

პირველადი ჯანდაცვის პერსონალური და ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაძლიერება COVID-19 პანდემიის საპასუხოდ

ანგარიში

წინასიტორია

კორონავირუსული ინფექციის გაჩენამ და მისმა ელვისებური სისწრაფით გავრცელებამ მსოფლიოში, ჯანდაცვის პროფესიონალები ახალი და უჩვეულო გამოწვევების წინაშე დააყენა. კერძოდ, დღის წესრიგში დადგა პირველადი ჯანდაცვის ქსელის სწრაფი გაძლიერება, რომელიც გააუმჯობესებდა ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების დონეს, განტვირთავდა ზეწოლას ჰოსპიტალურ სექტორზე, შეამცირებდა COVID-19-ის გავლენას მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე, დაეხმარებოდა ქვეყანას შემდგომი შესაძლო ტალღების ნაკლები დანაკარგით მიღებასა და პროცესების მართვაში.

ინფექციის გავრცელების შეჩერებისა და მედპერსონალის და პაციენტების დაინფიცირების მინიმალიზაციის მიზნით, ჯანდაცვის სისტემა გადავიდა ფუნქციონირების ახალ, დისტანციური კონსულტაციების მოდელზე. აღნიშნული უნარ-ჩვევების განვითარება და შესაბამისი სიმძლავრის შექმნა პირველად ჯანდაცვაში, კრიტიკულად მნიშვნელოვანი იყო პანდემიასთან ბრძოლისა და ამ ახალ რეალობაში, პაციენტთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საუკეთესო შედეგების მიღწევის თვალსაზრისით.

ვირუსის გავრცელების საწყის ეტაპზე, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, შემუშავდა სასწრაფო გადაუდებელი სამსახურის და პირველადი ჯანდაცვის მობილიზების გეგმა, რის საფუძველზეც:

შეირჩა პირველადი ჯანდაცვის 25 ცენტრი „ონლაინ კონსულტაციის მოდელისთვის“, რომლებიც ჩართული იყვნენ გადაუდებელი დახმარების ოპერატიული მართვის ცენტრ-112- ში.

2020 წლის ივნისში მოსახლეობის ტესტირებით მოცვის, კორონავირუსის შემთხვევების დროული იდენტიფიცირებისა და მკურნალობის მიზნით, 112-ის ონლაინ კონსულტაციის მოდელში ჩართული 25 კლინიკის ბაზაზე დაიწყო PCR ტესტირებისათვის ნიმუშის აღება.

2020 წლის 24 სექტემბრიდან - გაიზარდა ონლაინ კლინიკების რიცხვი (60-კლინიკამდე) და აღნიშნულ პროცესში ჩაერთო ნოემბრიდან ჩაერთო, ასევე, სადაზღვევო კომპანიების ქსელი.

2020 წლის 6 ოქტომბრიდან 112-ის სისტემაში ჩართულმა ონლაინ კლინიკებმა დაიწყეს ამბულატორიული ცხელებიანი და სხვა სიმპტომური პაციენტების კვლევა, ახალი გენერაციის, სწრაფი-მარტივი ანტიგენის ტესტით.

2020 წლის 12 ნოემბრიდან (მინისტრის ბრძანება 01-549/ო) საექვო შემთხვევების მართვა გადაეცა ან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ფარგლებში გეგმური ამბულატორიის მიმწოდებელ დაწესებულებას და სადაზღვევო სქემაში ჩართული პირი სადაზღვევო კომპანიას/ სადაზღვევო კომპანიის ოჯახის ექიმებს.

2020 წლის 24 ნოემბრიდან საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების საფუძველზე დაიწყო ბინაზე და კოვიდ-სასტუმროში მეთვალყურეობაზე მყოფი COVID-19-ის დიაგნოზის მქონე პაციენტებისთვის ლაბორატორიული და/ან ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარება.

2020 წლის 2 დეკემბრიდან გაფართოვდა ტესტირება და სხვა კლინიკებმაც დაიწყეს ამბულატორიული ცხელებიანი და სხვა სიმპტომური პაციენტების კვლევა ახალი გენერაციის სწრაფი-მარტივი ანტიგენის ტესტით.

2020 წლის 1 დეკემბრიდან ამუშავდა 112-ის პროგრამის ახალ პლატფორმაზე დაფუძნებული, გაუმჯობესებული პორტალი და საინფორმაციო სისტემა, რომელმაც ჩაანაცვლა არსებული, ხარვეზებით ფუნქციონირებადი ძველი სისტემა.

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრთან“ გაფორმებული კონტრაქტის ფარგლებში, **გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით**, 2020 წლის აპრილ-ივნისში განხორციელდა შემდეგი აქტივობები:

- შემუშავდა და დამტკიცდა: „ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) საექვო შემთხვევის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ პროტოკოლი (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით № 01-135/ო).
- **შემუშავდა ელექტრონული სასწავლო მოდული/ სასწავლო მასალები** (მ.შ. დამხმარე ინსტრუმენტები - სატელეფონო ტრიაჟის პროტოკოლი; კითხვარი ჩეკ-ლისტი); პაციენტის თვითშეფასების კითხვარი და სხვ.). სწავლებისას, განხილულ იქნა „პირველად ჯანდაცვაში COVID-19-ზე საექვო შემთხვევის მართვის“ პროტოკოლის რეკომენდაციები, პანდემიის პირობებში პირველადი ჯანდაცვის მუშაობის ძირითადი პრინციპები, რაც გულისხმობს (1) საექვო შემთხვევის დროულ იდენტიფიცირებას; (2) ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის წესების ზედმიწევნით დაცვას; (3) სოციალურ დისტანცირებას; (4) პაციენტთა განათლებას

და (5) პირველადი ჯანდაცვის ფუნდამენტური - პრევენციული და რუტინული მეთვალყურეობის სერვისების, დისტანციურად უსაფრთხო განხორციელებას.

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მხარდაჭერით სასწავლო კურსის ტრენინგისთვის გამოიყო ვებინარი, რომლის მეშვეობითაც ჩატარდა ლექციები დისტანციურად.
- გადამზადების პროცესი დაიწყო 112-ში ჩართული 25 დაწესებულების პერსონალისთვის, რომელიც გაგრძელდა უწყვეტ რეჟიმში, რომელიც შემდეგ გაფართოვდა ჯანდაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით და მოიცვა ყველა ქალაქის, რაიონული ცენტრების, სოფლის ამბულატორიის, სადაზღვევო კომპანიების პჯდ სამედიცინო პერსონალი.
- 112-ის სისტემაში ჩართულ ონლაინ-კლინიკებთან ამ პერიოდის მანძილზე (პირველ კვირაში ყოველდღიურად, ხოლო დანარჩენ კვირებში სულ მცირე, 1 ჯერ კვირაში) განხორციელდა სუპერვიზიის რეგულარული ონლაინ შეხვედრები.
- პაციენტთა ეფექტური დისტანციური მომსახურება ვერ განხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალების შესაბამისი კომუნიკაციური უნარების გარეშე. სატელეფონო კომუნიკაციის უნარების განვითარებისთვის ძალზედ მნიშვნელოვანია სამედიცინო აუდიტის, გარედან შეფასებისა (ე.წ. peer observation) და კონსტრუქციული ფიდებექის დანერგვა პირველად ჯანდაცვაში, რაც აღნიშნული სერვისის თვისობრივი მონიტორინგის საშუალებას მოგვცემს და ამავე დროს ექნება ე.წ. "capacity building"-ის ფუნქცია.
- განსაკუთრებული ყურადღება იქნა გამახვილებული 112-ში ჩართული კომპანიების სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებასა და აღნიშნული სერვისის თვისობრივ მონიტორინგზე. სატელეფონო კონსულტაციის ხარისხის გარე კონტროლის მიზნით, ჯანმრთელობის სამინისტროს მოთხოვნის საფუძველზე, შემუშავდა „მისტიკური პაციენტისა“ და „პაციენტის გამოკითხვის“ ინსტრუმენტები; აღნიშნული სატელეფონო კონსულტაციების გარე კონტროლის ტესტირება განხორციელდა 112-ში ჩართული დაწესებულებების 112-ის სისტემაში ჩართულ კლინიკებში. ტესტირების შედეგები დაურიგდა ონლაინ კლინიკებს, ასევე, საკითხის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, განხორციელდა პირისპირი და დისტანციური შეხვედრა ჯანდაცვის სამინისტროს ორგანიზებით, რომელმაც მოუწოდა აღნიშნული კლინიკების ლიდერებს, ლოკალურად, თვითონვე ან ასოციაციასთან ერთად, ეზრუნათ საკუთარი ორგანიზაციული და პერსონალური შესაძლებლობების განვითარებაზე, რასაც მოჰყვა დადებითი გამოხმაურება.
- ასევე, 112-ის პროექტში მონაწილე ყველა დაწესებულებას დაეგზავნა ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური წერილი იმასთან დაკავშირებით, რომ ჯანდაცვის

