

## გაწეული მომსახურების სიტყვიერი ანგარიში

ევროკავშირის გრანტით (№TACIS/2007/147562) დაფინანსებული „პირველადი  
ჯანდაცვის რეფორმის ხელშეწყობი პროექტის“ ფარგლებში

„კლინიკური პრაქტიკის შეფასება“

ლოტი №3

საანგარიშო პერიოდი:	01.10.2008 – 10.11.2008
ორგანიზაციის დასახელება:	კავშირი „საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი“
ადგილმდებარეობა:	ივ.ჯავახიშვილის ქ.№43

### ✓ გაწეული მომსახურების დეტალური აღწერილობა

#### ზოგადი მიმოხილვა

2008 წლის ოქტომბერ-ნოემბერში, სსიპ „საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პროექტების განმახორციელებელ ცენტრსა“ და „საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირს“ შორის გაფორმებული სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ №EU/IS/T-02 ხელშეკრულების ფარგლებში საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ კახეთის რეგიონში ჩატარდა საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის - 76 ექიმისა და 75 ექთნის (დანართი №1) კლინიკური ევალუაცია და საქმიანობის შეფასება. აღნიშნული შეფასება ჩატარდა 2006-2007 წლებში ევროკომისიის პროექტის ფარგლებში საერთაშორისო კონსულტანტებისა და მათი ქართველი პარტნიორების მიერ შემუშავებულ მეთოდოლოგიის გამოყენების საფუძველზე.

შემფასებელი და შესაფასებელი პერსონალი, ორივე, წინასწარ მოემზადა იმისათვის, რომ სწორად განესაზღვრათ სადისკუსიო საკითხები, რაზეც საჭირო იქნებოდა სათანადო რეაგირება.

აღნიშნული შეფასება ჩაატარა სპეციალურად მომზადებულმა პერსონალმა, რომელიც კარგად იცნობს დარგს, გააჩნია სათანადო ცოდნა და ექსპერტიზა (დანართი №2). ამავდროს, შემუშავებულ იქნა ძალიან ნათელი ადგილობრივი პროცედურები, უხერხულობისა და შეფასებასთან დაკავშირებული განცდების თავიდან აცილების მიზნით.

შესაფასებელ პერსონალს განემარტა, რომ შეფასება არის მიმდინარე პროცესი, რაც ხელს უწყობს პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას, რომ პერსონალური განვითარების საჭიროებების იდენტიფიცირება მუდმივად უნდა ხდებოდეს და იგი არ არის საქმიანობის მართვის ინსტრუმენტი, რომ შეფასება არის პოზიტიური პროცესი, რომლის დროსაც ყალიბდება ორმხრივი კავშირი და ხდება უკუგება პრაქტიკოსის წარსული საქმიანობის თაობაზე იმისათვის, რათა მან მუდმივად განსაზღვროს თავისი განვითარების საჭიროებები და დაგეგმოს მომავალი.

შეფასების შედეგი იყო შეთანხმება, რომელიც მოიცავდა პერსონალური განვითარების გეგმას, სადაც განისაზღვრა განვითარების ძირითადი ამოცანები მომავალი წლისათვის და მის განხორციელებასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობები.

## დეტალური აღწერილობა

### შეფასების მიზნები:

1. პერსონალური და პროფესიული განვითარების საჭიროებების განსაზღვრა და შეთანხმებული გეგმების შედგენა მათი განხორციელების მიზნით;
2. საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის სამუშაოსა და საქმიანობის მიმოხილვა; დისკუსია მიღწევებსა და გამოწვევებზე, რომელთაც ისინი განიცდიდნენ კურსის დასრულების შემდეგ. დისკუსია, აგრეთვე, მომდევნო წლის მომსახურების, პროფესიული პრაქტიკისა და სხვა ამოცანების შესახებ;
3. საოჯახო მედიცინაში გადამზადების პროგრამების განხილვა; პროგრამების კომპონენტებისა და გამოსავლების ევალუაცია - პრელუდია, შემდგომი განვითარების გზაზე.

აღნიშნული ინსტრუმენტის წარმატებით გამოყენების მიზნით 2008 წლის ოქტომბერ-ნოემბერში კონტრაქტის ამოცანების მისაღწევად, საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირმა განახორციელა შემდეგი აქტივობები:

- შეფასების სტანდარტიზებული დოკუმენტების (ფორმა 1, 2, 3 და სხვ.). (დანართი №3) თითოეული პროფესიონალისათვის დაბეჭდვა/წინასწარი დარიგება;
- შემფასებლებთან წინასწარი ტრენინგები ცოდნის განახლებისა და უნარ-ჩვევების განმტკიცების მიზნით და პერიოდული შეხვედრების ორგანიზაცია;
- შეფასების პერსონალური ბარათების დიზაინი (დანართი №4);
- თარიღისა და დროის შეთანხმება შესაფასებელ პერსონალთან;
- დისკუსია წინასწარ შევსებული ფორმების ირგვლივ; შეფასების მიზნით კონსულტაციებზე დასწრება და პაციენტების შესახებ ჩანაწერების მიმოხილვა;
- თითოეულ პრაქტიკოსთან შეთანხმებული უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინდივიდუალური გეგმების შედგენა და პერსონალური ბარათების შევსება;
- სპეციალური კითხვარის შევსება შეფასების პროცესთან დაკავშირებით (დანართი №5);
- შეფასების პროცესზე დაკვირვების განხორციელება და სპეციალური ფორმების შევსება (დანართი №6);
- შემფასებელთა ანგარიშის ფორმა (დანართი №7)
- დისკუსიების ჩატარება შემფასებლებთან შეფასების პროცესებთან დაკავშირებით;
- შეფასების შედეგების ანალიზი და ანგარიშების მომზადება

