

ნათა ყაზანაშვილი



სამედიცინო მომსახურების
ხარისხის უზრუნველყოფა
მართვა და გაუმჯობესება

სამედიცინო მომსახურების
ხარისხის უზრუნველყოფა,
მართვა და გაუმჯობესება

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის
თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ნატა ყაზახაშვილი

სამედიცინო მომსახურების
ხარისხის უზრუნველყოფა,
მართვა და გაუმჯობესება

ნაწილი I



უნივერსიტეტის
გამომცემლობა

წიგნი მომზადდა ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში.

სამეცნიერო რედაქტორი ოთარ ვასაძე
ასოცირებული პროფესორი

**სამედიცინო ტერმინოლოგიის
რედაქტორი** ლია ჯიმშიტაშვილი

გამოცემულია ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საუნივერსიტეტო საგამომცემლო საბჭოს გადაწყვეტილებით

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2020

ISBN 978-9941-13-894-2 (ყველა ნაწილის)

ISBN 978-9941-13-895-9 (ნაწილი I)



სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გულისხმობს სამედიცინო მეცნიერების მიღწევების და თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებას ისე, რომ პაციენტის ჯანმრთელობისთვის სარგებელი მაქსიმალურად გაიზარდოს რისკის მატების გარეშე.

ამდენად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არის სამედიცინო დახმარება, რომლის პროცესში მოსალოდნელია რისკისა და სარგებლის ყველაზე ხელსაყრელი ბალანსის მიღწევა.

Avedis Donabedian, M.D., 1980

შინაარსი

ნინასიტყვაობა	9
შესავალი	13
ხარისხის კონცეფცია და არსი	20
ხარისხისა და სანდოობის განმარტება	22
ისტორიული განვითარება	24
ხარისხის ფუძემდებლები	26
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება განვითარებად ქვეყნებში	46
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შესაძლებლობები განვითარებად ქვეყნებში	51
ხარისხის განმარტება. რა არის ხარისხი	57
ხარისხის სფეროები და ძირითადი კომპონენტები	60
პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის მოსაზრებები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მნიშვნელობაზე	84
სამედიცინო მომსახურების ხარისხი პაციენტის თვალთახედვით	85
სამედიცინო მომსახურების ხარისხი სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების თვალთახედვით (ექიმები)	95
სამედიცინო მომსახურების ხარისხი სამედიცინო დანეხებულებების მენეჯერების თვალთახედვით	99
რა არის ხარისხის უზრუნველყოფა	101
მაღალი კლასის სამედიცინო მომსახურება. რას ნიშნავს CLAS	125
ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესი	134

ხარისხის უზრუნველყოფის დაგეგმვა	140
ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის ფორმირება	174
რეკომენდაცია კლინიკური მენეჯერის შესარჩევად	186
კლინიკური მენეჯერის თანამდებობრივი ინსტრუქცია	188
პრაქტიკული საკითხები: შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკა სამედიცინო დაწესებულებაში	193
უსაფრთხოების ინჟინრის ფუნქციები და მოვალეობები (ნიმუში)	196
სამედიცინო დაწესებულების გამართივებული მოდელი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად: სტრუქტურა – პროცესი – შედეგი (გამოსავალი)	198
სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების ნიმუშები. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა (SOP)	209
თანამშრომელთა მოვალეობები	248
სამედიცინო დაწესებულებაში შრომის უსაფრთხოების პირობების თვითშეფასების კითხვარი (ნიმუში)	259
ბიბლიოგრაფია	273

წინასიტყვაობა

მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის საკითხია. მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მიწოდება საუკეთესო შედეგების მიღწევის შესაძლებლობას იძლევა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება მრავალმხრივი და კომპლექსური პროცესია, რომელიც სამედიცინო დანებსების გახსნასთან ერთად იწყება, გრძელდება და არ მთავრდება, ვინაიდან სამედიცინო სერვისები მუდმივად სრულყოფას, დახვეწას და განვითარებას საჭიროებს. ხარისხიანი და ხარჯთეფექტური სამედიცინო სერვისები განიხილება, როგორც ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელთა პაციენტის მოთხოვნებზე დროით ნაკარნახევი პასუხი. მრავალწლიანმა გამოცდილებამ ცხადყო, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა არის არსებული შესაძლებლობების მაქსიმალურად და ეფექტურად გამოყენების ხელოვნება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება, პირველ რიგში, პაციენტისთვის მისაღები სერვისების მიწოდებას გულისხმობს, ამასთან, პაციენტმა და მისმა ახლობლებმა უნდა შეძლონ ბევრი კარგი სერვისიდან საუკეთესოს გამორჩევა.

სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება ხშირად რთული, რესურსტევადი და მტკივნეული ღონისძიებების გატარებას უკავშირდება, თუმცა არასოდეს არ უნდა დაგვაინწყდეს, რომ ხარისხის მონიტორინგისას ტოლერანტობა მეტად მნიშვნელოვანია. შეცდომის ძიებისას თავიდან უნდა იქნეს აცილებული ცილისწამება და სხვისი გაკიღვა. მხოლოდ ასეთი მიდგომითაა შესაძლებელი დამყარდეს ახალი სახის ნდობა როგორც პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს, ისე კო-

ლევებს შორის. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თაობაზე საკითხების განხილვა მხოლოდ სამედიცინო სერვისების მიწოდების უკეთესი სისტემის ჩამოყალიბებასა და პაციენტების მდგომარეობის გაუმჯობესებას ითვალისწინებს. ანალიზზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე ჯარიმებსა და დასჯაზე დაფუძნებული სისტემა.

ვფიქრობ, წინამდებარე სახელმძღვანელო დიდ დახმარებას გაუწევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებს, ექიმებს, სტუდენტებს და ყველას, ვინც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების საკითხებითაა დაინტერესებული.

დიმიტრი კორძაია

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის დეკანი,
პროფესორი

წინამდებარე სახელმძღვანელოში განხილულია განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შესაძლებლობები.

სახელმძღვანელო ორი ნაწილისაგან შედგება: პირველი ნაწილი მოიცავს ხარისხის არსს, განმარტებებს, კონცეფციასა და ზოგად საკითხებს, რომლებიც ხარისხის უზრუნველყოფას, მართვასა და გაუმჯობესებას უკავშირდება. სახელმძღვანელოს პირველ ნაწილში წარმოდგენილია ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ განხორციელდა ხარისხის მდგომარეობის შეფასება განვითარებად ქვეყნებში; აქვე განხილულია განვითარებად ქვეყნებში ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდების დანერგვის შესაძლებლობები და მიზანშეწონილობა. წიგნის დასაწყისში მოცემულია ხარისხის არსი; ასევე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის განსაზღვრება და ძირითადი პრინციპები. სახელმძღვანელოში წარმოდგენილია ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესების მარტივი ნორმები. სახელმძღვანელოს დასკვნითი ნაწილი განიხილავს ჯანდაცვის ორგანიზაციაში ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებულ გამოწვევებს. სახელმძღვანელოს მე-2 ნაწილი ეთმობა პრაქტიკული მნიშვნელობის საკითხებს. აქ მოცემულია ისეთი დამხმარე მასალა, როგორცაა: სამედიცინო დანესებულებაში სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის თვითშეფასების კითხვარის ნიმუში, სამედიცინო დანესებულებაში უსაფრთხოების შეფასების კითხვარის ნიმუში, პაციენტის კმაყოფილების შეფასების კითხვარის ნიმუში როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული სექტორისთვის, ასევე ყველაზე გავრცელებული სამედიცინო სერვისების სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების აღწერილობა და სხვა.