სამინისტრო მაღალ მნიშვნელობას ანიჭებდა სატელეფონო კომუნიკაციის უნარების განვითარებისთვის გარედან შეფასებისა (ე.წ. peer observation) და კონსტრუქციული უკუგების დანერგვას პირველად ჯანდაცვაში, რაც აღნიშნული სერვისის თვისობრივი მონიტორინგის საშუალებას იძლევა და ამავე დროს, ექნება ე.წ. “capacity building”-ის ფუნქცია და ასევე, გააფრთხილა, რომ ის გეგმავდა სისტემატური სახე მიეცა აღნიშნული ინსტრუმენტებით სატელეფონო მომსახურების შეფასებისთვის. ამავე მიმართვაში ხაზგასმული იყო სამინისტროს თხოვნა/მოლოდინი ადგილებზე პაციენტთა ეფექტური დისტანციური მომსახურების მისაღები სტანდარტის მიღწევისა და შენარჩუნების მიზნით, მოწოდებული ობიექტური ინსტრუმენტების, რეგულარული აუდიტისა და ხარისხის გაუმჯობესების მონიტორინგის სხვა მექანიზმების დანერგვის თაობაზე.

- სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის ობიექტური შეფასების მიზნით განხორციელდა შემფასებლების ტრენინგი, რომლის მიზანიც იყო ერთიანი სტანდარტული დონის მიღწევა. საოჯახო მედიცინის ცენტრის 10 ოჯახის ექიმს ჩაუტარდა შესაბამისი ტრენინგი შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენებით, ტრენინგის დროს გამოყენებული იყო, ასევე, ექიმების მიერ საკუთარი სატელეფონო კონსულტაციების ჩაწერა და შეფასება, კონსულტაციის შეფასების გაზიარებული ინსტრუმენტის მეშვეობით.
- ჩატარებულმა ტესტირებამ გამოავლინა მნიშვნელოვანი საკითხები, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია, პირველად ჯანდაცვაში დისტანციური კონსულტაციების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, გარე კონტროლის ინსტრუმენტმა საკმაოდ ეფექტურად იმუშავა, სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის არსებული დონის შესაფასებლად და სწორედ, შეფასების შედეგებმა გამოავლინა ოჯახის ექიმების კომუნიკაციური უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების საჭიროება;
- დაიგეგმა, 112-ის სერვისში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების განმეორებითი შეფასება, იგივე ინსტრუმენტების გამოყენებით, პერსონალი წინასწარ გაფრთხილებული იყო სატელეფონო კონსულტაციების გარე კონტროლის განხორციელების შესახებ, რომელიც რეალურად, უკვე, ივნისის დასაწყისში **განხორციელდა 112-ის სისტემაში ჩართულ ონლაინ-კლინიკებში.**
- გარე კონტროლის ანგარიში წარედგინა ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რის შემდეგაც 2020 წლის 24 ივნისს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრში შედგა პროცესში ჩართულ ონლაინ-კლინიკებთან შეხვედრა, რომელიც განხორციელდა თბილისის დაწესებულებებისთვის ადგილზე მოწვევით, ხოლო რეგიონული კლინიკებისთვის - ონლაინ რეჟიმში. ონლაინ-კლინიკებისთვის ოჯახის ექიმების სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის გარე კონტროლის

შედეგების შესახებ პრეზენტაცია წარმოადგინა საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციამ; გაიმართა აღნიშნული შედეგების ირგვლივ დისკუსია და ხარვეზების გამოსწორების გზების დასახვა.

„საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის მომზადება COVID-19 პანდემიაზე ეფექტური რეაგირების მიზნით“ ფარგლებში, რომელიც განხორციელდა 2020 წლის ოქტომბერ-დეკემბერში, **ჯანმო-ს ფინანსური დახმარებით:**

- შემუშავდა და დამტკიცდა პროტოკოლი „პოსტ მწვავე COVID-19 და ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მართვა ბინაზე გაწერის შემდეგ ზოგადსაეიძო პრაქტიკაში“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით 01-525/ო)
- განახლდა „ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) საექსპედიციო შემთხვევის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ პროტოკოლი (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით N601-541/ო).
- პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის COVID-19 პანდემიაზე ეფექტური რეაგირების და აღნიშნული პროტოკოლების დანერგვის და ადგილებზე უწყვეტი განთლების რესურსების გაძლიერების მიზნით, გადამზადდა 118 ტრენერი თბილისსა და რეგიონებიდან, პირისპირ, არადისტანციურ რეჟიმში, რომელთა მიერ განხორციელდა 1300 მეტის ოჯახის ექიმის გადამზადება.
- განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლების პერსონალური და ორგანიზაციული შესაძლებლობების განვითარების მხარდაჭერა და ქსელების განვითარება, პჯდ-ს შემდგომი დამკვიდრების და განმტკიცების მიზნით; ასევე, ლოკალურად, ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, მონიტორინგისა და ევალუაციის /ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების შემუშავება და დანერგვა:
 - o პირველად ჯანდაცვაში COVID-19 შემთხვევების ტრიაჟის, ბინაზე მონიტორინგისა და პოსტ მწვავე COVID-19 პაციენტების სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების გეგმის შემუშავება და მისი განხორციელების ორგანიზება სპეციალურად შერჩეულ 10 პჯდ დაწესებულებებში;
 - o აღნიშნული გეგმის საფუძველზე კლინიკური აუდიტის კრიტერიუმების შემუშავება, რომელთა საფუძველზეც მოხდა სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასება, საჭიროების შემთხვევაში, რე-აუდიტის (განმეორებითი) ჩატარება;
 - o 112-ის სამსახურთან ერთად COVID-19-ის მართვაში ჩართული, კომპანიის სურვილის გათვალისწინებით შერჩეულ, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში დასაქმებული ექიმებისთვის, განახლებული ინფორმაციის მიწოდება და მიმდინარე მხარდაჭერა, სატელეფონო კონსულტაციების

ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტრუმენტების დანერგვა და ხარისხის კონტროლის განხორციელება

- საპილოტე დაწესებულებებიდან ანგარიშების მომზადება და რეკომენდაციების წარდგენა ჯანდაცვის სამინისტროსთვის სამედიცინო დახმარების ხარისხის შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით.

პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლების პერსონალური და ორგანიზაციული შესაძლებლობების განვითარების მხარდაჭერის ანგარიში

(ანგარიშიში ასახული პერიოდი: ნოემბერი-დეკემბერი, 2020)

მოცემული ანგარიში მომზადებულია კომპანია „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის“ მიერ, „საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის მომზადება COVID-19 პანდემიაზე ეფექტური რეაგირების მიზნით“ პროექტის ფარგლებში, ჯანმო-ს ფინანსური დახმარებით.

პროექტის ერთერთი ამოცანა იყო, **წინა ეტაპზე შემუშავებული და ტესტირებული ხარისხის გაუმჯობესების ინსტრუმენტების გამოყენებით**, პირველადი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლების პერსონალური და ორგანიზაციული შესაძლებლობების განვითარების მხარდაჭერა, რისთვისაც განხორციელდა შემდეგი აქტივობები:

- პირველად ჯანდაცვაში COVID-19 შემთხვევების ტრიაჟის, ბინაზე მონიტორინგისა და პოსტ მწვავე COVID-19 პაციენტების სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების გეგმის შემუშავება და მისი განხორციელების ორგანიზება;
- აღნიშნული გეგმის მიხედვით - კლინიკური აუდიტის კრიტერიუმების შემუშავება, რომელთა საფუძველზეც მოხდა სამედიცინო დახმარების ხარისხის შეფასება;
- ხარისხის გაუმჯობესების ინსტრუმენტების დანერგვა სპეციალურად შერჩეულ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში;
- საპილოტე დაწესებულებებიდან ანგარიშების მომზადება და რეკომენდაციების წარდგენა ჯანდაცვის სამინისტროსთვის, სამედიცინო დახმარების ხარისხის შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით.