შეფასების პროცესი ორგანიზებული იყო ორგანიზატორების მიერ, რომლებიც აქტიურად მუშაობდნენ შემფასებლებთან, აწყობდნენ შეხვედრებს და წარმართავდნენ დისკუსიებს გამოცდილების გაზიარების მიზნით. შეხვედრები უზრუნველყოფილი იყო შესაფერისი გარემოთი და აღჭურვილობით.

სტანდარტიზებული შეფასების დოკუმენტებმა (ფორმა 1, 2, 3 და სხვ.) უზრუნველყვეს შეფასების პროცესის ფორმალური, მხარდამჭერი და მდგრადი სამუშაო სტრუქტურა. შეფასების შესაფერისი ფორმების წინასწარ შევსებამ შექმნა საფუძველი კონსტრუქციული დიალოგისა შემფასებელსა და შესაფასებელ პერსონალს შორის, რაც დასრულდა ჩანაწერებით, რომელმაც ასახვა ჰპოვა ორი მიმართულებით - წარსულ საქმიანობასა და გასაზღვრული პროფესიული განვითარების საჭიროებების თაობაზე.

ყველა ექიმსა და ექთანზე შედგენილ იქნა შეფასების პაკეტი, სადაც წინასწარ მომზადდა საკითხები, რაზეც უნდა წარმართულიყო შემდგომი დისკუსიები; შემფასებლებმა,

თვითონვე, უზრუნველყვეს შეფასების თარიღისა და დროის შეთანხმება შესაფასებელ პერსონალთან. ზოგიერთ შემთხვევაში, ხორციელდებოდა დაკვირვებას, დამატებითი უკუგების მიზნით. შემფასებლები საკმაოდ თავდაჯერებულად გამოიყურებოდნენ და გუნდის შეფასებას ფაქტიურად ასრულებდნენ 3-4 საათში. ყველა შესაფასებელი პერსონალის პასუხი იყო ძალიან პოზიტიური. ყველამ აღიარა, რომ პროცესი ძალიან დაეხმარათ მათ ბევრი საკითხის განსაზღვრაში. ორივე მხარემ, ყველა შემთხვევაში, გააკეთა ერთობლივი განცხადება მასზედ, რომ შეფასება ჩატარდა კარგად, თავს გრძობდნენ კომფორტულად.

შედეგებმა გამოავლინა, რომ საოჯახო მედიცინის გუნდებს ესაჭიროებათ შემდგომი ტრენინგები რამოდენიმე ძირითად სფეროში. ქვემოთ მოყვანილია დეტალური მონაცემები, თითოეული ექიმისა და ექთნის საჭიროებების შესახებ. სწავლება პირველად ჯანდაცვაში გავრცელებული დაავადებების მართვის ეროვნული სტანდარტების (პროტოკოლების) შესახებ, საოჯახო მედიცინაში პაციენტის ჩანაწერების თაობაზე, შემდგომი ტრენინგები აღჭურვილობის გამოყენებასთან დაკავშირებით, კომპიუტერის გამოყენება - ზოგადად ეს გახლდათ იმ ძირითადი საკითხების ჩამონათვალი, რომელიც საერთო იყო ორივეს - ექიმისა და ექთნებისათვის.

შემფასებლებს ჰქონდათ შესაძლებლობა დასწრებოდნენ კონსულტაციებს და მიმოეხილათ პაციენტების შესახებ ჩანაწერები. შედეგებმა გვიჩვენა, რომ გუნდებს არა აქვთ შესაძლებლობა მოახდინონ დემონსტრირება პრობლემების მართვის ჰოლისტიკური მიდგომისა, პრევენციული და ჯანმრთელობის დამკვიდრების შესაძლებლობების გამოყენებისა ანუ ვერ ახდენენ შეძენილი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების რეალიზაციას. შემფასებლებმა ინდივიდუალურად შეათანხმეს პერსონალური განვითარების გეგმები თითოეულ პრაქტიკოსთან.