წიგნი საინტერესო იქნება ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელი სტრუქტურებისთვის, ჯანდაცვის ცენტრალური, რეგიონ-

ნული და რაიონული დონის მენეჯერებისთვის, რომელთა მიზანს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება წარმოადგენს. წიგნი დაეხმარება იმ ორგანიზაციებს, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების პროექტების (პროგრამების) განხორციელებით. სახელმძღვანელო დიდ დახმარებას გაუწევს სტუდენტებს, ექიმებს და სამედიცინო მომსახურების ხარისხით დაინტერესებულ ყველა მკითხველს.

ეს არის ავტორის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თაობაზე წიგნის გამოცემის პირველი მცდელობა, ამიტომ თითოეული შენიშვნა, რჩევა და წინადადება მადლიერების გრძნობით იქნება მიღებული.

შესავალი

ნებისმიერი სახელმწიფო იქმნება ადამიანის მიერ, ადამიანისთვის და მის ძირითად სიმდიდრესაც ადამიანი წარმოადგენს. ადამიანის სიცოცხლის ჯანსაღი საწყისი, მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების ამოცანების გადაწყვეტა განსაკუთრებულ მოთხოვნას უყენებს საზოგადოებას და განსაზღვრავს მისი განვითარების დონეს. არავინ ენინააღმდეგება აზრს, რომ ქვეყნის უმათავრესი ფასეულობაა ადამიანების ჯანმრთელობა, მათი კეთილდღეობა, პირადი უსაფრთხოება, სოციალური მხარდაჭერა, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის უფლება და სხვ. ამ ფაქტორებს შორის არსებული კავშირები ძალიან რთულია და მათ უდიდესი გავლენის მოხდენა შეუძლიათ მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე.

მთელ მსოფლიოში უკვე ტრადიციად იქცა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას ისეთი დეტერმინანტების გაანალიზება, როგორცაა: ეკონომიკური, სოციალური, გარემო, ბიოლოგიური, გენეტიკური და ინდივიდუალური ფაქტორები, ცხოვრების წესი, ჯანდაცვის სამსახურების ეფექტურობა, სამედიცინო სერვისების ხარისხი და სხვ. ყველა ზემოქანამოთვლილი დეტერმინანტი ურთიერთკავშირშია და ურთიერთდამოკიდებულია; თითოეულ მათგანს უმნიშვნელოვანესი გავლენა აქვს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე, ქვეყნის საზოგადოებრივ და პოლიტიკურ განვითარებაზე.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაცია, სამედიცინო სერვისების მიწოდება და, ზოგადად, ჯანმრთელობის ადმინისტრირება თავისი შინაარსით მჭიდრო კავშირშია სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფასთან, მართვასთან და მის უწყვეტ გაუმჯობესებასთან, რომელიც ყოველთვის მოითხოვს წინააღმდე-

გობებით აღსავსე, რთული და მტკივნეული ღონისძიებების გატარებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკა ეფუძნება ისეთ ძირითად ფასეულობებს, როგორცაა ადამიანის უფლებათა დაცვა და სამართლიანობა, რაც, სხვა მიმართულებებთან ერთად, მოიცავს სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის კუთხით უთანასწორობის აღმოფხვრას და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობის უფლებას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა გულისხმობს ქვეყნის ჯანდაცვის სექტორის განვითარების ისეთ ძირითად პრინციპებს, როგორცაა: უნივერსალიზმი, მდგრადობა, ხელმისაწვდომობა, თანასწორუფლებიანობა, ხარჯთაღიწივლობა და გამჭვირვალე მმართველობა და ჯანდაცვის მიზნებისათვის უწყებათაშორისი თანამშრომლობის გაძლიერება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება მრავალმხრივი და კომპლექსური პროცესია, რომელიც სამედიცინო დაწესებულების გახსნასთან ერთად იწყება, გრძელდება და არ მთავრდება, ვინაიდან სამედიცინო სერვისები, როგორც პაციენტის მოთხოვნებზე ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებელთა შესაბამისი და დროით ნაკარნახევი პასუხი, მუდმივად სრულყოფას, დახვეწას და განვითარებას საჭიროებს.

სამედიცინო ბაზარზე არსებული კონკურენცია, სამედიცინო სერვისების დამფინანსებელთა და პაციენტთა მზარდი მოთხოვნები სამედიცინო დაწესებულებებს „აიძულებს“, სისტემატურად და უწყვეტად იზრუნონ ხარისხზე.

განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემა მრავალი ნაკლოვანებით ხასიათდება, რაც, ძირითადად, ობიექტური გარემოებებითაა განპირობებული. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ნაკლოვანებები პირდაპირ აისახება მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. ლაკონიურად შეიძლება ითქვას, რომ განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი თანამედროვე მოთხოვნებს ვერ პასუ-

ხობს. არსებულ სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და იმ სერვისებს, რომლებიც შესაძლებელია არსებობდეს, მხოლოდ მცირედი განსხვავებები კი არა, უფსკრული ამორებს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა – ეს არის არსებული შესაძლებლობების მაქსიმალურად და ეფექტურად გამოყენების ხელოვნება.

მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში წარმატებით განხორციელებული ხარისხის უზრუნველყოფის პროექტების ღრმა და საფუძვლიანი გაცნობა განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის მენეჯერებს პრობლემების გამოვლენისა და გადაჭრის სისტემური მეთოდების დანერგვაში დაეხმარება. **ანალიზზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე ჯარიმებსა და დასჯაზე დაფუძნებული სისტემა.**

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ის პროექტები, რომლებშიც ჩატარებულია სამედიცინო მომსახურების არსებული სიტუაციის კვლევა. მსგავსი ინფორმაცია განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის პროფესიონალებს და სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებს ეხმარება ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების მეთოდოლოგიის შემუშავებაში.

განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების გაზიარებით, ხარისხის უზრუნველყოფის აპრობირებული სისტემების განხილვით და დარგის ექსპერტებთან კონსულტაციებით შესაძლებელია ჯანდაცვის ოპტიმალური ხარისხის მიღწევა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების საკითხებზე მუშაობისას პრიორიტეტი ინფორმაციის მოპოვების ეკონომიკურ მეთოდებს და სამედიცინო სერვისების მიწოდების სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების არსებობას ენიჭება, ასევე მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის სტანდარტების განსაზღვრა და საქმიანობის შეფასების ინდიკატორების დადგენა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის

პერიოდულ შესწავლასა და ანალიზს დიდი დახმარება შეუძლია ჯანდაცვის სისტემის მართვის, სერვისების მიწოდების და უტილიზაციის პრობლემების გამოვლენის საქმეში, ხოლო პრობლემათა სიმრავლის შემთხვევაში აუცილებელია პრიორიტეტების განსაზღვრა.

სამედიცინო მომსახურების პროცესში ხარვეზების, ნაკლოვანებების და ჩავარდნების გამოვლენას ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებების დაგეგმვის საქმეში რადიკალური მნიშვნელობა აქვს, ვინაიდან დროულად აღმოჩენილ პრობლემათა მოგვარების მრავალი იაფი და მარტივი მეთოდი არსებობს. მრავალწლიან გამოცდილებაზე დაყრდნობით დასავლეთის ქვეყნებში შემუშავებულია რეკომენდაციები, ტექნოლოგიები, მეთოდები, გეგმები და ღონისძიებები, რაც განვითარებადი ქვეყნების სამედიცინო დაწესებულებებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებაში დაეხმარება. აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, ჯანდაცვის სამსახურის, მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განყოფილების, ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის ჰიგიენისა და ჯანდაცვის ფაკულტეტის მიერ, განათლების განვითარების აკადემიასთან ერთად, არაერთი აქტუალური პროექტია განხორციელებული, მათ შორის აღსანიშნავია პროექტი „ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფა განვითარებად ქვეყნებში“. აღნიშნული პროექტის ფარგლებში შემუშავებული რეკომენდაციები საინტერესოა ყველა იმ სტრუქტურისთვის, უწყებისა და სამედიცინო დაწესებულებისთვის, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფით, მართვით და გაუმჯობესებითა დაინტერესებული; ვინც სკეპტიკურადაა განწყობილი და მიაჩნია, რომ სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევა, დიდი მატერიალური რესურსების გარეშე, შეუძლებელია.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონისთვის მნიშვნელოვანია, მაგრამ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა განსაკუთრებით აქტუალურია. ცნობილია, რომ როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად

ქვეყნებში მოსახლეობის უმრავლესობა სამედიცინო მომსახურებას იწყებს და ამთავრებს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ავად გამხდარი მოსახლეობის მხოლოდ მცირე ნაწილი საჭიროებს ჰოსპიტალურ მომსახურებას. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპიტალურ სექტორში დატვირთვის და დანახარჯების შემცირებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მოსახლეობის ნდობას პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მიმართ. სხვადასხვა ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიმართვიანობა განსხვავებულია, თუმცა ცხადია, რომ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე სამედიცინო მომსახურებას მთელ მსოფლიოში ასეულობით ათასი ადამიანი იღებს. მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად პირველადი ჯანდაცვა ყველაზე ხელმისაწვდომ და იაფ საშუალებად ითვლება, ამიტომ პუჯდ დონეზე მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის უსაფრთხო და მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მიწოდება განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს. მსოფლიოს სამედიცინო საზოგადოებისთვის კარგადაა ცნობილი ალმათის დეკლარაცია. 1978 წლის მაისში ალმათში მსოფლიოს 150 ქვეყნის მთავრობის წარმომადგენელთა მონაწილეობით WHO/ UNICEF-ის მიერ ჩატარდა კონფერენცია, სადაც გაცხადდა მიზანი: „ჯანმრთელობა ყველასათვის 2000 წელს“ (Kazakhstan, 6–12 September 1978). დასახული მიზნის მიღწევის ყველაზე ხელსაყრელ და რეალურ გზად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება იქნა მიჩნეული. ამავე კონფერენციაზე პირველადი ჯანდაცვის კონცეფციას ოფიციალურად ჩაეყარა საფუძველი: განმარტებულ იქნა პირველადი ჯანდაცვის არსი, ადგილი და როლი მთლიანად ჯანდაცვის სისტემაში. ჯანდაცვის პროფესიონალთა მიერ კონფერენციაზე პირველადი ჯანდაცვა განისაზღვრა არსებით, აუცილებელ ჯანდაცვად, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ, სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს. ხაზგასმით აღინიშნა, რომ პირველადი ჯანდაცვა თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისათვის, უნდა ითვალისწინებდეს მათ სრულ ჩართულობასა და თანამონაწი-

ლეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში, უნდა პასუხობდეს მოსახლეობის საჭიროებებს ჯანდაცვის სფეროში და შესაძლებელი იყოს მისი მოქმედება შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი, ქვეყნის განვითარების ნებისმიერ ეტაპზე, იმ მომენტისთვის ქვეყნის მიერ მობილიზებული შესაძლებლობების შესაბამისად.

ალმათის დეკლარაციის მიღებიდან 40 წელი გავიდა. საერთაშორისო საზოგადოებამ საკუთარ თავზე აიღო ვალდებულება პირველადი სამედიცინო მომსახურების (PHC) საყოველთაო უზრუნველყოფის შესახებ. განვლილ პერიოდში თითქმის ყველა განვითარებად ქვეყანაში ძირითადი ფონდები პირველადი სამედიცინო მომსახურების სისტემის განვითარებას მოხმარდა. ალნიშნულის მიღწევა როგორც განვითარებადი ქვეყნების სახელმწიფო რესურსების, ისე საერთაშორისო ორგანიზაციების ფინანსური წყაროების მობილიზებით და კოორდინაციით მოხერხდა, რაც ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელთა მასშტაბური ტრენინგებითა და ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურის რეორგანიზაციის გზით განხორციელდა. ქვეყნების უმეტეს ნაწილში აღინიშნა მნიშვნელოვანი პროგრესი სოციალური პროგრამებისა და სამედიცინო სადაზღვევო დაფარვის კუთხით; ასევე, ბევრმა ქვეყანამ განაცხადა ახალშობილთა და ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებისა და ზოგიერთი დაავადების გავრცელების მცირედი კლების შესახებ. თუმცა ხსენებული გაუმჯობესება ყოველთვის როდი შეესაბამება განუვალ შრომასა და დახარჯულ რესურსებს. მეტიც, არასაკმარისი ზომები იქნა მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად და იმის დასადგენად, მოჰყვა თუ არა რესურსების ხარჯვას ოპტიმალური შედეგი. არ ჩატარებულა კვლევები, რომელთა საშუალებით განისაზღვრებოდა, თუ რამდენად ეფექტური იყო ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმები; რა დახმარება გაუწია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების განსაზღვრამ სამედიცინო დანებსებულებებს; რამდენად ეფექტური აღმოჩნდა განვლილი ოთხი ათეული წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) მიზნით დანერგილი მეთოდები.