უფრო კონკრეტულად:

1. სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესების სისტემის პილოტირების მიზნით, **საწყის ეტაპზე შეირჩა პჯდ დაწესებულებები**, ხარისხის კონტროლის ინსტრუმენტებს ადგილებზე ტესტირებისთვის, რომლის შედეგებიც ასახულია მოცემულ ანგარიშში.
შერჩეული პჯდ დაწესებულებების ჩამონათვალი მოცემულია ცხრილი №1-ში.
2. პჯდ დაწესებულებებიდან შერჩეულმა გადამზადებულმა **კლინიკურმა ლიდერებმა უზრუნველყვეს საკუთარ დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი COVID-19 განახლებული და ახალი პროტოკოლების რეკომენდაციების მიხედვით**, ასევე, რეგულარული შეხვედრები პროტოკოლების განხორციელების საკითხებთან დაკავშირებით.
3. შერჩეულმა დაწესებულებებმა საანგარიშო პერიოდის მანძილზე ორჯერ - ნოემბერსა და დეკემბერში ჩაატარეს COVID-19 **სამედიცინო დახმარების ხარისხის შიდა კლინიკური აუდიტი** და მოამზადეს შესაბამისი ანგარიშები (წარმოდგენილია ცალკეული დაწესებულების მიხედვით).

4. ოჯახის ექიმების დისტანციური კონსულტაციების ჩვევების გაუმჯობესების მიზნით, ადგილებზე დაინერგა **სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის კონტროლის გარე სისტემა**, „**მისტიკური პაციენტის**“ ინსტრუმენტის გამოყენებით, რაც ითვალისწინებს როგორც „სატელეფონო კონსულტაციის ხარისხის შეფასების კითხვარს“, ასევე, „**პაციენტის კმაყოფილების კითხვარს**“ (**იხილეთ დანართი №1 - სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი**).
5. „**მისტიკური პაციენტის**“ ინსტრუმენტის ადგილებზე დანერგვისთვის, შერჩეული საპილოტე დაწესებულებების ლიდერებმა **ადგილებზე მოამზადეს სიმულირებული პაციენტები და ოჯახის ექიმი-შემფასებლები**, რომელთაც განახორციელეს სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის შეფასება და მიღებული შედეგების საფუძველზე დასახეს გაუმჯობესების ამოცანები.
6. **ადგილებზე დაიწყო „წყვილებში განხილვის“ პრაქტიკის დანერგვა** - შერჩეული დაწესებულებების კლინიკური ლიდერების მიერ მომზადდა თვეში 2-3 საინტერესო შემთხვევა და კლინიკური დისკუსია აღნიშნულ შემთხვევებზე, რომლის შედეგებიც გაზიარდა კონკრეტული პჯდ დაწესებულებების ჯგუფში.
7. შერჩეული საპილოტე დაწესებულებების კლინიკურ ლიდერებთან განხორციელდა ოთხი **ონლაინ-სუპერვიზიის შეხვედრა**, რომელთა დროსაც განიხილებოდა პერსონალური და ორგანიზაციული შესაძლებლობების გაძლიერების საკითხები და ამ მიზნით დაგეგმილი/განხორციელებული ღონისძიებები.

ცხრილი №1. პროექტის ფარგლებში შერჩეული საპილოტე პჯდ დაწესებულებები

№	რეგიონი	პჯდ დაწესებულება	მითითებულია შემოკლებით
1	აჭარა	ბათუმის საოჯახო მედიცინის რეგიონული ცენტრი	ბათუმი
2	აჭარა	თამარის საოჯახო მედიცინის ცენტრი	
3	იმერეთი	ნაზარიშვილის სახელობის საოჯახო მედიცინის სასწავლო-კლინიკური ცენტრი	ქუთაისი
4	მცხეთა	მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი „ჯანმრთელი თაობა“	მცხეთა
5	თბილისი	საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო კლინიკური ცენტრი	NFMTC
6	თბილისი	კროლის სამედიცინო კორპორაციის ვაკის საოჯახო მედიცინის ცენტრი	კროლის სამედიცინო კორპორაცია
7	თბილისი	კროლის სამედიცინო კორპორაციის ნაძალადევის საოჯახო მედიცინის ცენტრი	
8	თბილისი	ჰოლდინგი 23	ჰოლდინგი 23
9	თბილისი	შპს მე-14 შერეული პოლიკლინიკა	მე-14 პ-კა
10	თბილისი	შპს საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი

1. წყვილებში განხილვის პრაქტიკის დანერგვა (წყვილებში განხილვისთვის გამოყენებული ინსტრუმენტი იხილეთ დანართში №2)

შეფასებისას გამოყენებული ქულათა სისტემა: კარგი - 2 ქულა, ადეკვატური - 1 ქულა, ცუდი - 0. ჯამური ქულა - 12-16 ქულა - კარგი, 8-11 ქულა - ადეკვატური, 0-8 ქულა - ცუდი.

შეფასების შედეგები	მცხეთა	ბათუმი	ქუთაისი	ჰოლდინგი 23	კროლის სამედიცინო კორპორაცია	საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	მე-14 პ-კა	NFMTC	საშუალო ქულა/ჯამი
შეფასებული კონსულტაციების რაოდენობა	3	3	6	3	3	10	14	5	47
ქულა									
შემთხვევა 1	15	14	13	14	14	16	16	14	14.5
შემთხვევა 2	15	11	14	14	15	15	16	16	14.5
შემთხვევა 3	12	12	11	12	16	14	14	15	13.3

როგორც წყვილებში განხილვის შეფასებამ გვიჩვენა, პრაქტიკულად ყველა დაწესებულების მონაცემებით, ოჯახის ექიმის მიერ ჩატარებული კონსულტაციის დონე არის კარგი (საშუალო ქულა 13.3 – 14.5), მინიმალური 11 ქულიდან, მაქსიმალურ 16 ქულამდე.

2. სატელეფონო კონსულტაციების ხარისხის კონტროლის გარე სისტემის დანერგვა ადგილებზე, „მისტიკური პაციენტის“ ინსტრუმენტის გამოყენებით

მისტიკური პაციენტის ინსტრუმენტისთვის გამოყენებული კითხვარები იხილეთ დანართში №1.

შეფასების შედეგები გაერთიანებული სახით წარმოდგენილია ცხრილში №2.

ცხრილი №2. „მისტიკური პაციენტის“ ინსტრუმენტით განხორციელებული შეფასების შედეგები

შედეგები									
შეფასების შედეგები	მცხეთა	ბათუმი	ქუთაისი	ჰოლდინგი 23	კროლის სამედიცინო კორპორაცია	საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	მე-14 პ-კა	NFMTC	საშუალო ქულა/ჯამი
ონლაინ კონსულტაციების რიცხვი „მისტიკური პაციენტის“ გამოყენებით	25	55	12	10	10	5	5	10	132
კონსულტაციის საშუალო ქულა	78	55	64	74	72	78	72	75	71

მიუღებელი %	3%	15%	0	0	0	0	0	0	2%
მისაღები %	2%	40%	30%	5%	15%	12%	16%	15%	17%
კარგი %	50%	25%	60%	5%	5%	8%	10%	12%	22%
ძალიან კარგი %	45%	20%	10%	90%	80%	80%	74%	73%	59%
გამოკითხული „მისტიკური პაციენტების“ რაოდენობა	10	15	12	10	7	6	5	5	70
კმაყოფილება - მიუღებელი %	2%	15%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
კმაყოფილება - მისაღები %	3%	40%	25%	0%	3%	5%	6%	8%	11%
კმაყოფილება - კარგი %	35%	25%	67%	10%	36%	30%	28%	25%	32%
კმაყოფილება - ძალიან კარგი %	60%	20%	8%	90%	61%	65%	66%	67%	55%

როგორც შეფასების შედეგები გვიჩვენებს, ონლაინ კონსულტაციების ხარისხი შემთხვევათა უმრავლესობაში კარგი ან ძალიან კარგია (მხოლოდ 2%-შია მიუღებელი), ისევე როგორც გამოკითხულ პაციენტთა კმაყოფილება 88%-ში არის კარგი ან ძალიან კარგი და მიუღებელი შედეგი დაფიქსირდა შემთხვევათა მხოლოდ 2%-ში.