შესაფასებელი პერსონალის მიერ დისკუსიის დროს წამოწეული იყო და წუხილი გამოთქვეს გარკვეულ საკითხებზე პირველი ინსტანციის შემფასებლებთან პრობლემების გადაჭრის მიზნით; მათ ისაუბრეს სისტემის განვითარების ბარიერებზე; აქტივობებზე, რომელზე მხარდაჭერასაც ისინი მოელიან ლოკალურ ან უფრო მაღალ დონეებზე. შესაფასებელი დისკუსიის დეტალები ყველა მონაწილისათვის კონფიდენციალურია. მათ განიხილეს და შეთანხმდნენ, თუ რა ინფორმაცია უნდა გაეზიარებინათ მათი დამქირავებლებისა და ჯანმრთელობის ხელისუფლების ორგანოებისათვის.

✓ ხარისხობრივი და რაოდენობრივი კვლევის შედეგები

რაოდენობრივი კვლევის შედეგები:

შეფასდა ექიმი - 76

შეფასდა ექთანი - 75

მუშაობს პირველად ჯანდაცვაში ექიმად - 76

მ.შ. ექიმი პედიატრი - 25 (32,8%)

მუშაობს ოჯახის ექიმად - 3

მუშაობს პირველად ჯანდაცვაში ექთნად - 7316

მუშაობს ზოგადი პრაქტიკის ექთნად - 2

გააჩნია ლიცენზია ექიმს - 44

მოახდინა შეფასების ევალუაცია - 149

მოხდა დაკვირვება შეფასების პროცესზე - 7

*განვითარების საჭიროებები (მომავალი წლისათვის), რომელიც ასახულია მათ პერსონალური განვითარების გეგმებში*

განვითარების საჭიროებები ექიმებისათვის	რაოდენობა	პროცენტი
ჩანაწერების ახალი სისტემა	72	95%
დაავადებათა მართვის სტანდარტები	76	100%
ეკვ ინტერპრეტაცია	66	87%
კლინიკური გასინჯვა	14	18%
მცირე ქირურგია	14	18%
ქალთა ჯანმრთელობა	10	13%
დიაბეტი	25	33%
ჰიპერტენზია	44	58%
ასთმა	46	61%
გიდ მართვა	48	63%
პედიატრია	14	18%
თირეოიდული დაავადებები	6	8%
ხანდაზმულთა მოვლა	12	16%
ნევროლოგია	7	9%
რაციონალური მკურნალობა	23	30%
ტუმბერკულოზი	3	4%
დერმატოლოგია	3	4%
კომპიუტერის მოხმარება	11	14%
გადაუდებელი დახმარება	16	21%
ოფთალმოსკოპია	28	37%
ოტოსკოპია	40	53%

პიკ-ფლოუმეტრია	27	36%
გლუკომეტრი	13	17%

განვითარების საჭიროებები ექთნებისათვის	რაოდენობა	პროცენტი
ჩანაწერების ახალი სისტემა	75	100%
დაავადებათა მართვის სტანდარტები	34	45%
გიდ მართვა	34	45%
დიაბეტი	35	47%
ჰიპერტენზია	29	39%
ასთმა	7	9%
პედიატრია	20	27%
ნევროლოგია	2	3%
ხანდაზმულთა მოვლა	46	61%
ქალთა ჯანმრთელობა	9	12%
ბინაზე მოვლა	4	5%
მცირე ქირურგია	24	32%
ტუმბერკულოზი	2	3%
კომპიუტერის მოხმარება	15	20%
გადაუდებელი დახმარება	37	49%
ნებულაიზერის გამოყენება	7	9%
გლუკომეტრია	26	35%
პიკ-ფლოუმეტრია	3	4%
ყურის გამორეცხვა	14	19%
ლაბორატორიული ტესტები	3	4%
ელექტროკარდიოგრაფია	15	20%

**რა უშლით ხელს სამუშაოზე ან ზოგადად კლინიკურ პრაქტიკაში დასმული ამოცანების მიღწევაში ?**

**ოჯახის ექიმი**

	N	%
სტანდარტების არარსებობა	71	93%
დაბალი მოტივაცია	72	95%
კონტრაქტების არარსებობა	72	95%
უბნები არ არის ფორმირებული	76	100%
კომუნიკაციის გართულება	23	30%
გადაუმზადებელი კადრები	33	43%
გუნდში გაურკვეველი როლები	66	87%

არაადექვატური სამუშაო პირობები	56	74%
ტრანსპორტირება გამწვანებულია	29	38%
შენობის არარსებობა	18	24%

**ზოგადსაქიმიო პრაქტიკის ექთანნი**

	N	%
სტანდარტების არარსებობა	71	95%
დაბალი მოტივაცია	75	100%
კონტრაქტების არარსებობა	75	100%
უბნები არ არის ფორმირებული	34	45%
კომუნიკაციის გართულება	29	39%
გადაუმზადებული კადრები	6	8%
გუნდში გაურკვეველი როლები	70	93%
არაადექვატური სამუშაო პირობები	53	71%
ტრანსპორტირება გამწვანებულია	15	20%
შენობის არარსებობა	12	16%

*მონაცემები გვიჩვენებს გადამზადების პროგრამის მომავალში მოდიფიცირების სურვილს (საჭიროებს შეცვლას)*

