლობაში.</p>

<p>პაციენტის ინტერესების და უფლებების დაცვა</p>	<p>პრაქტიკა არ ახდენს რომელიმე პაციენტის დისკრიმინაციას სერვისზე ხელმისაწვდომობის ან მკურნალობის რომელიმე ეტაპზე მართვის პროცესის დაგეგმვის კუთხით;</p> <p>პრაქტიკა თანაგრძნობით ეკიდება პაციენტებს, რომლებიც უარს ამბობენ კონკრეტულ მომსახურებაზე ან მიმართავენ ალტერნატიულ სპეციალისტს მეორე აზრის მოსაძიებლად;</p> <p>პრაქტიკა ახორციელებს ღონისძიებებს პაციენტის კონფიდენციალობის უზრუნველსაყოფად და პატივის სცემს მის ღირსებასა და დამოუკიდებლობას;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია პაციენტის საჩივრების მართვის სისტემა (მ.შ. ხდება პაციენტის კმაყოფილების რეგულარული შეფასება);</p> <p>რუტინულად ხდება პაციენტის ინფორმირება მის უფლებაზე, კონსულტაციაზე დაისწროს მხარდამჭერი ან თანმხლები პირი;</p> <p>მკურნალობის პროცედურის შეთანხმებისას ხდება პაციენტისგან (ან მისი წარმომადგენლისგან) ინფორმირებული თანხმობის მიღება. ინფორმაცია წარმოდგენილია გასაგები ფორმით, რაც პაციენტს აძლევს შესაძლებლობას, გააკეთოს არჩევანი მკურნალობის სხვადასხვა ალტერნატივებს შორის.</p>
<p>პაციენტები შეზღუდული შესაძლებლობებით</p>	<p>ყველა პაციენტს, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობებით, შეუძლია მარტივად და უსაფრთხოდ მიიღოს წვდომა პრაქტიკის შენობასა და სერვისებთან. აღნიშნულის მისაღწევად პრაქტიკა იყენებს შემდეგ მეთოდებს:</p> <p>დერეფნების, საკონსულტაციო ოთახებისა და ტუალეტების დაგეგმარებაში შშმ პირის ეტლის გადაადგილების შესაძლებლობის გათვალისწინება;</p> <p>შშმ პირის ეტლის არსებობა ადგილზე, რომლის გამოყენებაც პაციენტს შეუძლია პრაქტიკაში ვიზიტის დროს;</p>

	<p>სათანადო პანდუსებისა და მოაჯირების დამონტაჟება;</p> <p>ნახატების, მინიშნებების და ინფორმაციის სხვა წყაროების გამოყენება პაციენტებისთვის ინტელექტუალური შესაძლებლობების შეზღუდვით, მხედველობის პრობლემებით ან ენის არასათანადო ცოდნით;</p> <p>შეზღუდული შესაძლებლობის პირებისთვის სამედიცინო დახმარებაზე წვდომის გაუმჯობესებისთვის პრაქტიკა იყენებს (სადაც შესაძლებელია);</p> <p>ინოვაციურ ტექნოლოგიებს, პაციენტებისთვის ტელემედიცინასა და ვიდეოკონსულტაციებთან წვდომის უზრუნველსაყოფად;</p> <p>საჭიროებისას ბინაზე ვიზიტებს.</p>
<p>კვლევითი საქმიანობა</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს, რომლებიც მონაწილეობენ კვლევით საქმიანობაში მოეთხოვებათ შემდეგი:</p> <p>დაწესებულების ბაზაზე მიმდინარე ყველა კვლევას მიღებული აქვს ეთიკის კომისიის ნებართვა;</p> <p>წარმოებს ნებისმიერი კვლევითი საქმიანობის დოკუმენტირება, რომელსაც მიღებული აქვს ეთიკის კომისიის ნებართვა;</p> <p>კვლევაში მონაწილეობაზე პაციენტთა თანხმობის მიღება და დოკუმენტირება ხდება კვლევის პროტოკოლით დადგენილი წესის მიხედვით;</p> <p>პაციენტი ინფორმირებულია, რომ უარი კვლევით აქტივობაში მონაწილეობაზე ზეგავლენას არ მოახდენს პრაქტიკაში მისთვის გაწეულ სამედიცინო მომსახურებაზე;</p> <p>შენარჩუნებულია პირადი ინფორმაციის დაცვის წესი მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში.</p>
<p>პროფესიული განვითარება</p>	<p>პრაქტიკა დიპლომამდელი და პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების უფლებასა და სასწავლო</p>