**„მისტიკური პაციენტის“ საშუალებით მომსახურების ხარისხის შეფასების -
პაციენტის კმაყოფილების შეფასების კითხვარი**

პაციენტი:					
დიაგნოზი:					
სატელეფონო კონსულტაციის შედეგი:					
	კითხვა	დიახ	არა	არ ვარ დარწმუნებული	შენიშვნა
1	ოჯახის ექიმი დაგიკავშირდათ დროულად?	2	0	1	დაკონკრეტდეს დრო
2	ექიმმა საკმარისი დრო დაგითმოთ, თქვენი პრობლემის/წუხილის მოსასმენად?	2	0	1	
3	გქონდათ, ექიმისთვის კითხვების დასმის საშუალება? ისაუბრეთ თქვენი ჩივილების მიზეზებზე?	2	0	1	
4	რა რჩევა მოგცათ ექიმმა COVID-19-თან დაკავშირებით?	2	0	1	დაკონკრეტდეს
5	გაიგეთ, როგორ შეგიძლიათ მართოთ თქვენი დაავადება?	2	0	1	დაკონკრეტდეს
6	იცით, როგორ უნდა მოიქცეთ, თუ სიმპტომები გაგიუარესდათ? რას ნიშნავს გაუარესება, თუ აგიხსნათ?	2	0	1	
7	დაგინიშნათ თუ არა მკურნალობა? რა რჩევები მოგცათ მკურნალობასთან დაკავშირებით?	2	0	1	
8	განახორციელა ექიმმა თქვენთან განმეორებითი სატელეფონო მონიტორინგი? ან გესაუბრათ სატელეფონო მონიტორინგის სქემაზე?	2	0	1	დაკონკრეტდეს რამდენ ხანში

მიღებული ქულების შესაბამისად პაციენტის კმაყოფილების დახარისხება მოხდა შემდეგნაირად:

ძალიან კმაყოფილი	კმაყოფილი	ადეკვატური	მისაღები	მიუღებელი
16 ქულა	14-15 ქულა	12-13 ქულა	10-11 ქულა	<10 ქულა

კონსულტაციის შეფასების ფორმა

	კრიტერიუმი	აღწერილობა	ცუდი	ადეკვატური	ძალიან კარგი	შენიშვნა
1	საწყისი კავშირის დამყარება	წარადგინა საკუთარი თავი	1	2	3	
		გადაამოწმა პაციენტის სახელი და გვარი	1	2	3	
		პაციენტს მიმართავს სახელით	1	2	3	
		გარკვია, თუ რის მიღება სურს პაციენტს კონსულტაციიდან	1	2	3	
2	ემპათიური დამოკიდებულება	ვერბალური ემპათია	1	2	3	
		უსმენს ყურადღებით	1	2	3	
		ადეკვატურად პასუხობს პაციენტის ემოციებს (ტირილი, ყვირილი, სიჩუმე)	1	2	3	
		აჩვენებს ინტერესს შესაბამისი კითხვების დასმით (იყენებს პაციენტის სიტყვებს)	1	2	3	
3	ინფორმაციის შეკრების ეფექტურობა	იყენებს ღია კითხვებს	1	2	3	
		პაციენტს აძლევს ინფორმაციის დასრულების საშუალებას (არ აწყვეტინებს)	1	2	3	
		აჯამებს/აზუსტებს მიღებულ ინფორმაციას	1	2	3	
4	პაციენტის მდგომარეობის რისკის ადეკვატური განსაზღვრა	ითვალისწინებს „წითელი დროშის“ ნიშნებს	1	2	3	
		ითვალისწინებს ქვეყანაში დამტკიცებული შესაძლო COVID-19 შემთხვევის კრიტერიუმებს	1	2	3	
		ითვალისწინებს მაღალი რისკის შემთხვევას	1	2	3	
		ითვალისწინებს ალტერნატიული დიაგნოზის შესაძლებლობას	1	2	3	
5	პაციენტთან გადაწყვეტილების გაზიარებული მიღება	აცნობს პაციენტს პრობლემის არსს	1	2	3	
		აცნობს გადაწყვეტილების არსებულ ვარიანტებს	1	2	3	
		ეკითხება პაციენტს რამდენად მისაღებია მისთვის შეთავაზებული ვერსია	1	2	3	
6	პროფესიონალიზმი და კონფიდენციალობა	კომპეტენტურია საუბრისას	1	2	3	
		ზრუნავს პირადი ინფორმაციის ხელშეუხებლობაზე	1	2	3	
7	შემდგომი სამოქმედო გეგმის განხილვა და კონსულტაციის დასრულება.	გამოკითხა პაციენტი ხომ არა აქვს დამატებითი შეკითხვები	1	2	3	
		განუმარტა შემდგომი სამოქმედო გეგმა (სატელეფონო მონიტორინგის პერიოდულობა და ა. შ.)	1	2	3	

8	კონსულტაციაზე დახარჯული დრო	საკმარისი (დააკონკრეტეთ---)	1	2	3	
9	112-ისთვის შემთხვევის დაბრუნება	პაციენტის რისკი განისაზღვრა სწორად	1	2	3	
		112-ს შემთხვევა დაუბრუნდა სწორად	1	2	3	

აღნიშნული შეფასებების საფუძველზე, წარმოებული კონსულტაციის ხარისხი განისაზღვრა შემდეგნაირად:

მიუღებელი	მისაღები	კარგი	ძალიან კარგი
<35 ქულა	35-52 ქულა	53-64 ქულა	>64 ქულა

დანართი №2

სატელეფონო კონსულტაციის წყვილში განხილვის კითხვარი

სატელეფონო კონსულტაციის ჩანაწერის განხილვა წარმოებს კონსულტაციის განმარტორციელებელი ექიმისა და მისი კოლეგა ოჯახის ექიმის მიერ შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

კონსულტაციის შეფასების კრიტერიუმები	ოჯახის ექიმი №1	ოჯახის ექიმი №2	კომენტარი
კონსულტაციის დაწყება			
ინფორმაციის შეგროვება			
რაპორტის დამყარება			
კლინიკური კომპეტენცია			
მართვის ტაქტიკის სისწორე			
გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღება			
შეჯამება და მეთვალყურეობის დაგეგმვა			
კონსულტაციისთვის დახარჯული დრო			

შეფასებისას გამოყენებული ქულათა სისტემა: კარგი - 2 ქულა, ადეკვატური - 1 ქულა, ცუდი - 0.

12-16 ქულა - კარგი, 8-11 ქულა - ადეკვატური, 0-8 ქულა - ცუდი.

3. COVID-19 სამედიცინო დახმარების ხარისხის შიდა კლინიკური აუდიტი

პირველი აუდიტის შედეგები (საანგარიშგებო პერიოდი: ოქტომბერი, 2020)

შერჩეული საპილოტე დაწესებულებების მიერ განხორციელდა სამედიცინო მომსახურების კლინიკური აუდიტი, რომელიც ასახავდა 2020 წლის ოქტომბერში, კოვიდ პანდემიის პირობებში მიწოდებულ სამედიცინო დახმარებას.

აუდიტის მიზანი იყო დამტკიცებული პროტოკოლებით განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება.

ეს პროტოკოლებია:

1. „ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) საექვო შემთხვევის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“
2. „ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) საექვო შემთხვევის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“
3. „პოსტ მწვავე COVID-19 და ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მართვა ბინაზე გაწერის შემდეგ ზოგადსაეიმო პრაქტიკაში“

კრიტერიუმებიც ძირითადად, პროტოკოლებში მითითებული კრიტერიუმების შესაბამისად შეირჩა (იხილეთ ქვემოთ ცხრილებში (№3, №4, №5).

ასევე, ძირითადად, შესრულებული სამუშაოს ერთმანეთთან შედარება განხორციელდა ონლაინ-კლინიკების ბრიგადების გათვალისწინებით, რადგანაც დაწესებულებების მიერ მოწოდებული მონაცემთა წყაროს ძირითადად, 112-ის პორტალიდან მიღებული ინფორმაცია წარმოადგენდა.

აუდიტის შედეგები

ყველაზე მნიშვნელოვანი შედეგი, რაც აუდიტმა გამოავლინა იყო, ლოკალურად არსებული მართვის სისტემის დაბალი ხარისხი, რაც დაუყოვნებლივ საჭიროებს რეაგირებას.

უფრო კონკრეტულად:

1. ეროვნული პროტოკოლით განსაზღვრული კრიტერიუმებით, სანდო მონაცემთა შეგროვება ვერ მოხერხდა, რამდენიმე მიზეზის გამო:

- 1.1. წარმოდგენილი მონაცემების წყარო ძირითადად იყო 112-ის პორტალი, რაც ვერ ქმნის შესრულებული სამუშაოს რეალურ სურათს და რა თქმა უნდა, არ იძლევა სწორ სტატისტიკას.
- 1.2. უმრავლეს დაწესებულებაში, არ შექმნილა კოვიდ-19 მართვის მიზნით, სპეციფიკური ლოკალური აღრიცხვიანობის სისტემა, სხვადასხვა პროგრამების

ფარგლებში განხორციელებული სამუშაოების შეფასების და ანგარიშგების მიზნით.

- 1.3. ნაწილობრივ შეიცვალა პჯდ კლინიკების რუტინული ფუნქციები, რადგანაც პაციენტების კონტაქტი საკუთარ ოჯახის ექიმებთან/პჯდ-სთან ხორციელდებოდა 112-ის საშუალებით და უხშირესად, პაციენტები, ნაცვლად თავისი ოჯახის ექიმისა, გადამისამართდებოდა ხშირად სხვა ონლაინ კლინიკებში.
- 1.4. კლინიკის რუტინული ფუნქციების ნაწილობრივი ზედდება ონლაინ კლინიკის ფუნქციებთან, პაციენტების იდენტიფიცირების პრობლემები (112-ის მიერ ხდებოდა მხოლოდ ვინაობით/მისამართით და არა საიდენტიფიკაციო ნომრით), განაპირობებდა ლოკალურ ელექტრონულ სისტემაში მონაცემთა გენერირების შეზღუდვებს, რამაც გამოიწვია მნიშვნელოვანი ინფორმაციის დაკარგვა და შესაბამისად, უზუსტობა.
- 1.5. ყველა დაწესებულება აღნიშნავს, რომ სახელმწიფოს მიერ მოწოდებული, შეფერხებებით და ხარვეზებით მომუშავე პორტალი, ვერანაირად ვერ უზრუნველყოფდა საჭირო მონაცემთა შეგროვებას, რაც ოქტომბერშივე, შემთხვევათა ზრდისთანავე მეტად ნათელი გახდა.