**ოჯახის ექიმი**

რაოდენობა

პროცენტი

საჭიროებს შეცვლას	28	37%
კურსის გახანგრძლივება		
მენეჯმენტის საკითხებზე მეტი დროის გამოყოფა	13	17%
გაუთვალისწინებელი შემთხვევების განხილვა	19	25%
მოდულებს შორის დასვენებისათვის დროის გამოყოფა	5	7%

**ზოგადსაქიმიო პრაქტიკის ექთანნი**

რაოდენობა

პროცენტი

საჭიროებს შეცვლას	26	35%
კურსის გახანგრძლივება	20	27%
მენეჯმენტის საკითხებზე მეტი დროის გამოყოფა	7	9%
გაუთვალისწინებელი შემთხვევების განხილვა	4	5%
მოდულებს შორის დასვენებისათვის დროის გამოყოფა	26	35%
კლინიკური ჩვევებისათვის მეტი დროის გამოყოფა	9	12%

## ხარისხობრივი კვლევის შედეგები:

შეფასების პროცესის ხარისხობრივი შეფასებისათვის გამოყენებული იყო შემდეგი ინსტრუმენტები:

- 1) შეფასების ევალუაციის ფორმა, რომელსაც ავსებდა შეფასებული პერსონალი, რომლის ვინაობის მითითებაც არ იყო სავალდებულო. კითხვარი მოიცავს შეკითხვებს იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორი იყო შესაფასებელი პერსონალის აღქმა აღნიშნულ პროცესთან დაკავშირებით (შეფასების ევალუაციის შედეგები იხილეთ დანართში №8)
- 2) დასწრება შეფასებაზე და შემფასებლის საქმიანობაზე დაკვირვება, თუ რამდენად ეფექტურად ჩატარდა შეფასება (დამკვირვებლის შეფასების შედეგები იხილეთ დანართში №9) .
- 3) შესაფასებელი პერსონალის საჭიროებების შეფასების მიზნით შემფასებელთა გამოკითხვა (გამოკითხვის შედეგები იხილეთ დანართში №10).
- 4) დისკუსია ჩატარდა შემდეგი შეკითხვების გარშემო:
  - (1) შესაფასებელი პერსონალის კლინიკური პრაქტიკის ძირითადი დადებითი და უარყოფითი მხარეები
  - (2) რამდენად შეიცვალა საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის პრაქტიკა კურსის დასრულების შემდეგ?
  - (3) რა არის ის ფაქტორები, რომლებიც ძალიან უშლით ხელს მიაღწიონ დასახულ მიზანს?
  - (4) რა ღონისძიებები განახორციელეს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის დანერგვისათვის?
  - (5) როგორ წარმოუდგენიათ თავის კარიერის განვითარება უახლოესი რამდენიმე წლის განმავლობაში?
  - (6) რა არის კლინიკური მომსახურების განვითარების სამომავლო საჭიროებები?

## შედეგები:

- 1) შეფასების ევალუაციის ფორმა - როგორი იყო შესაფასებელი პერსონალის აღქმა აღნიშნულ პროცესთან დაკავშირებით
- 2) დასწრება შეფასებაზე და შემფასებლის საქმიანობაზე დაკვირვება, თუ რამდენად ეფექტურად ჩატარდა შეფასება
- 3) შესაფასებელი პერსონალის საჭიროებების შეფასების მიზნით შემფასებელთა გამოკითხვა.

## დამატებითი კომენტარები

### სამედიცინო საქმიანობის შეფასება

- გადამზადებული პერსონალი არ აწარმოებს საოჯახო მედიცინის პრინციპებით მოსახლეობის მომსახურებას, ისინი ძველებურად აგრძელებენ მუშაობას. ვერ იყენებენ გადამზადების შედეგად მიღებულ ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს.
- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალი კურსის დასრულების შემდეგ ფაქტიურად არ მონაწილეობენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში.
- კონსულტაციის მაჩვენებელი კვლავ ძალიან დაბალია.