საქართველოში სამედიცინო სერვისების ხარისხისა და სტანდარტების თავსებადობა სამედიცინო მომსახურების დასავლურ სტანდარტებთან მინიმალურია. სამედიცინო სერვისების არსებული ხარისხი ჯერ კიდევ შორსაა სასურველისაგან.

ამიტომ წიგნს ლაიტმოტივად გასდევს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ძირითადი კომპონენტების სტრუქტურის, პროცესის და გამოსავლის სტანდარტების შესრულების ურთიერთკავშირი და ურთიერთდამოკიდებულება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ხარისხის უზრუნველყოფა შესაძლებელია სტანდარტებთან შესაბამისი სამედიცინო სერვისების მიწოდებით.

ხარისხის კონცეფცია და არსი

ხარისხი განსხვავებული ადამიანების მიერ განსხვავებულად აღიქმება. მიუხედავად იმისა, რომ პროდუქტის თუ სერვისის ხარისხთან მიმართებაში თითოეულ მომხმარებელს თავისი შეხედულება აქვს, მაინც ყველას ესმის, თუ რას გულისხმობს „ხარისხი“.

მინოდებული სერვისის თუ წარმოებული პროდუქტის ხარისხზე საუბრისას, ყველა მომხმარებელი აღიარებს და ხაზს უსვამს სერვისის/პროდუქტის შესაბამისობის მნიშვნელობას მის სურვილთან და მოლოდინთან. სერვისის/პროდუქტის მომხმარებელთა უმრავლესობა დიდ ყურადღებას უთმობს სერვისის/პროდუქტის ფასს, გარემოს, სადაც სერვისის მინოდება ხდება და მიმნოდებლის დამოკიდებულებას მომხმარებლის მიმართ. თუმცა ყველა მომხმარებელი უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებს იმას, თუ რამდენად აკმაყოფილებს სერვისი ან პროდუქტი მის (მომხმარებლის) მოთხოვნებს. ხარისხზე საუბრის დროს მიზანშეწონილია პროდუქტის ხარისხისა და სერვისის ხარისხის გამიჯვნა. კონკრეტული საგნის, ნივთის ან ხელშესახები, მატერიალური ფორმით წარმოდგენილი პროდუქტის შემთხვევაში მომხმარებელს პროდუქტის შექენამდე ჩამოყალიბებული აქვს თავისი შეხედულება და მოთხოვნები. მაგალითად: მობილური ტელეფონის შექენისას მომხმარებელთა ნაწილი დიდ ყურადღებას უთმობს ფუნქციებს, შესაძლებლობებს, ვიზუალურ მხარეს, ნონას და სხვ. მომხმარებელს შეუძლია ყიდვამდე შეეხოს საგანს, დაათვალიეროს და შეამოწმოს მისი ფუნქციები. სერვისის ხარისხის განსაზღვრის დროს მიმღები (მომხმარებელი) დიდ ყურადღებას უთმობს სერვისის მიმნოდებლის პროფესიონალიზმს, კომპეტენტურობას, სერვისის მიმნოდების ტექნიკურ მხარეს, ფასს და იმ გარემოს და პირობებს, სადაც ხდება სერვისის მინოდება. სერვისის ხარისხი შესაძლოა შეფასებულ იქნეს იმ მომხმარებელთა შეხედულებებისა და კმა-

ყოფილების დონის მიხედვით, რომელთაც სერვისი უკვე მიიღეს. სერვისის მიღებამდე მომხმარებელი სერვისის წინასწარ „გასინჯვის“ შესაძლებლობას მოკლებულია, ამიტომ მომხმარებელს სერვისის მიმწოდებლის მიმართ ნდობა, რწმენა და განწყობა სხვადასხვა ფაქტორის გათვალისწინებით უყალიბდება.

ლექსიკონში „ხარისხი“ განმარტებულია, როგორც „სრულყოფილების ხარისხი“ (the degree of excellence). თუმცა ეს განმარტება თავისი ბუნებით შედარებითია, ანუ მოწოდებული განმარტება გულისხმობს, თუ რამდენად ახლოსაა სერვისი ან პროდუქტი ამ სერვისისთვის/პროდუქტისთვის დადგენილ სტანდარტთან. პროდუქციის ან სერვისის ხარისხის შეფასების პროცესში საბოლოო სიტყვა მაინც მომხმარებელს ეკუთვნის.

ხარისხის არსზე მსჯელობის დროს მიზანშეწონილია მომხმარებლის მოთხოვნები პროდუქტთან ან სერვისთან მიმართებაში გადაყვანილ იქნეს გაზომვად მახასიათებლებში. მას შემდეგ, რაც მოხდება სპეციფიკაციების შემუშავება, უნდა მოხდეს მახასიათებლების გაზომვისა და მონიტორინგის გზების მოძიება. ეს წარმოადგენს პროდუქტისა თუ სერვისის მუდმივი გაუმჯობესების საფუძველს. ხარისხის უზრუნველყოფის საბოლოო მიზანია მომხმარებლის კმაყოფილება, რათა მან სიამოვნებით გადაიხადოს პროდუქტისა თუ სერვისის ღირებულება. ხარისხის უზრუნველყოფამ მწარმოებელს ან სერვისის მიმწოდებელს გონივრულ ფარგლებში მოგება უნდა მოუტანოს. მომხმარებელთან ხანგრძლივი ურთიერთობა ყველა მწარმოებლის ან სერვისის მიმწოდებლისთვის მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მომხმარებლის ნდობა და ერთგულება საწარმოს, კომპანიის სტაბილური განვითარების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორია. პროდუქტის/სერვისის მიმართ ნდობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სერვისის მიმწოდებლისა და მომხმარებლის ურთიერთობაში.

ხარისხისა და სანდოობის განმარტება

ლიტერატურაში მოცემულია ხარისხის მრავალი განმარტება. „ნულოვანი დეფექტის“ პროგრამის ავტორის, ხარისხის მენეჯმენტის ერთ-ერთი უძლიერესი სპეციალისტის, ბიზნესმენ Philip Bayard Crosby-ის განმარტებით, **„ხარისხი არის მოთხოვნებისადმი კონფორმულობა“**. მითითებული განმარტება გულისხმობს, რომ სპეციფიკაციებისა და მოთხოვნების შემუშავება უკვე მოხდა. შემდეგი ეტაპია ამ მოთხოვნებთან მიმართებაში კონფორმულობის მიღწევა. კიდევ ერთი, „ხარისხის“ ყველაზე ხშირად გამოყენებული და ყველაზე „პოპულარული“ განმარტება ეკუთვნის Joseph M. Juran-ს, რომელიც აღნიშნავს, რომ **„ხარისხი – ეს არის პროდუქტის/სერვისის მინოდებისთვის მზადყოფნა“**. მოცემულ განმარტებაში ხაზგასმულია იმ მომხმარებლის მნიშვნელოვნება, ვინც პროდუქტი უნდა გამოიყენოს. ჯურანი მწარმოებლებს მოუწოდებს, რომ „მომხმარებელი მნიშვნელოვანია“. ედვარდს დემინგი ხარისხს შემდეგნაირად განმარტავს: **„კარგი ხარისხი ნიშნავს პროდუქტის/სერვისის წარმოებას მომხმარებელზე მორგებული ხარისხის სტანდარტის შესაბამისად“**.