2. არცერთ დაწესებულებას არ გააჩნდა, მათთან რეგისტრირებული პოსტ მწვავე კოვიდ-19 -ით პაციენტების სრული რეესტრი:

- 2.1. 2020 წლის 19 სექტემბრიდან დაიწყო ონლაინ კლინიკების ოჯახის ექიმების მიერ COVID-19 ინფექციის დადასტურებული მსუბუქი შემთხვევის მართვა ბინაზე. მანამდე კი ოჯახის ექიმები კოვიდ პოზიტიურებს აბრუნებდნენ 112-ში და მხოლოდ მცირე ნაწილი რჩებოდა ბინაზე. რეალურად ბინაზე მართვა (და არა მარტო მსუბუქი შემთხვევების) განხორციელდა მხოლოდ ოქტომბრიდან, შემთხვევების მატების პარალელურად.
- 2.2. მანამდე ყველა საეჭვო შემთხვევის ტესტირება კოვიდ-19-ზე ხორციელდებოდა ცხელების კლინიკებში, ხოლო მართვა წინასწარ ორგანიზებულ ჰოსპიტალში და კონტაქტების იზოლაცია კი კოვიდ-სასტუმროებში.
- 2.3. პროტოკოლი დამტკიცდა ოქტომბრის ბოლოს, თუმცა ინფორმაციის მოძიება, თუ ჩვენთან რეგისტრირებულმა რამდენმა პაციენტმა გადაიტანა ეს დაავადება აპრილიდან ნოემბრის ჩათვლით, არ უნდა იყოს რთული, თუკი გაჩნდება ამის მოთხოვნა სახელმწიფოსგან, თუნდაც დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ინფორმაციის საფუძველზე.
- 2.4. პერიოდულად იცვლებოდა, პჯდ ქსელის და ონლაინ კლინიკების ფუნქციები. 2 ნოემბრამდე - საეჭვო შემთხვევების მართვა ხდებოდა არა ყველგან, პჯდ ცენტრების დონეზე, არამედ წინასწარ შერჩეული, 112-ის სისტემაში ჩართული, ტერიტორიული განაწილების პრინციპით მომუშავე, ონლაინ კლინიკების მიერ ,

რომელნიც ამავე დროს, იყვნენ, პჯდ რუტინული სერვისის მიმწოდებლები. ამდენად, ხშირად, ონლაინ კლინიკები ემსახურებოდნენ არა მათთან რეგისტრირებულ პაციენტებს, ხოლო მათი პაციენტების მომსახურება ხდებოდა სხვა ონლაინ კლინიკაში.

- 2.5. ზოგიერთმა დაწესებულებამ, ნაწილობრივ, შესძლო 16 ნოემბრიდან სიის დაზუსტება, რადგან ონლაინ კლინიკის სამოქმედო ტერიტორია კლინიკის ძირითად სამოქმედო ტერიტორიას სრულად მოიცავდა.
- 2.6. ასევე, არ არსებობს კოვიდ-სასტუმროდან/ჰოსპიტლიდან/ონლაინ კლინიკიდან, პაციენტების პირად/მომსახურე ოჯახის ექიმთან მიმართვის სისტემა, ოჯახის ექიმებისთვის არ იყო ხელმისაწვდომი მასთან რეგისტრირებული პაციენტის შესახებ ინფორმაცია, არც მეთვალყურეობის პერიოდში განხორციელებულ ინტერვენციებზე და მკურნალობაზე, არც რეკომენდაციები პაციენტების გაწერის შემდეგ, რამაც პოსტ მწვავე პერიოდში შექმნა პაციენტების მეთვალყურეობის პრობლემები.

3. დოკუმენტაციის წარმოებაში არსებული პრობლემებმა მნიშვნელოვნად გააუარესა მონაცემთა ხარისხი, ასევე, რამდენიმე მიზეზის გამო:

- 3.1. ზემოაღნიშნულ პრობლემებთან ერთად, ოქტომბრიდან სწრაფად გაზრდილმა შემთხვევების რაოდენობამ და სამუშაოს მოცულობამ, შეუძლებელი გახადა მიწოდებული მომსახურების შესაფერისი დოკუმენტირება, რამაც ხელოვნურად შეამცირა რეალური შესრულების შედეგები.
- 3.2. ასევე, ჯანდაცვის სამინისტროს მონიტორინგის ჯგუფის ამუშავებამ და ზემდგომი ორგანოების გაზრდილმა მოთხოვნებმა კოვიდ პოზიტიურ შემთხვევებში პაციენტის ყოველდღიურად შეფასებასა და შესაბამისად, საშედეგოების ყოველდღიურად შევსებაზე, კიდევ უფრო უმართავი გახადა ექიმების მატალი დატვირთვა, რაც თავის მხრივ, უარყოფითად აისახებოდა მომსახურების ხარისხზე, გაიზარდა პაციენტებთან კონსულტაციისთვის დაკავშირების დრო.
- 3.3. შესრულებული სამუშაოს გათვალისწინებით, სახელმწიფოს მიერ არ ხდებოდა 112-ის სისტემაში ჩართული ბრიგადების, დატვირთვის შესაბამისი, სამართლიანი გადანაწილების რეგულირება.
- 3.4. გამოვლინდა ონლაინ კლინიკის გუნდების დატვირთვის შეფასების არარსებობა და არათანაბარი განაწილება. დატვირთვა ერთ გუნდზე მერყეობს 204-დან 1379-მდე, საშუალო - 622

4. გარდა ზემოაღნიშნულისა, მნიშვნელოვანია პროტოკოლით განსაზღვრული პროცესის და გამოსავლის კრიტერიუმების გადახედვა/განმარტება და შესაბამისობაში მოყვანა.

- 4.1. გაურკვეველია დეფინიციები „გაჯანსაღება“, როგორც პროტოკოლში, ასევე, საშედეგო ფორმებში (რომელიც ზოგჯერ ინფექციის გავრცელების რისკის შემცირების მიზნით გამოიყენება და ზოგჯერ, მხოლოდ კოვიდის სიმპტომების სრული ელიმინაციის საფუძველზე). ასევე, გახანგრძლივებულის დეფინიცია არ იყო გამოყენებული, ონლაინ კლინიკიდან გაწერის კრიტერიუმად შეთანხმებული და ა.შ.
- 4.2. მიუხედავად დისტანციური, მხარდამჭერი შეხვედრებისა, ხდებოდა დაწესებულებების მიერ პროტოკოლის კრიტერიუმების არასწორი აღქმა, რომელიც სავარაუდოდ, მიუხედავად განმარტებების, დასაზუსტებელი გახდა - ასე მაგალითად:
- შეკითხვა ეხებოდა პაციენტების და არა ვიზიტების რაოდენობას (რომელიც სათანადოდ არ აღირიცხება, ამდენად, შემდგომში, მოხდა მონაცემთა დაზუსტება);
 - ასევე, მიღებული პაციენტების რაოდენობა გადმოცემული იყო სხვადასხვა წყაროებიდან - უმეტეს ნაწილს გადმოცემული ჰქონდა მხოლოდ ონლაინ კლინიკის ფარგლებში შესრულებული სამუშაო, რის გამოც შეიცვალა 2 დარჩენილი კლინიკის მონაცემებიც, რომ ყოფილიყო ერთმანეთთან შედარებადი;
 - გაურკვეველი იყო თუ რატომ იყო საინტერესო პროტოკოლით განსაზღვრული კრიტერიუმი - ჩაუტარდა ტესტირება (სულ, სკრინინგულის ჩათვლით თუ მხოლოდ სიმპტომებიან პაციენტს, რომ შევაფასოთ **მოცვა**)
 - კლინიკური კოვიდი, განსხვავებულად აღიქვეს დაწესებულებებმა (რადგან საექსპო კოვიდის და „კლინიკურ კოვიდის“ ტერმინები ყველას ერთნაირად არ ჰქონდა გაგებულები და აღრიცხვები), ამასთანავე, ICD-10 კოდებიც არასწორად მინიჭებული და/ან „საექსპო კოვიდზე“ ინფორმაცია ზემდგომ ორგანოებში გაგზავნილი არა აქვთ.