- ზოგადი პრაქტიკის ექთნის როლი და ფუნქციები კვლავ გაურკვეველია.
- დოკუმენტაციის წარმოების დამტკიცებული წესები არ არის დაცული, ჩანაწერები უხარისხოა
- საოჯახო მედიცინის ცენტრების მნიშვნელოვანი რაოდენობა კვლავ გაურემონტებელ შენობაში ფუნქციონირებს, არა აქვთ სათანადო აღჭურვილობა, ბევრი ექიმი და ექთანი არ არის გადამზადებული, მიუხედავად იმისა, რომ ამის საჭიროება არსებობს.
- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალი ელოდება ცვლილებების დაწყებას ზემოდან მიღებული დირექტივების საფუძველზე და საოჯახო მედიცინის კონტრაქტების ამოქმედებას.
- ხშირ შემთხვევაში ცვლილებებისადმი ბარიერებს ხელოვნურად ქმნიან რეზისტენტული მენეჯერები და ექიმი-სპეციალისტები.
- არ გააჩნიათ მომავლის ხედვა, არ არსებობს სტრატეგიული გეგმები პჯდ ცენტრებად ტრანსფორმაციის მიზნით, რაშიც უნდა მონაწილეობდეს გუნდის ყველა წევრი, რათა ერთად მოხდეს ორგანიზაციული მისიის, სტრატეგიული მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა
- არ გააჩნიათ დაავადებათა და პრობლემების მართვის სტანდარტები, არ აქვთ ფუნქციები გუნდში გადანაწილებული
- მთლიანად იგნორირებულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ცნება
- თვალსაჩინოა გადამზადებული პერსონალის დაბალი მოტივაცია და მორალი
- არის შემთხვევები, როდესაც გადამზადებული პერსონალი თავისი სურვილით ტოვებენ თანამდებობას (ზოგიერთი მათგანი კერძო სადაზღვევო კომპანიაშია დასაქმებული ან გადასულია მენეჯერად, რადიოლოგად, აფთიაქში ექიმად და ა.შ.); თუმცა, არის შემთხვევები, როდესაც გადამზადებულ პერსონალს მენეჯერმა არ გაუფორმა კონტრაქტი იმ მოტივით, რომ ძველ კადრს ახლით ვერ ჩაანაცვლებს, რადგან ზემოდან ამის შესახებ განკარგულება არ მიუღია; რამდენიმე წავიდა საზღვარგარეთ სამუშაოდ.
- ძალიან ხშირად შეფასების სურვილს გამოთქვამდნენ საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული ის პერსონალი, რომელიც დასაქმებულია პირველად ჯანდაცვაში, მაგრამ შესაფასებელთა სიაში რატომღაც ვერ მოხვდა.
- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული ექიმების უმეტესობას არ შეადგენენ პედიატრები (32,8%) როგორც ეს სამეგრელოსა და ქვემო ქართლის რეგიონებში აღინიშნება, რაც ადასტურებს იმას, რომ კურსში ჩარიცხვისა და სელექციის პროცედურები გადასახელია.

### **საოჯახო მედიცინაში გადამზადების კურსის ევალუაცია**

- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალი ვერ ახდენს კურსის გავლისას მიღებული ცოდნის, მიმართებებისა და უნარ-ჩვევების რეალიზაციას, რაც ძალიან სამწუხაროა. მათი გადმოცემით ის ენთუზიაზმი და იმედიც გაქრა, რაც კურსის გავლისას გაუჩნდათ (განსაკუთრებით, ექთნები განიცდიან იმ მოლოდინის გაცრუებას, რაც მათ დამოუკიდებელ პრაქტიკოსად ფუნქციონირებას ეხებოდა).
- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებულ პერსონალთან დისკუსიის დროს გამოიკვეთა, რომ გადამზადების კურსი არ საჭიროებს მნიშვნელოვან ცვლილებებს.
- თუმცა იყო მოსაზრებაც, რომ საჭიროა კურსის გახანგრძლივება, მენეჯმენტის საკითხებზე მეტი დროის გამოყოფა, გავრცელებულის გარდა იშვიათი საინტერესო შემთხვევების განხილვა, მოდულებს შორის დასვენებისათვის და გაცნობიერებისათვის დროის გამოყოფა და სხვ.
- იყო შემთხვევები, სადაც აღინიშნა, რომ მულტიდისციპლინური ტრენინგები არ უტარდებოდათ



- იყო წუხილიც იმის თაობაზე, რომ მენეჯმენტი ამოღებული იყო პროგრამიდან (შემდგომ დაზუსტდა, რომ რამდენიმე შემთხვევაში მენეჯმენტი საკითხები კურსის მიმდინარეობის დროს სასწავლო ცენტრებში არ გაუვლიათ)

## დასკვნა

### სამედიცინო საქმიანობის შეფასება

- გადამზადებული პერსონალი არ აწარმოებს საოჯახო მედიცინის პრინციპებით მოსახლეობის მომსახურებას:
  - არ ხდება სამედიცინო საჭიროებების შეფასება, რათა შემდეგ მოხდეს საჭიროებების შესაბამისი მომსახურების მიწოდება
  - არ ემსახურებიან ყველა ასაკისა და სხვადასხვა პროფილის პაციენტს
  - პაციენტთან კონტაქტი არ არის გამოყენებული ოპორტუნისტული, პრევენციული მიზნებით
  - ჩანაწერებში არ არის ასახული ჰოლისტიკური მიდგომა
  - არ ახორციელებენ უწყვეტ და მიმდინარე მეთვალყურეობას, არა აქვთ ინდივიდუალურ პაციენტებზე ჩამოყალიბებული პრობლემის მართვის გეგმები
  - როლები და ფუნქციები, გუნდში არ არის განაწილებული
  - ექიმებს არა აქვთ სურვილი და მზადყოფნა ფუნქციების დელეგირება მოახდინონ გუნდის სხვა წევრებზე
  - არ ხდება პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურება (არ არის დაცული პრივატულობა, კონფიდენციალობა, პაციენტის ღირსება და ავტონომია); პაციენტი კვლავ რჩება ექიმის დომინანტური ძალაუფლების ობიექტი, იგი სამედიცინო მომსახურების პასიური რეცეპიენტი, არ მონაწილეობს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, არ ხდება პაციენტის განათლება და მასთან პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება, მისი შიშის, წუხილისა და მოლოდინის შეფასება და სხვ.
  - არ ხდება დოკუმენტაციის წარმოება დადგენილი წესით და ა.შ.
- საოჯახო მედიცინის ცენტრების მნიშვნელოვანი რაოდენობა კვლავ გაურემონტებელ შენობაში ფუნქციონირებს, არა აქვთ სათანადო აღჭურვილობა.
- არ გააჩნიათ მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პედაგ-ში გავრცელებული პრობლემებისა და დაავადებათა მართვის სტანდარტები.
- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალი კურსის დასრულების შემდეგ ფაქტიურად არ მონაწილეობენ უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში.
- მთლიანად იგნორირებულია ხარისხი.
- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალი ელოდება ცვლილებების დაწყებას ზემოდან მიღებული დირექტივების საფუძველზე და საოჯახო მედიცინის კონტრაქტების ამოქმედებას.
- ხშირ შემთხვევაში ცვლილებებისადმი ბარიერებს ხელოვნურად ქმნიან რეზისტენტული მენეჯერები და ექიმი-სპეციალისტები.