ზემოთ მოყვანილ ყველა განმარტებას ერთი და იგივე ფილოსოფია უდევს საფუძვლად: ეს არის კონფორმულობა და შესრულებისას მომხმარებლის ფაქტორის გათვალისწინება.

ხარისხის კიდევ ერთი განმარტება, რომელიც ფართოდაა აღიარებული, მდგომარეობს შემდეგში:

ხარისხი არის ის დონე, რომელიც წარმოაჩენს, რამდენად შეესაბამება შესრულება მოლოდინებს.

ეს განმარტება საშუალებას იძლევა, ხარისხის გასაზომად გამოყენებულ იქნეს ფარდობითი საზომი. აქვე მოგვყავს განმარტება, რომელიც მიღებულია ხარისხის ამერიკული საზოგადოების მიერ (ASQ – American Society for Quality):

ხარისხი აღნიშნავს იმას, რომ პროდუქტი ან სერვისი საუკეთესოა. ხარისხი განსაზღვრავს იმას, თუ რამდენად არის პროდუქტი/სერვისი მოთხოვნებთან კონფორმული და რამდენად ინვესტიციის მომხმარებელთა კმაყოფილებას. ხარისხი განსაზღვრავს მომხმარებლის დამოკიდებულებას პროდუქტის ან სერვისის მიმართ. ხარისხი პროდუქტის/სერვისის მიმართ მომხმარებლის ნდობას განაპირობებს.

სანდოობა გულისხმობს დამოკიდებულებას. პროდუქტის/სერვისის მიმართ მომხმარებლის მაღალი ნდობა გვიჩვენებს, რომ მწარმოებლის ხარისხის კონცეფცია წარმატებულია, ხოლო პროდუქტის/სერვისის მიმართ მომხმარებლის ნდობის დაკარგვა წარუმატებელი ხარისხის კონცეფციის მიმანიშნებელია.

პროდუქტის/სერვისის სანდოობა ნიშნავს, რომ მის მწარმოებელ სისტემას ან კომპონენტს შეუძლია შეასრულოს შესაბამისი ფუნქცია დროის მოცემულ ინტერვალში და განსაზღვრული პირობების დაცვის შემთხვევაში.

თუ საკვები პროდუქტის შემთხვევაში მყიდველი პროდუქტს სანდოდ მიიჩნევს მაშინ, როცა პროდუქტი ახალია, ინახება სათანადო პირობებში და მისი შემადგენლობა ცნობილია მომხმარებლისთვის, პაციენტი სამედიცინო მომსახურების ხარისხს სანდოდ მიიჩნევს მაშინ, თუ მას სამედიცინო სერვისის ანვდის გამოცდილი, კვალიფიციური პროფესიონალი, ვისაც დიდი რაოდენობის სერვისი აქვს მიწოდებული კარგი გამოსავლით, ხელმისაწვდომ ფასად, კეთილგანწყობილ ატმოსფეროში, მისი ღირსების დაცვით.

ხარისხი და სანდოობა ურთიერთდაკავშირებულია. მომხმარებელი ელის კარგი ხარისხის პროდუქტს, რომელიც სანდო და საიმედოა.

ისტორიული განვითარება

ხარისხის ისტორია ისეთივე ძველია, როგორც თავად ცივილიზაცია. ისტორიული წყაროების მიხედვით ვლინდება, რომ ქრისტეს შობამდე 3000 წ., უძველესი ინდუს ველის ცივილიზაციის ჰარაპანებმა (The Harappans of the ancient Indus Valley Civilization) მაღალ სიზუსტეს მიაღწიეს სიგრძის, მასისა და დროის განსაზღვრის საქმეში. ყველაზე მცირე დანაყოფი, რომელიც აღნიშნულია ლოთალის სპილოს ძვლისაგან დამზადებულ საზომზე, დაახლოებით 1.704 მილიმეტრი იყო (ბრინჯაოს ხანა). ქრისტეს შობამდე 2500 წელს აშენებული პირამიდის ზომები მიუთითებს აკურატულობის და სიზუსტის მაღალ ხარისხზე. თუმცადა, კონფორმულობის, ტოლერანტობის სისტემების გამოყენება ხარისხის სპეციფიკაციის მიზნით და სტატისტიკური პრინციპების



მამაკაცების პალატა ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალში, 1890 წ. Sheffield, Yorkshire. British medical history

გამოყენება ხარისხის მონიტორინგისთვის, ახალი მიდგომებია. ხარისხის მოძრაობის კვალმა შესაძლოა უკან, შუა საუკუნეების ევროპამდე მიგვიყვანოს. მე-13 საუკუნის მინურულს ხელოსნებმა დაიწყეს გაერთიანებებად ჩამოყალიბება, რომლებსაც გილდიებს უწოდებდნენ. შუა საუკუნეებში ჩამოყალიბებულ მენარმეობას და ხელოსნობას მე-18 საუკუნეში წარმოების ინდუსტრიალიზაცია მოჰყვა. ქარხნული სისტემა, პროდუქციის ინსპექციაზე ორიენტირებული ფოკუსით, დიდ ბრიტანეთში, მე-18 საუკუნის 50-იან წლებში ჩამოყალიბდა, რომელიც მალევე გადაიზარდა ინდუსტრიულ რევოლუციაში. პროდუქციის ხარისხმა და სტანდარტებთან შესაბამისობამ დიდი მნიშვნელობა შეიძინა.

ხარისხის ფუძემდებლები

მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ხარისხის ფუძემდებლებად მიიჩნევენ იმ სპეციალისტებს, რომელთაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის, კონტროლისა და გაუმჯობესების საკითხში. ხარისხის ექსპერტებად აღიარებულია ვ. ედვარდს დემინგის, ჯოზეფ მ. ჯურანის, ფილიპ ბ. ქროსბის, არმანდ ვ. ფეიგენბაუმის, დონალდ ბერვიკის, ავედის დონაბედიანის და სხვა მიდგომები და რეკომენდაციები.