რა დაიგეგმა და გაკეთდა, ნოემბერში განხორციელებული აუდიტის შემდეგ:

1. მხოლოდ 1 დაწესებულებაში შემუშავდა/დაინერგა ადგილობრივი (google-sheet) ფორმები, რამაც შესაძლებელი გახდა ინფორმაციის აღრიცხვა არა მხოლოდ გარე მოხმარებისთვის, ასევე, შიდა მიზნებისათვის, რამაც გააუმჯობესა EHR-ის და სხვა პორტალებში, გასაგზავნ მონაცემთა ხარისხი.
- 16 ნოემბრიდან, როდესაც 112-ის მიერ გადმოცემული პაციენტების იდენტიფიცირება ხდებოდა პირადი ნომრით, ლოკალური EMR-ის გამოყენებით შესაძლებელი გახდა ონლაინ და ჰქდ კლინიკის მიერ შესრულებული სამუშაოების ცალ-ცალკე აღრიცხვიანობის ორგანიზება.

2. აღნიშნული ინსტრუმენტის გაზიარება განხორციელდა საპილოტე დაწესებულებებში, მხარდამჭერ შეხვედრებზე, რამაც (როგორც დისკუსიის დროს გამოიხატა) გააჩინა საკუთარი, ლოკალური საჭიროებების შექმნის მოტივაცია.
2. მუდმივად ხდებოდა ზემოაღნიშნულ პრობლემებზე კომუნიკაცია ზემდგომ ორგანოებთან, შესაბამისად, მალევე ხდებოდა რეაგირება და სამუშაო პირობების გაუმჯობესება.
3. გამოვლენილი ხარვეზების აღმოსაფხვრელად, მინისტრის ბრძანების საფუძველზე, 112-ის გუნდთან ერთად შემუშავდა ახალი სამედეგოების გამარტივებული ფორმები და ნაცვლად 14 სამედეგო ველისა, აუცილებლად შესავსები დარჩა 7 სამედეგო ველი, რამაც მნიშვნელოვნად შეამსუბუქა ექიმების დატვირთვა და გაუმჯობესა დოკუმენტირების და საჭიროებების შესაბამისი, მომსახურების ხარისხი.
4. 1 დეკემბრიდან ამოქმედდა 112-ის განახლებული, ახალ პლატფორმაზე დაფუძნებული ელექტრონული პორტალი (სადაც პროგრამულად ისახება შევსების დრო, თარიღი) და საინფორმაციო სისტემა, რამაც კიდევ უფრო რაციონალური გახადა ექიმების მუშაობა.
5. 12 ნოემბრიდან, საეჭვო შემთხვევების მართვის გადაცემამ რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით პჯდ დაწესებულებებისთვის და სადაზღვევო კომპანიებისთვის, შეამსუბუქა ონლაინ ექიმების დატვირთული რეჟიმი, ონლაინ კლინიკები მართავდნენ მხოლოდ კოვიდ პოზიტიურ ბინაზე დარჩენილ შემთხვევებს, რასაც ხელი შეუწყო, ასევე, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ განსაზღვრულმა ჩანაწერმა, ნაცვლად ყოველდღიური მონიტორინგისა, პაციენტების შეფასება განხორციელებულიყო მდგომარეობის სიმძიმის, სამედიცინო საჭიროებების და პროტოკოლის მოთხოვნების შესაბამისად.

რეკომენდაციები

1. სასურველია, ლოკალური მართვის გუნდის მიერ საინფორმაციო და პროგრამების ცალ-ცალკე აღრიცხვის სისტემის შექმნა/გაძლიერება და სახელმწიფო პორტალებზე ზუსტი და დროული მონაცემების ატვირთვის უზრუნველყოფა.
2. მნიშვნელოვანია, ლოკალური მენეჯმენტის მიერ სხვადასხვა პორტალებზე ატვირთული ინფორმაციის შედარება/ანალიზი და შეუსაბამობების დროული გამოვლენა და მართვა.
3. აუცილებელია, დაწესებულებების ხელმძღვანელებმა დააწესონ დოკუმენტაციის სწორად წარმოებაზე (მ.შ. სტატისტიკურ ფორმებზე) რუტინული მონიტორინგი.
4. გაუმჯობესებას საჭიროებს „კლინიკური კოვიდის“ შემთხვევების რეგისტრაციისა და შეტყობინების გადაცემის სისტემა.
5. ეთხოვოს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს

დაქვემდებარებულ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრს, კონკრეტულ დაწესებულებაში რეგისტრირებულ კოვიდ-გადატანილი პაციენტების რეესტრების შექმნაში დახმარება, რათა მათ, სამედიცინო საჭიროებების განსაზღვრის მიზნით, შესძლონ პოსტ კოვიდ პერიოდში პაციენტების შეფასების და მართვის ორგანიზება.

რე-აუდიტი - 2020 წლის დეკემბერი

მართალია, რეკომენდაციების დასაწერად მცირე დრო იყო გასული, თუმცა საპილოტე დაწესებულებებისვე ინიციატივით ჩატარდა განმეორებითი აუდიტი.

2020 წლის დეკემბერში განხორციელებულმა რე-აუდიტმა გამოავლინა, რომ:

1. წინა აუდიტის რეკომენდაციების გათვალისწინებით, ზოგიერთ დაწესებულებაში შეიქმნა/დანერგვა დაიწყო კოვიდ-სპეციფიკური მონაცემთა აღრიცხვის შიდა დამხმარე საინფორმაციო სისტემებმა.
2. ზოგ შემთხვევაში, იყო მცდელობა შექმნილიყო დაწესებულებაში რეგისტრირებული კოვიდ პოზიტიური პაციენტების რეესტრები და გამოიკვეთა, 1 ოჯახის ექიმზე, პოსტ კოვიდ ეტაპზე შესაფასებელი პაციენტების რაოდენობა შეადგენს - საშუალოდ, 150-200 შემთხვევას, რამაც საშუალება მისცა დაწესებულებას, მალევე დაეგეგმა, პროტოკოლის შესაბამისად, კომპანიაში რეგისტრირებული კოვიდ-პოზიტიური პაციენტების პოსტ მწვავე პერიოდში შეფასება (დისტანციურად ან პირისპირ) მათი სამედიცინო საჭიროებების განსაზღვრის მიზნით, რათა აუცილებლობის შემთხვევაში, გაეწიოთ ადვოკატირება და/ან დახმარება, სამედიცინო საჭიროების შესაბამისი სერვისების მისაღებად.
აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული რეესტრებზე მუშაობა უნდა გაგრძელდეს, რადგან არ მოიცავს სრულად რეალურ შემთხვევებს, ზემოაღნიშნული მიზეზების გამო.
3. დეკემბერში, სახელმწიფოს მიერ, მოხდა ბინაზე დატოვებულ პაციენტთათვის ლაბორატორიული და სხვა დიაგნოსტიკური კვლევების ორგანიზება, სადაც გამოიკვეთა განსხვავებული სტანდარტი, დაწესებულებების მიხედვით:
 - 3.1. აღსანიშნავია, ექიმების განსხვავებული მიდგომა, კოვიდ-პოზიტიურ პაციენტებში საჭირო კვლევებთან, მიმართებაში.
 - 3.2. მინისტრის მიერ გამოცემულ მარეგულირებელ დოკუმენტში არ იყო დაზუსტებული კონკრეტული კვლევების ჩამონათვალი, რადგან ექიმებს ჰქონოდათ კლინიკური გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო კვლევების სრულად ჩატარების შესაძლებლობა, თუმცა გამოიკვეთა, რომ ექიმთა უმრავლესობა აკეთებდა ერთიდაიგივე კვლევებს - D დიმერი; კოაგულოგრამა; C-რეაქტიული ცილა; სისხლის საერთო ანალიზი, კტ/კვლევა.