### საოჯახო მედიცინაში გადამზადების კურსის ევალუაცია

- საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალი ვერ ახდენს კურსის გავლისას მიღებული ცოდნის, მიმართებებისა და უნარ-ჩვევების რეალიზაციას, რაც ძალიან სამწუხაროა.

- საოჯახო მედიცინაში გადამზადების კურსი არ საჭიროებს მნიშვნელოვან ცვლილებებს.
- მეტი ყურადღება ესაჭიროება მულტიდისციპლინურ ტრენინგებს და მენეჯმენტის საკითხებს.
- ძალიან მნიშვნელოვანია კურსის გავლის შემდგომი გადამზადებული პერსონალის საქმიანობის შეფასებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემის ჩამოყალიბება.

## **რეკომენდაციები**

### **სამედიცინო საქმიანობის შეფასება**

- საჭიროა პჯდ ცენტრებად ტრანსფორმაციის მიზნით სტრატეგიული გეგმების შემუშავება - განხორციელება, რაშიც უნდა მონაწილეობდეს გუნდის ყველა წევრი, რათა ერთად მოხდეს ორგანიზაციული მისიის, სტრატეგიული მიზნებისა და ამოცანების განსაზღვრა
- ძალიან მნიშვნელოვანია გუნდის წევრების, როგორც ლიდერების განვითარება
- საოჯახო მედიცინის უბნების ფორმირება და პრევენციაზე ორიენტირებული საოჯახო მედიცინის სამსახურების ჩამოყალიბება
- ძალიან მნიშვნელოვანია პჯდ ლოკალური პროტოკოლებისა და სტანდარტების შექმნა და დანერგვა, ცვლილებების მართვა, ხარისხზე ორიენტაცია
- მოტივაციის მექანიზმების ამოქმედება
- მნიშვნელოვანია დამატებითი ტრენინგების ჩატარება პირველად ჯანდაცვაში გავრცელებული დაავადებებისა და პრობლემების მართვის, პრევენციისა თუ აღჭურვილობის გამოყენების საკითხებზე და მათი აქტიური მონაწილეობა უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში.
- განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მულტიდისციპლინურ შეხვედრებს გუნდის ჩამოყალიბებისა და გუნდში როლებისა და ფუნქციების გადანაწილების მიზნით.
- ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტების დანერგვას.
- საჭიროა მომავალი პრობლემების გათვალისწინება და ბალანსის დაცვა კურსში ჩასარიცხთა სელექციის დროს, რადგან საოჯახო მედიცინაში შემოკლებული რეზიდენტურის კურსის ფარგლებში დღეისათვის დადგენილი წესებით, კახეთისაგან განსხვავებით, ირიცხებიან ძირითადად ექიმი-პედიატრები და პედიატრიული უბნის ექთნები, სადაც პედიატრების წილი 32,8%-ია.

### **საოჯახო მედიცინაში გადამზადების კურსის ევალუაცია**

- განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს მულტიდისციპლინურ ტრენინგების ჩატარებას გუნდის ჩამოყალიბებისა და გუნდში როლებისა და ფუნქციების გადანაწილების მიზნით.
- მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ზოგადი მენეჯმენტის საკითხების განხილვა, არამედ კურსის სასწავლო ამოცანების შესაბამისი სწავლების განხორციელება, რამაც უნდა მისცეს შესაძლებლობა მსმენელებს გამოიყენონ შეძენილი ცოდნა და უნარ-ჩვევები ყოველდღიურ საქმიანობასა და მომავლის დაგეგმვაში.
- მნიშვნელოვანია სწავლების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შექმნა