ვ. ედვარდს დემინგი



W. Edwards Deming (1900-1993)

“Doing the right thing right, right away”

ვ. ედვარდს დემინგი მსოფლიოში ყველაზე ცნობილ ხარისხის ექსპერტადაა აღიარებული. მისი როლი ძალიან მნიშვნელოვანი იყო ომის შემდგომ იაპონიის ინდუსტრიული აღორძინების საკითხში. ხარისხის დაგეგმვისა და მართვის საკითხებში დემინგის იდეები ინდუსტრიის სფეროში მიღებულ და აღიარებულ იქნა აშშ-სა და სხვა ქვეყნებში. ვ.ედვარდს დემინგმა ბაკალავრის ხარისხი ელექტროინჟინერიის დარგში და დოქტორის ხარისხი მა-

თემატიკური ფიზიკის დარგში უაიომინგის უნივერსიტეტში მიიღო. იგი მუშაობდა კომპანიისათვის **Western Electric** უოლტერ ა. შიუარტთან, კონტროლის ცხრილის ავტორთან ერთად. შემდგომ დემინგი აშშ-ის სასოფლო-სამეურნეო დეპარტამენტთან და აშშ-ის აღწერის ბიუროსთან თანამშრომლობდა. მან 1950 წლიდან იაპონიაში, სანარმოო პროცესის კონტროლის თაობაზე, ტოპმენეჯერებისათვის ლექციები ჩაატარა. იაპონურმა ინდუსტრიამ მიიღო და დანერგა მისი მეთოდები, რამაც შედეგად გამოიღო ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. დემინგს მტკიცედ სჯეროდა, რომ ხარისხი მენეჯმენტის პასუხისმგებლობაა. დემინგის ფილოსოფია შეჯამებულია ქვემოთ მოცემულ 14 პუნქტში, რომლებიც შეტანილ იქნა მის მონუმენტურ ნაშრომში **“Out of the Crisis”**. იაპონიაში დემინგის მოღვაწეობის პერიოდში იაპონური პროდუქციის ხარისხი იმდენად გაუმჯობესდა, რომ სხვა ქვეყნების მიერ წარმოებული პროდუქცია (ავტომანქანები, საათები, საყოფაცხოვრებო ტექნიკა, რობოტოტექნიკა და სხვ.) კონკურენციას ვეღარ უწევდა იაპონურ პროდუქციას.

დემინგის 14-პუნქტიანი რეკომენდაციები ესადაგება როგორც პატარა, ისე დიდ ორგანიზაციებს; როგორც სერვისის ინდუსტრიას, ისე წარმოების სფეროს. დემინგის რეკომენდაციები ასევე ესადაგება ორგანიზაციის შიდა ქვედანაყოფებს (განყოფილებებს).

ვ. ედვარდს დემინგის 14-პუნქტიანი რეკომენდაციები:

1. დასახეთ მიზანი პროდუქტისა და სერვისის გასაუმჯობესებლად. ეს პუნქტი ხაზს უსვამს მისიის ჩამოყალიბების მნიშვნელოვნებას. მისია გააზრებული უნდა იყოს თანამშრომლების, მომწოდებლებისა და კლიენტების (მომხმარებლების) მიერ. სტრატეგიული გეგმა გათვლილი უნდა იყოს გრძელვადიან მოგებაზე.
2. საქმიანობის ახალი ფილოსოფიის ჩამოყალიბება. მენეჯმენტმა უნდა გაიაზროს პასუხისმგებლობები და გახდეს ცვლილების ლიდერი. სუსტი შრომისმოყვარეობა, პროდუქტები წუნით ან ცუდი სერვისი მიუღებელია.

3. ინსპექტირების შეწყვეტა. აღმოიფხვრას მასობრივი ინსპექციის საჭიროება პროდუქციის წარმოების საწყის ეტაპზე ხარისხის დანერგვით. ხარისხის მონიტორინგის (კონტროლის) სტატისტიკური მეთოდები უფრო ეფექტურია.
4. ჯილდოების გაცემა უნდა მოხდეს საერთო მიღწევების მიხედვით. უნდა მოხდეს საერთო ხარჯის მინიმალიზაცია. ახალი იარაღების, აპარატურის და მოწყობილობების შეძენისას მიზანი უნდა იყოს ოპერაციის პროცესის ან წარმოებული თითო ნივთის საათობრივი ნეტლირებულების შემცირება. წარმოებისთვის საჭირო, აუცილებელი ნებისმიერი ნივთის ერთჯერადი მომწოდებლიდან გადაინაცვლეთ ლოიალურობასა და ნდობაზე დაფუძნებულ ხანგრძლივ ურთიერთობაზე.
5. პროდუქციის/სერვისის წარმოებისა და მიწოდების სისტემაში მიაღწიეთ მდგრად და უწყვეტ გაუმჯობესებას. პროდუქტისა და სერვისის გაუმჯობესება მუდმივად, უწყვეტად მიმდინარე პროცესია. დემინგის ციკლი მოიცავს ოთხსაფეხურიან პროცესს, რომელიც გულისხმობს დაგეგმვას, გაკეთებას, შემოწმებას და მოქმედებას (PDCA). დაგეგმვის საფეხურზე ხდება გაუმჯობესების შესაძლებლობების იდენტიფიცირება; გაკეთების საფეხურზე თეორიის ტესტირება ხდება მცირე მასშტაბზე; ტესტის შედეგების გაანალიზება ხდება შემოწმების საფეხურზე და შედეგების განხორციელება ხდება მოქმედების საფეხურზე.
6. ინსტიტუციური ტრენინგი (ტრენინგი სამუშაო გარემოში **on-the-job training**) უნდა ჩაუტარდეს ყველა თანამშრომელს. უნდა მოხდეს თანამშრომლების ნახალისება, რათა მათ გამოიყენონ ტრენინგის პროცესში მიღებული ცოდნა.
7. მიიღონ და განახორციელონ ლიდერობა. ზედამხედველობის მიზანი უნდა იყოს, დაეხმაროს ადამიანებს უკეთ შეასრულონ სამუშაო აპარატ-დანადგარებისა და მანქანების გამოყენებით. სუპერვიზიამ უნდა შექმნას ისეთი გარემო, რომ თანამშრომლებმა შეძლონ საკუთარ თავზე აიღონ ლიდერის როლი თავიანთი სამუშაოს შესრულების პროცესში.