არასოდეს ჩაუტარებიათ ისეთი აუცილებელი გამოკვლევები, მაგ.: პაციენტებში კოვიდით, თანმხლები დიაბეტის დროს, როგორცაა შაქრის/კეტონების დონის და კრეატინინი/eGFR და ა.შ.,

- 3.3. სამართლებრივ დოკუმენტებში ჩანაწერის მიხედვით, გარკვევით არ იკითხება პაციენტისთვის კვლევის გაკეთების შესაძლებლობა რამდენად აქვს ექიმს - მწვავე პერიოდში, გახანგრძლივებულ პერიოდში და პოსტ მწვავე პერიოდში. ამასთანავე, აღნიშნული დეფინიციები წარმოდგენილია მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულ პროტოკოლში, რასაც ექიმების იყენებენ როგორ არსებულ მოცემულობას.
- 3.4. მონაცემთა ანალიზმა გვიჩვენა ექიმების განსხვავებული მიდგომები, ასევე, ლაბ კვლევების ორგანიზების დროს - მაგ.: ზოგან კვლევები ტარდებოდა მწვავე პერიოდში და უფრო ხშირად, ზოგან გახანგრძლივებული სიმპტომებისას და/ან მაღალი რისკის ან თანმხლები დაავადებით პაციენტებში, რომელთაც უარი განაცხადეს ჰოსპიტალიზაციაზე, ზოგან არასაჭირო შემთხვევებში, პაციენტის და/ან სხვა ექიმების სურვილების გათვალისწინებით,
3. ისევ, პრობლემად რჩება ჰჯდ/პროვადირებს შორის/მეორეული ინტერფეისის საკითხები - დიდი ძალისხმევით, ერთეულ შემთხვევებში ხდება ინფორმაციის (ისიც არასრულყოფილი/უხარისხო) გაცვლა.
4. ისევ პრობლემად რჩება შესრულებული სამუშაოს გათვალისწინებით, სახელმწიფოს მიერ 112-ის სისტემაში ჩართული ბრიგადების, დატვირთვის შესაბამისი, სამართლიანი გადანაწილების რეგულირება.
5. გამოვლინდა ონლაინ კლინიკის გუნდების დატვირთვის შეფასების არარსებობა და არათანაბარი განაწილება. დატვირთვა ერთ გუნდზე მერყეობს 109-დან 1146-მდე, საშუალო - 449.
6. რაც შეეხება სტატისტიკურ ინფორმაციას, აშკარაა მონაცემთა სიზუსტესთან დაკავშირებული პრობლემები, რაც, წინა თვესთან შედარებით, მცირედით გაუმჯობესდა, თუმცა კვლავ ბევრი ხარვეზია.
7. გამოიკვეთა, საყოველთაო ჯანდაცვის პორტალზე, EHR-ში ატვირთულ და სხვადასხვა წყაროებიდან/პროგრამებიდან შეგროვებულ მონაცემების ზედდება ან ანგარიშებში არ ასახვა - ეს არის თემა, რომელზეც განსაკუთრებული ყურადღება უსაჭიროება ადგილობრივი ჯანდაცვის გუნდიდან.

რეკომენდაციები

რე-აუდიტის შედეგად გამოვლენილი პრობლემების მოსაგვარებლად, შემდგომი ორგანოების მიმართ, შემუშავდა ერთადერთი რეკომენდაცია:

- ეთხოვოს საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო

კონტროლს დაქვემდებარებულ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრს, კონკრეტულ დაწესებულებაში რეგისტრირებულ კოვიდ-გადატანილი პაციენტების რეესტრების შექმნაში დახმარება, რათა მათ, სამედიცინო საჭიროებების განსაზღვრის მიზნით, შესძლონ პოსტ კოვიდ პერიოდში პაციენტების შეფასების და მართვის ორგანიზება.

მხარდამჭერ მეხვედრებზე, რომელთაც დაწესებულებების ხელმძღვანელების გარდა, მუდმივად ესწრებოდნენ ოჯახის ექიმებიც, დეტალურად იყო განხილული ლოკალურად არსებული მენეჯმენტის პრობლემები და მათი გადაჭრის ღონისძიებები, სადაც გამოიკვეთა, რომ ყველა დაწესებულებაში, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პერსონალური და ორგანიზაციული შესაძლებლობების განვითარება, რისთვისაც ზოგად საექიმო პრაქტიკაში, რუტინულად უნდა დაინერგოს, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მოწოდებული ინსტრუმენტები.

რეკომენდაციების დიდი ნაწილი მიეძღვნა საპილოტე დაწესებულებებში, აუდიტის დროს გამოვლენილი, არსებული ხარვეზების და პრობლემების გადაჭრის გზებს.

უფრო კონკრეტულად:

1. ოჯახის ექიმებმა, საწყის ეტაპზე, ხელთ არსებული რეესტრების გამოყენებით, დაიწყონ კოვიდ-19 - ით პაციენტებთან გეგმიური შეფასების ეტაპი, პოსტ მწვავე პერიოდში მათი სამედიცინო საჭიროებების შესაფასებლად და პროცესი დაასრულონ არაუგვიანეს 1 მარტისა, 2021.
2. ლოკალური საინფორმაციო სამსახურის უფროსებმა:
 - 2.1. უზრუნველყოს, დადგენილი წესით, მონაცემთა სიზუსტე;
 - 2.2. ცალკეული პროგრამების მიხედვით, შესრულებული სამუშაოს, რეგისტრაცია;
 - 2.3. დროული და ზუსტი ინფორმაციის ატვირთვა საყოველთაო ჯანდაცვის პორტალზე, EHR-ში, სხვა სახელმწიფო პორტალებზე და სხვა სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვების მიზნით, სპეციალური დამატებითი ფაილების/ინსტრუმენტების ხარისხიანი წარმოება;
 - 2.4. დაწესებულებაში დადგენილი წესით, მონაცემთა/ინფორმაციის ხარისხის ნაკადების მართვის ყოველთვიური რუტინული შეფასება და ანალიზი.
 - 2.5. რეესტრების მუდმივი განახლების უზრუნველყოფა;
 - 2.6. ანგარიშგების ხარისხის გაუმჯობესება.
3. საინფორმაციო და პრაქტიკის მენეჯერებმა:
 - 3.1. ხელი შეუწყონ პჯდ გუნდებს დაგეგმილი აქტივობების განხორციელებაში

- 3.2. ყოველკვირეულად წარმოადგინონ მონაცემები, შესრულებული სამუშაოს თაობაზე.
4. დაევალოს ხარისხის სამსახურის უფროსს - დააწესოს რუტინული მონიტორინგი ზემოაღნიშნულ აქტივობების შესრულების მდგომარეობაზე.

აუდიტის ჩასატარებლად შეირჩა შესაბამისი ეროვნული პროტოკოლებით განსაზღვრული აუდიტის კრიტერიუმები. აუდიტის გაერთიანებული შედეგები მოცემულია ქვემოთ, ცხრილებში (№3, №4, №5).

ცხრილი №3. COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე სამედიცინო მომსახურების აუდიტის შედეგები - ნოემბერი, 2020									
სამედიცინო დაწესებულება	მცხეთა	ბათუმი	ქუთაისი	ჰოლდინგი 23	კროლის სამედიცინო კორპორაცია	საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	მე-14 3-კა	NFMTC	ჯამი/საშუალო
სტრუქტურის აუდიტი									
1. დაწესებულებას გააჩნია COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა	√	√	√	√	√	√	√	√	8
2. დაწესებულების პერსონალს ჩაუტარდა ტრენინგი COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვაზე	√	√	√	√	√	√	√	√	8
3. რამდენ ოჯახის ექიმს/ექთანს ჩაუტარდა ტრენინგი COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების მართვაზე?	11	48	35	13	29	12	11	16/8	183
4. სამედიცინო დაწესებულებას გააჩნია დისტანციური (სატელეფონო, ვიდეო ან ონლაინ) კონსულტაციის ჩატარების სისტემა COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვის მიზნით	√	√	√	√	√	√	√	√	8
5. 112-ის სისტემაში ჩართული დაწესებულების ბრიგადების რაოდენობა	3	11	3	2	6	1	3	3	32
პროცესის აუდიტი									
6. კოვიდზე საექვო სიმპტომებით,რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა დისტანციური კონსულტაცია?	3434	2244	3439	2757	2078	421	2186	3332	19891
7. პაციენტების რაოდენობა საშუალოდ, 1 ბრიგადაზე (საშუალო დატვირთვა)	1145	204	1146	1379	346	421	729	1111	622
8. რამდენ პაციენტს ერჩია ბინაზე დარჩენა და მიეცა თვითმართვის რეკომენდაციები	2963	1375	3156	2757	1159	421	2186	2292	
9. რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა ტესტირება	1517	147	706	914	798	60	385	2056/1275	7859
10. რამდენ პაციენტს “კლინიკური COVID-ით” უტარდება მონიტორინგი (ტესტირების გარეშე)	272	242	883	1375	-	86	-	-	2858

გამოსავლის აუდიტი									
11. COVID-19 მეორე პაციენტთა წილი, რომლებიც დატოვებული იქნენ ბინაზე სატელეფონო ტრიაჟის შემდეგ	95%	80%	91%	50%	93%	80%	91%	94%	84%
12. რამდენ მსუბუქ შემთხვევას უტარდება მონიტორინგი ბინაზე	598	310	2078	1018	519	127	712	856	8583
13. რამდენ ასიმპტომურ შემთხვევას უტარდება მონიტორინგი ბინაზე	208	180	1078	357	207	105	198	354	2687
14. რამდენმა პაციენტმა განაცხადა უარი ჰოსპიტალიზაციაზე, თუ მისი მდგომარეობა აკმაყოფილებდა ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმებს?	22	18	38	2	5	4	7	88	184
15. პაციენტთა რა პროცენტი იქნა გადაყვანილი COVID-სასტუმროში	1.3%	35%	5%	2%	3%	1.35%	0.2%	0.6%	6%
16. პაციენტთა რა პროცენტში განხორციელდა ჰოსპიტალიზაცია	4%	13%	5.6%	5.2%	4%	2.9%	5%	7.4%	6%
17. პაციენტთა რა პროცენტში დაფიქსირდა გამოჯანმრთელება	44%	87%	89.4%	79.7%	95%	95%	95%	95%	85%