## შეკითხვა

- რა ელის საოჯახო მედიცინას საქართველოში, თუკი 2009 წლისათვის არ იქნება პირველადი ჯანდაცვის უნივერსალური ბაზისური პაკეტი, ვინ დააფინანსებს პრევენციულ პროგრამებს, გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების მართვას?
- როგორია ჯანდაცვის მთავრობის პოლიტიკა, ვინ დააფინანსებს სამედიცინო პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას ქვეყნის მასშტაბით?
- როგორია ჯანდაცვის მთავრობის პოლიტიკა ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ჩამოყალიბების თვალსაზრისით?
- გაგრძელდება თუ არა ექიმთა რევალიდაციის პროცესი (საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის აქტივობები უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში მონაწილეობის თვალსაზრისით ნულის ტოლია)?
- რა ელის აღნიშნულ ინსტრუმენტის გამოყენებას მომავალში?
- როგორ შეიძლება ავამაღლოთ საოჯახო მედიცინაში გადამზადებული პერსონალის მორალი? რა მოტივაციის მექანიზმები იქნება გამოყენებული მომავალში ქვეყნის მასშტაბით საოჯახო მედიცინის დამკვიდრებისა და განვითარების თვალსაზრისით?
- ვინ დაეხმარება ზოგადპრაქტიკოსებს შეფასების პროცესში გამოვლენილი წუხილისა და პრობლემების გადაჭრაში?

## ✓ კვლევის მასალები

კვლევის მასალები წარმოდგენილი (სულ 388 გვერდზე)

1. შეფასების პერსონალური ბარათი (154 გვერდზე)
2. შეფასების ევალუაციის ფორმა (149 გვერდზე) და შეფასების ევალუაციის შედეგები (1 გვერდზე)
3. შეფასების პროცესზე დაკვირვების ფორმა (7 გვერდზე) და შეფასების პროცესზე დაკვირვების შედეგები (2 გვერდზე)
4. შემფასებელთა ანგარიშის ფორმები (59 გვერდზე) და გამოკითხვის შედეგები (14 გვერდზე)

## ✓ გაწეული მომსახურების წარმატებული მხარე

- შესაფასებელ პერსონალს ჩამოუყალიბდა სამუშაო ადგილებზე შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის გაგება და უკეთესი აღქმა, მიიღო გარკვეული გამოცდილება, რაც მომავალში გააუმჯობესებს შეფასებისა და ურთიერთობების ხარისხს.
- შეამცირა ფრუსტრაცია, გაუჩნდათ ცვლილებების მოხდენის სურვილი
- გამოიწვია საგანმანათლებლო პროცესის სტიმულირება
- მოხდა მოტივაციისა და მორალის ამაღლება
- ჩატარდა დისკუსიები და მოხდა გაცნობიერება იმ მნიშვნელოვანი საკითხებისა, თუ რა არის პაციენტისათვის სასარგებლო, პრაქტიკისათვის სასარგებლო, როგორ ხდება პრაქტიკის განვითარება და ჰჯდ გუნდის წევრების პროფესიული განვითარება, რა არის გაუმჯობესების პოტენციალის მქონე, როგორ შეიძლება ინტერესების შეთანხმება და გუნდის წევრების ჩართვა, ენთუზიაზმის შენარჩუნება, რა აფერხებს პაციენტის მომსახურებას, ხომ არ არის მართვის პრობლემა, აქვთ გუნდის წევრებს საჭირო უნარ-ჩვევები, არის გუნდი მოტივირებული, რომ პრობლემები გადაიჭრას.
- შემფასებელ პერსონალს გაუმჯობესდა სამუშაო ადგილებზე შეფასებისა და კლინიკური ევალუაციის ინსტრუმენტის გამოყენების უნარ-ჩვევა, რაც მომავალში გააუმჯობესებს შეფასებისა და ურთიერთობების ხარისხს.
- შეფასების პროცესის ევალუაციამ შესაფასებელი პერსონალის მიერ დადამკვირვებლის გამოკითხვამაც დაადასტურა ის გარემოება, რომ შეფასების პროცესი მიმდინარეობდა მაღალ დონეზე, შექმნილი იყო კეთილგაწყობილი ატმოსფერო, შეფასების ობიექტი თავს თავისუფლად გრძნობდა, დისკუსიის გენერირება მოხდა თითქმის ყველა შემთხვევაში, განხილული იქნა სამუშაოს შესრულების ყველა ასპექტი.

## ✓ მომსახურების განხორციელებისას წარმოქმნილი პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები

- შეფასების პერიოდი დაემთხვა წითელა-წითურას საყოველთაო იმუნიზაციის პერიოდს, რის გამოც მოითხოვეს შეფასების გადადება, იგივე პრობლემები ექმნებოდათ შემფასებლებსაც, თუმცა ინდივიდუალურად შედგენილმა გრაფიკებმა შესაძლებელი გახადა დადგენილ დროში მომსახურების განხორციელება.