	<p>პრაქტიკის სტატუსს მოიპოვებს საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით;</p> <p>პრაქტიკა უზრუნველყოფს საოჯახო მედიცინის მოდელისათვის ადამიანური რესურსების პროფესიულ მზადებას, იცავს რა პრაქტიკაში სწავლებისა და მრავალდისციპლინარული სწავლების პრინციპებს;</p> <p>პრაქტიკაში შექმნილია ოპტიმალური გარემო სწავლის, სწავლების, სამეცნიერო კვლევების წარმოებისა და პროფესიული განვითარებისათვის;</p> <p>უწყვეტი პროფესიული განვითარება (უპგ) პრაქტიკის მიერ განიხილება, როგორც კლინიკური პრაქტიკის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი და ასახულია ბიუჯეტში, რესურსების განაწილებასა და დროის დაგეგმვაში;</p> <p>უპგ ადაპტირებულია 1) ცოდნის, უნარების, მიღგომების და მართვის გაუმჯობესებისკენ, თვითშეფასების საფუძველზე გამოვლენილი საჭიროებების მიხედვით; 2) საოჯახო მედიცინის ფარგლებში კონკრეტული სფეროს მიმართ არსებულ სპეციფიკურ ინტერესთან;</p> <p>უპგ გამოყენებულია სამეცნიერო მიღწევებისა და წინსვლების ორგანიზაციასა და პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია პოლიტიკა, რომელიც აფასებს ცალკეული ექიმის პროგრესსა და მიღწევას უწყვეტი პროფესიული განვითარების აქტივობებში;</p> <p>პრაქტიკის ყველა თანამშრომელი სათანადოდ აცნობიერებს საგანმანათლებლო პროცესის წარმოების მნიშვნელობას და ყოველმხრივ უწყობს ხელს მის შეუფერხებელ მიმდინარეობას;</p> <p>პრაქტიკა ცდილობს მის მიერ წარმოებული სამედიცინო საქმიანობა მაქსიმალურად დაუახლოვოს „საუკეთესო პრაქტიკის“ სტანდარტებს. ატარებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სისტემატურ კრიტიკულ შეფასებასა და</p>
--	---

	<p>ახორციელებს სათანადო ცვლილებებს გაუმჯობესებისათვის;</p> <p>პრაქტიკას გააჩნია სასწავლო პროცესის ჩატარებისათვის საჭირო რესურსი.</p>
<p>ადამიანურ რესურსის სასწავლო პრაქტიკისთვის</p>	<p>ადამიანური რესურსი:</p> <p>(ა) პრაქტიკაში მუშაობს, სულ მცირე, ერთი ოჯახის ექიმის მასწავლებელი (ოჯახის ექიმი, რომელიც ფლობს მოზრდილთა სწავლების უნარ-ჩვევებს). ასევე, სასურველია, პრაქტიკაში ფუნქციონირებდეს ზოგადი პრაქტიკის ექთნის მასწავლებელი და/ან ზოგადი პრაქტიკის მენეჯერის მასწავლებელი;</p> <p>(ბ) პრაქტიკა უფლებამოსილია მოამზადოს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კურსი და ჩაატაროს ტრენინგი მოქმედი კანონმდებლობის ფარგლებში.</p>
<p>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი სასწავლო პრაქტიკისთვის, კერძოდ:</p>	<p>სასწავლო პრაქტიკას გააჩნია შემდეგი მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:</p> <p>ა) სასწავლო ოთახი (ები);</p> <p>ბ) ბიბლიოთეკა;</p> <p>გ) სასწავლო აღჭურვილობა;</p> <p>დ) საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში კლინიკური საქმიანობის წარმოებისათვის აუცილებელი ბაზისური სამედიცინო აღჭურვილობა, ქვეყანაში დადგენილი წესის მიხედვით;</p> <p>ე) რეზიდენტის მუშაობისათვის საჭირო დამატებითი ფართი.</p>

### 9. ტელემედიცინის ინტეგრაცია საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში

ტელემედიცინის შესაძლებლობების დანერგვა მზარდ მნიშვნელობას იძენს პაციენტებისთვის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით. ტელემედიცინის სერვისის მიწოდებისთვის ოჯახის ექიმს უნდა გააჩნდეს შემდეგი კომპეტენციები:

1. ტელემედიცინის სერვისის მნიშვნელობის გაცნობიერება - ოჯახის ექიმს გაცნობიერებული აქვს ტელეკონსულტაციის მნიშვნელობა პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში და მისი უპირატესობა ექიმისა და პაციენტისთვის.
2. ტელეკონსულტაციის ტექნიკური გამოყენება - ოჯახის ექიმს გააჩნია ტელეკონსულტაციის პლატფორმის, მათ შორის, ვიდეოკონფერენციის წარმართვის, ფაილების გაზიარების და ტექსტური შეტყობინებების გაგზავნის უნარი. თუ პრაქტიკა ახორციელებს ტელეკონსულტაციებს აპრატურის გამოყენებით, ოჯახის ექიმი უნდა იცნობდეს დისტანციური აპრატურის გამოყენების პრინციპებს.
3. კომუნიკაცია დისტანციურად - ოჯახის ექიმს გააჩნია კომუნიკაციის ეფექტური უნარები პაციენტთან ურთიერთობის დასამყარებლად და ზრუნვისთვის აუცილებელი რჩევების მისაწოდებლად. ექიმს შეუძლია აწარმოოს პაციენტთან ურთიერთობა ეფექტურად და თანაგრძნობით, დისტანციისა და კულტურული ბარიერების მიუხედავად.
4. საკანონმდებლო და ეთიკური საკითხები - ოჯახის ექიმი აცნობიერებს ტელეკონსულტაციასთან დაკავშირებულ საკანონმდებლო და ეთიკურ ასპექტებს, როგორცაა ინფორმაციის კონფიდენციალურობა, პაციენტის თანხმობა და მონაცემთა დაცვა.
5. ლიდერობა და პროფესიონალიზმი - ოჯახის ექიმი იცავს პროფესიონალიზმის უმაღლეს სტანდარტებს, როგორცაა პუნქტუალობა, კონფიდენციალობა, პაციენტის ავტონომიურობის პატივისცემა, ეთიკური სტანდარტებისა და რეკომენდაციების შესრულება. ექიმს შეუძლია შეასრულოს ლიდერის როლი ტელეკონსულტაციების სერვისის განვითარებასა და დანერგვაში.
6. გუნდური მუშაობა - ოჯახის ექიმს შეუძლია ეფექტურად იმუშაოს, როგორც მულტიდისციპლინური გუნდის წევრმა და განახორციელოს შესაბამისი კოორდინაცია ჯანდაცვის სხვადასხვა პროვაიდერებს შორის, ტელემედიცინის ეფექტური სერვისის მისაწოდებლად.

**დანართი №1. პრაქტიკის რეკომენდებული აღჭურვილობის და სამედიცინო საგნების ნუსხა**

პრაქტიკას გააჩნია აღჭურვილობა პირველადი ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი მომსახურების გასაწევად:

- ოტოსკოპი და ოფთალმოსკოპი;
- სისხლში გლუკოზის მონიტორინგის ინსტრუმენტი;
- ერთჯერადი შპრიცები და ნემსები; ნიმუშების შესაგროვებელი კონტეინერები;



ელექტროკარდიოგრაფი;  
აღჭურვილობა რეანიმაციული ღონისძიებებისთვის, მათ შორის, სასუნთქი გზების  
გამტარობის შესანარჩუნებლად, ინტრავენური წვდომის გასამარტივებლად;  
გადაუდებელი დახმარებისთვის აუცილებელი მედიკამენტები;  
პაციენტის გასასინჯი სანათი;  
ხელთათმანები (სტერილური და არასტერილური);  
ქირურგიული ნიღბები;  
მეტრიანი ლენტი;  
ჟანგბადი ( მაგ. ჟანგბადის კონცენტრატორის საშუალებით);  
პულსოქსიმეტრი;  
ნევროლოგიური ჩაქუჩი;  
პიკ-ფლოუმეტრი;  
სასწორი (მოზრდილის, ბავშვის);  
სიმაღლის მზომი;  
სფიგმომანომეტრი (სხვადასხვა ზომის მანჟეტებით);  
სტეტოსკოპი;  
თერმომეტრი;  
ფანარი;  
შარდის ტესტ-ჩხირები, მათ შორის, ორსულობის დასადგენი ტესტი;  
საშოს სარკეები;  
მხედველობის სიმანვილის შესაფასებელი ტაბულა;  
აღჭურვილობა რენტგენის ფირების დასათვალისწინებლად;  
გინეკოლოგიური მაგიდა.

#### გამოყენებული ლიტერატურა

---

1 WONCA Practice Accreditation Criteria and Application Form, 2018:

<https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/resources/practice%20Accreditation/Practice%20Accreditation%20handbook%202018.pdf>

2 Standards for general practices 5th edition, 2020: <https://www.racgp.org.au/running-a-practice/practice-standards/standards-5th-edition/standards-for-general-practices-5th-ed-1>

3 Klemenc Ketiš Z, Rochfort A. Sustainability for Planetary Health: A Seventh Domain of Quality in Primary Care. Zdr Varst. 2022 Sep 28;61(4):198-200.

4 THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. WONCA EUROPE 2023 Edition: <https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>