ცხრილი №4. COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე სამედიცინო მომსახურების აუდიტის შედეგები - დეკემბერი, 2020									
სამედიცინო დაწესებულება	მცხეთა	ბათუმი	ქუთაისი	პოლდინგი 23	კროლის სამედიცინო კორპორაცია	საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	მე-14 პ-კა	NFMTC	ჯამი/ საშუალო
სტრუქტურის აუდიტი									
1. დაწესებულებას გააჩნია COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა	√	√	√	√	√	√	√	√	8
2. დაწესებულების პერსონალს ჩაუტარდა ტრენინგი COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვაზე	√	√	√	√	√	√	√	√	8
3. რამდენ ოჯახის ექიმს/ექთანს ჩაუტარდა ტრენინგი COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების მართვაზე?	11	48	35	13	29	12	11	16/8	183
4. სამედიცინო დაწესებულებას გააჩნია დისტანციური (სატელეფონო, ვიდეო ან ონლაინ) კონსულტაციის ჩატარების სისტემა COVID-19 მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვის მიზნით	√	√	√	√	√	√	√	√	8
5. 112-ის სისტემაში ჩართული დაწესებულების ბრიგადების რაოდენობა	3	11	3	2	6	1	3	3	32
პროცესის აუდიტი									
6. კოვიდზე საექსპო სიმპტომებით, რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა დისტანციური კონსულტაცია?	3178	1204	3439	1829	1466	421	1459	1374	14370
7. პაციენტების რაოდენობა საშუალოდ, 1 ბრიგადაზე (საშუალო დატვირთვა)?	1059	109	1146	915	244	421	486	458	449
8. რამდენ პაციენტს ერჩია ბინაზე დარჩენა და მიეცა თვითმართვის რეკომენდაციები	1676	1009	3156	1829	1144	421	1459	1322	
9. რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა ტესტირება	1792	147	706	1797	1303	60	385	1374/171	7089
10. რამდენ პაციენტს "კლინიკური COVID-ით" უტარდება მონიტორინგი (ტესტირების გარეშე)	126	242	883	1100	-	86	-	-	3339
გამოსავლის აუდიტი									

11. COVID-19 მქონე პაციენტთა წილი, რომლებიც დატოვებული იქნენ ბინაზე სატელეფონო ტრიაჟის შემდეგ	96%	80%	91%	60%	99%	80%	87%	62%	82%
12. რამდენ მსუბუქ შემთხვევას უტარდება მონიტორინგი ბინაზე	1458	310	2078	825	364	127	698	476	6336
13. რამდენ ასიმპტომურ შემთხვევას უტარდება მონიტორინგი ბინაზე	218	180	1078	274	158	105	203	137	2353
14. რამდენმა პაციენტმა განაცხადა უარი ჰოსპიტალიზაციაზე, თუ მისი მდგომარეობა აკმაყოფილებდა ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმებს?	38	18	38	4	3	4	5	52	162
15. პაციენტთა რა პროცენტი იქნა გადაყვანილი COVID-სასტუმროში	0,3%	35%	5%	1.3%	2%	1.35%	10%	0.7%	7.9%
16. პაციენტთა რა პროცენტში განხორციელდა ჰოსპიტალიზაცია	3,2%	13%	5.6%	7.6%	8%	2.9%	12.6%	15%	9.2%
17. პაციენტთა რა პროცენტში დაფიქსირდა გამოჯანმრთელება	49%	87%	89.4%	75.9%	96%	95%	96%	96%	85.5%

ცხრილი №5. პოსტ მწვავე-COVID-19 და საავადმყოფოდან გამოწერილი პაციენტების სამედიცინო მომსახურების აუდიტის შედეგები - ნოემბერი - დეკემბერი 2020									
სამედიცინო დაწესებულება	მცხეთა	ბათუმი	ქუთაისი	პოლდინგი 23	კროლის სამედიცინო კორპორაცია	საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	მე-14 პ-კა	NFMTC	ჯამი/ საშუალო
სტრუქტურის აუდიტი									
1. დაწესებულებას გააჩნია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა პოსტ-მწვავე COVID-19 და ჰოსპიტლიდან გამოწერილი პაციენტების სამართავად	√	√	-	√	√	√	√	√	7
2. დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს ჩატარებული აქვს ტრენინგი პოსტ-მწვავე COVID-19 და ჰოსპიტლიდან გამოწერილი პაციენტების მართვის საკითხებზე	√	√	-	√	√	√	√	√	7
3. დაწესებულებას გააჩნია პოსტ-მწვავე COVID-19 და ჰოსპიტლიდან გამოწერილი პაციენტების რეესტრი	√	√	-	√	√	√	√	√	7
4. ჰოსპიტალურ, საზღვანდაცვისა და სპეციალიზებულ სამედიცინო სამსახურებს შორის კავშირების არსებობა	√	√	√	√	√	√	√	-	7
5. არის თუ არა ხელმისაწვდომი სამედიცინო, ფსიქოლოგიური, სოციალური და დიაგნოსტიკური სერვისები	√	√	√	√	√	√	√	-	7
პროცესის აუდიტი									
6. „გახანგრძლივებული COVID“-ის მქონე რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა დამატებითი შეფასება?	58	25	76	-	-	25	95	-	279
7. ბინაზე მყოფი მწვავე ან „მწვავე გახანგრძლივებული COVID“-ის მქონე რამდენი	54	22	68	176	101	0	95	52	467

პაციენტი გაიგზავნა დამატებითი გამოკვლევებისთვის?									
„C“ რეაქტიული ცილა	54	22	-	164	101	0	95	52	223
ლეიკოციტების რიცხვი	54	11	-	163	101	0	95	52	212
ფერიტინი;	0	4	-	-	1	0	0	-	4
ტროპონინი;	0	7	-	-	-	0	0	-	7
D-დიმერი;	58	6	-	166	100	0	95	52	377
გულმკერდის რადიოლოგიური კვლევა (CT, რენტგენოგრაფია)	52	22	-	139	80	0	65	7	285
12-განხრიანი ეკგ	0	6	-	-	1	0		-	7
ექოკარდიოგრაფია	0	1	-	-	-	0	0	-	1
8. COVI-19-ის მქონე რამდენ პაციენტთან განხორციელდა კონტაქტი ჰოსპიტლიდან გამოწერიდან 6 კვირაში	0	30	62	0	-	25	0	-	117
9. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებულ რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა ფილტვის ფიბროზის გრძელვადიანი რისკის შეფასება გაწერის შემდეგ	0	18	0	0	-	0	0	-	18
10. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებულ რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა სხვა სამედიცინო პრობლემების შეფასება?	0	28	43	0	-	0	0	-	71
11. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებულ რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა მენტალური პრობლემების შეფასება გაწერის შემდეგ?	0	25	19	0	-	0	0	-	44
12. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებულ რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა სოციალური პრობლემების შეფასება გაწერის შემდეგ?	0	0	21	0	-	0	0	-	21

13. რამდენ შემთხვევაში შემუშავდა მართვის გეგმა იდენტიფიცირებულ პრობლემებთან დაკავშირებით?	0	8	43	0	-	0	0	-	51
გამოსავლის აუდიტი									
14. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა პულმონური რეაბილიტაციის პროგრამაში?	0	0	0	0	0	0	0	-	0
15. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა ფილტვის ფუნქციების შეფასების მიზნით?	0	12	23	0	0	0	0	-	35
16. რამდენ შემთხვევაში დადგინდა ფილტვის ფიბროზის დიაგნოზი?	0	4	0	0	0	0	0	-	4
17. რამდენ შემთხვევაში დადგინდა მენტალური პრობლემა?	0	7	11	0	3	2	3	-	26
18. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა ფსიქოლოგთან/ფსიქიატრთან?	5	2	5	0	0	2	0	-	14
19. რეჰოსპიტალიზებული პაციენტების წილი	0.1%	0	0	0	0	0	0.2%	-	0.04%
20. პაციენტთა წილი მდგომარეობის გაუმჯობესებით/გაჯანმრთელებით	83%	100%	92%	0	0	0	89%	-	42%