- საოჯახო მედიცინის უბნები არსად არ არის ფორმირებული, არა აქვთ კონტრაქტები საოჯახო მედიცინის პროგრამების განხორციელების მიზნით, ამდენად შესაფასებელ პერსონალს კურსის დასრულების შემდეგ არ ჰქონდათ მიღებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების რეალიზაციის საშუალება, რის გამოც გაუჭირდათ ფორმების შევსება. ზოგჯერ, ფორმების შევსებაში მათ დასჭირდათ შემფასებლის დახმარება, რის გამოც წინასწარ დაგეგმილი 3-4 საათი არ იყო საკმარისი შესაფასებლად.
- იყო შემთხვევები, როდესაც დაწესებულების ხელმძღვანელები უარს აცხადებდნენ შეფასების პროცესზე იმ მოტივით, რომ სამედიცინო პერსონალს აცრებთან დაკავშირებით იყვნენ ძალიან დაკავებული და რომ მათ სამინისტროდან ესაჭიროებოდათ შესაბამისი ბრძანება, თუმცა ინსტრუმენტის სრულად გაცნობისა და პროცესში კარგად ჩახედვის შემდეგ მოიხსნა აღნიშნული პრობლემა.
- გავრცელებული იყო ინფორმაცია მასზე, რომ საოჯახო მედიცინა აღარ არის ქვეყნისა და ჯანდაცვის მთავრობის პრიორიტეტი, რამაც გამოიწვია სრული ფრუსტრაცია. შესაფასებელ პერსონალს განემარტა სახელმწიფო პოლიტიკა პირველად ჯანდაცვასთან მიმართებაში, რამაც განაპირობა შეფასების პროცესის წარმატებით განხორციელება.
- იყო პრობლემები პრივატიზაციასთან დაკავშირებულ საგაფიცვო მოძრაობასთან დაკავშირებით (ზუგდიდის პოლიკლინიკა), თუმცა დაწესებულების ხელმძღვანელის აქტიური მხარდაჭერით შეფასების ჩატარება წარმატებით განხორციელდა.
- იყო ტრანსპორტთან და გადაადგილებასთან დაკავშირებული პრობლემები, რამაც გააძნელა დღეში დაგეგმილი 2 ადამიანის შეფასება.
- გადამზადებული პერსონალის მცირე ნაწილი მუშაობს მართალია ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ გაერთიანებაში, მაგრამ რადიოლოგიურ და/ან სხვა კაბინეტებში, თუმცა ხელმძღვანელთან გასაუბრებისას იგეგმებოდა მათი გადაყვანა პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტად საოჯახო მედიცინაში, ამიტომ მათი შეფასება ზოგ შემთხვევაში მაინც განხორციელდა.
- იყო შემთხვევა, როდესაც გადამზადებული პერსონალი მუშაობდა აფთიაქში და კონტრაქტი გაფორმებული ჰქონდა, როგორც ოჯახის ექიმს, ემსახურებოდა ყველა ასაკის პაციენტს, არ ჰყავდა მიმაგრებული მომსახლეობა ან მუშაობდა მენეჯერად, მაგრამ ჰქონდა პაციენტთა მიღება. ასეთ შემთხვევაში, ვინაიდან მათი მომავალი კარიერა მაინც იყო დაკავშირებული საოჯახო მედიცინასთან, შეფასება განხორციელდა.
- იყო შემთხვევები, როდესაც გადამზადებულ პერსონალთან დირექტორმა არ გააფორმა კონტრაქტი იმ მოტივით, რომ ძველი კადრებთან აგრძელებდა კონტრაქტს. მიუხედავად დაჟინებული თხოვნისა, ან გადასული იყო სხვა დროებით სამუშაოზე სადაზღვევო კომპანიაში, ან წასულია საფრანგეთში, საბერძნეთში და ა.შ. ასეთი პერსონალის შეფასება ვერ მოხერხდა. და პირიქით, იყო შემთხვევები, როდესაც ექიმი/ექთანი შესაფასებელი კონტიგენტის ჩამონათვალში არ იყო, მაგრამ გადამზადებული იყო საოჯახო მედიცინაში და მოითხოვდა შეფასებას. რამდენიმე შემთხვევაში ასეთი პერსონალის შეფასება ჩატარდა, რაც შეთანხმებულ იქნა კონტრაქტორ ორგანიზაციასთან.
- შესაფასებელი პერსონალის პრობლემების სიუხვიდან გამომდინარე, შემფასებლებს გაუჭირდათ შეთანხმებული სპეციფიური და პრიორიტეტული (smart) ამოცანების ჩამოყალიბება, რის გამოც ჩატარდა დამატებითი ინდივიდუალური და ჯგუფური ტრენინგები და ტუტორიალები, რის შედეგადაც გაუმჯობესდა შემდგომი შეფასებებისა და დოკუმენტირების ხარისხი, ხოლო არსებული ხარვეზების აღმოფხვრა და დაზუსტება მოხდა შემფასებლის ანგარიშის ფორმებში.

## ✓ გეგმა-გრაფიკის ცვლილებები და მიზეზები

იყო ტრანსპორტთან და გადაადგილებასთან დაკავშირებული პრობლემები, რამაც გააძნელა დღეში დაგეგმილი 2 ადამიანის შეფასება. თუმცა კონტრაქტის პირობები ვადებთან დაკავშირებით არ დარღვეულა.