8. შიშის გაქრობა. მენეჯმენტმა უნდა შექმნას ისეთი გარემო, რომ მუშები ნახალისდნენ, დასვან შეკითხვები და გააკეთონ შემოთავაზებები. **ინოვაციის კლიმატი ქმნის პროგრესს.**
9. დაანგრიეთ ბარიერები დეპარტამენტებს შორის. ადამიანები, რომლებიც მუშაობენ კვლევის, დიზაინის, მატერიალური შესყიდვების, გაყიდვებისა და წარმოების მიმართულებით, უნდა მოქმედებდნენ ერთ გუნდად. მათ უნდა ესმოდეთ მოთხოვნები და სპეციფიკაციები. **გუნდური მუშაობა** ხელს უწყობს ხარისხისა და პროდუქტიულობის გაუმჯობესებას.
10. გააუქმეთ/აღმოფხვრით სლოგანები, მონოდებები და მიზნები სამუშაო ძალისათვის. მონოდება, როგორიცაა – „წუნის რაოდენობა ნული და პროდუქტიულობის ახალი დონე“ ქმნის მხოლოდ წინააღმდეგობრივ ურთიერთობებს. დაბალი ხარისხისა და დაბალი პროდუქტიულობის მიზეზების ძირითადი ნაწილი ეკუთვნის სისტემას და მოქცეულია დასაქმებულთა ძალაუფლების მიღმა.
11. თანამშრომელთათვის, რაოდენობრივი კვოტებისა და მენეჯმენტში მომუშავე ადამიანებისათვის რაოდენობრივი მიზნების გაუქმება/აღმოფხვრა. კვოტებს მივყავართ ხარისხის გაუარესებამდე. ისწავლეთ პროცესებისა და მეთოდების შესაძლებლობები, რათა გააუმჯობესოთ ისინი.
12. აღმოფხვრით ბარიერები, რომლებიც ადამიანებს ართმევს სიამაყეს და შრომისმოყვარეობას. ხარისხის მიღწევა კომპანიაში მაშინ ხდება, როდესაც ყველა **თანამშრომელი კმაყოფილი და მოტივირებულია**. მენეჯმენტმა უნდა შექმნას გარემო, რომელშიც თანამშრომლები იამაყებენ თავიანთი სამუშაოთი.
13. მოახდინეთ განათლებისა და თვითგაუმჯობესების ნახალისება ყველასათვის. ორგანიზაციას სჭირდება ადამიანები, რომლებიც უმჯობესდებიან განათლებით.
14. მიიღეთ ზომები ტრანსფორმაციის მისაღწევად, ტრანსფორმაცია ყველას საქმეა.

ვილფრედო პარეტო



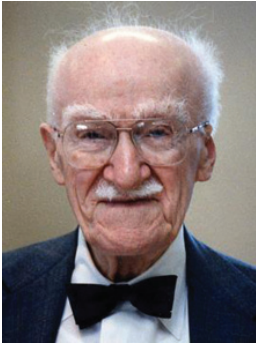
Vilfredo Pareto (1848–1923)

80/20 Rule or Pareto Analysis

ვილფრედო პარეტო დაიბადა 1848 წლის 15 ივლისს, პარიზში; გარდაიცვალა 1923 წლის 19 აგვისტოს, 75 წლის ასაკში, შვეიცარიაში. მან კარგი განათლება მიიღო ტურინის უნივერსიტეტში. იგი მრავალმხრივი ადამიანი იყო და სხვადასხვა სფეროში მოღვაწეობდა, როგორც ინჟინერი, სოციოლოგი, ეკონომისტი, პოლიტიკური მეცნიერი, ფილოსოფოსი. მან შექმნა მნიშვნელოვანი ნაშრომები ეკონომიკის დარგში, ასევე გამოიგონა კონცეფცია, რომელიც ცნობილია პარეტოს ეფექტურობის სახელით და დაეხმარა მიკროეკონომიკის განვითარებას. პარეტოს დაკვირვებით აღმოჩნდა, რომ იტალიაში მიწის 80%-ს ფლობდა მოსახლეობის 20%. მისი კვლევების საფუძველზე გამოვლინდა, რომ შესასრულებელი საქმეებიდან ზოგი მნიშვნელოვანია, ზოგი კი ნაკლებად პრიორიტეტული, მთავარია, ადამიანმა კარგად შეაფასოს და განასხვავოს ჩვეულებრივი საქმეები კრიტიკული მნიშვნელობის საქმეებისაგან, დაინახოს, რა არის უფრო მნიშვნელოვანი წარმატების მისაღწევად. პარეტოს კვლევებით დასტურდება, რომ საქმეების 80%-ს წარმატების მხოლოდ 20% მოაქვს, ხოლო საქმეების 20% განაპირობებს წარმატების 80%-ს. აღნიშნულ მიგნებას საზოგადოება იცნობს, როგორც პარეტოს ანალიზის წესს. შემდეგ ეს დაკვირვება ჯურანმა განაზოგადა პარეტოს პრინციპის სახელწოდებით (80-20-ის წესი). ხარისხის სფეროში პარეტოს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაშუქვარი იყო პარეტოს დიაგრამა, რომელიც გამოიყე-

ნება პრობლემების მიზეზების დასანახად. გრაფიკულად პარეტოს პრინციპი წარმოაჩენს რეალურად პრიორიტეტულ საკითხებს, რომელიც წარმატების მისაღწევად მოგვარებას საჭიროებს.

ჯოზეფ მ. ჯურანი



Joseph Moses Juran (1904–2008)

“How do customers perceive us?”

“Voice of the Customer”

ჯოზეფ ჯურანი დაიბადა 1904 წლის 24 დეკემბერს, გარდაიცვალა 2008 წლის 28 თებერვალს, 103 წლის ასაკში. ჯურანი ცნობილია, როგორც ხარისხისა და ხარისხის მენეჯმენტის განვითარების ერთ-ერთი ფუძემდებელი. იგი იყო კვალიფიციური ინჟინერი და მენეჯმენტის კონსულტანტი. ჯურანმა დოქტორის ხარისხი 1924 წელს, მინესოტას უნივერსიტეტში, ელექტროინჟინერიაში მიიღო და შემდეგ მუშაობდა შიუარტთან ერთად Western Electric-ში. 1926 წელს იგი მუშაობდა Belle Laboratories-ის გუნდთან ერთად, რათა საწარმოებისათვის პირველი პროცესის სტატისტიკური კონტროლის სისტემა აეწყო. 1951 წელს მან გამოსცა ხარისხის კონტროლის სახელმძღვანელო. 1954 წელს იგი მიიწვიეს იაპონიაში, სადაც ხარისხის მართვის ტრენინგ-კურსები ჩაატარა. ჯურანმა ხარისხის განვითარებაში დიდი წვლილი შეიტანა თავისი ორიგინალური იდეებით, ასევე დიდი რაოდენობის ლიტერატურული წყაროებით, რომელიც მან ხარისხის თემაზე შეიმუშავა. იგი განმარტავდა ხარისხს, როგორც პროდუქტის/სერვისის „გამოყენებისთვის მზაობას“. ჯურანმა ხარისხის უზრუნველყო-

ფის უნივერსალური გააზრებული პროცესისათვის შეიმუშავა ხარისხის ტრილოგია: ხარისხის დაგეგმვა, ხარისხის კონტროლი და ხარისხის გაუმჯობესება. ხარისხის დაგეგმვის პროცესი არის პროცესი, როდესაც ხდება კომპანიის მიზნებთან შესაბამისობისათვის მზადება. ხდება როგორც გარე, ისე შიდა მომხმარებლების იდენტიფიცირება და მათი საჭიროებების განსაზღვრა; ხდება პროდუქტისა და სერვისების შეიმუშავება აღნიშნული საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ხარისხის კონტროლი არის მოქმედების დროს კომპანიის მიზნების მიღწევის პროცესის ზედამხედველობა, რისთვისაც გამოიყენება სხვადასხვა საშუალება, მათ შორის, სამუშაო პროცესის სტატისტიკური კონტროლი. ხარისხის გაუმჯობესება არის შესრულების უფრო მაღალ, უპრეცედენტო დონეზე გადასვლის პროცესი. ჯურანი კატეგორიულად აცხადებდა, რომ უნდა მოხდეს დანაკარგის იდენტიფიცირება და აღმოფხვრა. ჯურანმა მოახდინა პარეტოს პრინციპის კონცეპტუალიზაცია, რომლის დახმარებითაც ხდება „სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ცოტას იდენტიფიცირება ტრივიალური დიდი რაოდენობიდან“. ამ პრინციპს ხშირად უწოდებენ 80-20-ის პრინციპს – პრობლემების 80% გამონწეულია მიზეზების 20%-ით.

ფილიპ ბ. ქროსბი



Philip Bayard "Phil" Crosby (1926–2001)
"Doing it Right the First Time"

ფილიპ ბ. ქროსბი დაიბადა 1926 წლის 18 ივნისს, დასავლეთ ვირჯინიაში; გარდაიცვალა 2001 წლის 18 აგვისტოს, 75 წლის

ასაკში, ჩრდილოეთ კაროლინაში; დაამთავრა ოჰაიოს ორთოპედული მედიცინის კოლეჯი. 1952-1999 წლებში აქტიურად ჩაება ხარისხის უზრუნველყოფის სამუშაოებში, მუშაობდა ხარისხის კონსულტანტად, ამასთან, დასაქმებული იყო ისეთ ცნობილ კომპანიაში, როგორცაა **The Martin Company ITT Corporation**. ქროსბი ცნობილია თავისი ნაშრომებით და ამბობს, რომ ხარისხის მენეჯმენტის ფილოსოფიაა ნულოვანი დეფექტები: „ხარისხი თავისუფალია“ (1979 წ). ამ უკანასკნელმა მას განსაკუთრებით გაუთქვა სახელი და მას ხარისხის „გურუ“ უწოდეს.

ფილიპ ბ. ქროსბი დაკავებული იყო ბიზნესით; ამავე დროს ქმნიდა ნაშრომებს, კითხულობდა ლექციებს, რომლებმაც ხარისხის განვითარებასა და გაუმჯობესებაზე დიდი გავლენა მოახდინა. მან ჩამოაყალიბა **“Crosby Associates”**, რომელიც ატარებს ხარისხის მართვის ტრენინგებსა და კონსულტაციებს. თავის წიგნში **„ხარისხი თავისუფალი“** ქროსბიმ წარმოადგინა ხარისხის მართვის დეტალური ბადე, რომელშიც მოცემულია ხარისხის მენეჯმენტის გაგებისა და დამოკიდებულების განსხვავებული საფეხურები, ხარისხის ორგანიზაციის სტატუსი, პრობლემასთან გამკლავება, ხარისხის როლი და ფასეულობა გაყიდვებთან მიმართებაში, ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობები და კომპანიის პოზიცია ხარისხთან მიმართებაში. ხარისხის კრიზისთან დაკავშირებით ქროსბის პასუხი იყო შემდეგი პრინციპით მუშაობა: – „პირველსავე ცდაზე საქმის სწორად გაკეთება“. მან აგრეთვე მიუთითა ოთხ ძირითად პრინციპზე: (1) ხარისხი არის „მოთხოვნებისადმი კონფორმულობა“, (2) მენეჯმენტის სისტემა არის პრევენცია, (3) შესრულების სტანდარტი არის „წუნის რაოდენობა ნული“ და (4) გაზომვის სისტემა არის ნაკლოვანებების გამოვლენა. „წუნის რაოდენობა ნულის“ კონცეფცია წინგადადგმული ნაბიჯი იყო, ის დროს წინ უსწრებდა. შემდგომ ეს კონცეფცია „ექვსი სიგმის“ პრინციპის შემუშავების საფუძველი გახდა, რომლის პიონერიც იყო კომპანია „მოტოროლა“. ამჟამად კი მას მთელ მსოფლიოში ბევრი ორგანიზაცია იყენებს.

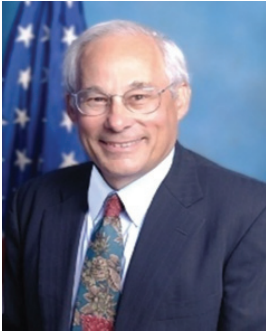
არმანდ ვ. ფეიგენბაუმი



Armand V. Feigenbaum (1922–2014)
The developer of “Total Quality Control”
concept

არმანდ ვ. ფეიგენბაუმი მნიშვნელოვან ფიგურას წარმოადგენს ხარისხის ისტორიაში. მან დოქტორის ხარისხი **Massachusetts Institute of Technology**-საგან (მასაჩუსეტსის ტექნოლოგიის ინსტიტუტი) მიიღო. 1951 წელს მან გამოაქვეყნა თავისი წიგნი „ხარისხის კონტროლი: პრინციპები, პრაქტიკა და ადმინისტრირება“, რომელიც შემდგომ, 1961 წელს გამოქვეყნდა სათაურით „ხარისხის ტოტალური კონტროლი“. ა. ფეიგენბაუმმა გააფართოვა დისციპლინა, რომელიც ძირითადად პროდუქციის შექმნის პროცესის თანამშრომლებს ეყრდნობოდა. ახალი საფეხურის შესაბამისად, ორგანიზაციაში ყველა მონაწილეობს ხარისხის გაუმჯობესების პროცესში. მისმა წიგნმა გასული საუკუნის 50-იანი წლების დასაწყისში გავლენა მოახდინა იაპონიაში ხარისხის მართვის ადრეულ ფილოსოფიაზე. მან შეიმუშავა ხარისხის გაუმჯობესების სამსაფეხურიანი პროცესი: ხარისხის ლიდერობა, ხარისხის ტექნოლოგია და ორგანიზაციული თავდადება, პატრიოტიზმი. ხარისხის ტოტალური კონტროლი არის ეფექტური სისტემა ორგანიზაციის სხვადასხვა გუნდის ხარისხის განვითარების, ხარისხის შენარჩუნების და ხარისხის გაუმჯობესების მცდელობების ინტეგრაციისათვის, რომელიც პროდუქციასა და სერვისს აძლევს საშუალებას, იმოქმედოს ყველაზე ეკონომიურ დონეზე, რათა მიაღწიოს მომხმარებლის კმაყოფილებას.

დონალდ ბერვიკი



Dr. Donald Berwick

(born September 9, 1946)

“Reliability is a keeping a promise“

დონალდ ბერვიკი, პროფესიით ექიმი-პედიატრი; დაიბადა 1946 წლის 9 სექტემბერს, ნიუ-იორკში. იგი იყო მედიკარისა და მედიკეიდის სერვისების ცენტრის ხელმძღვანელი (CMS – Centers for Medicare and Medicaid Services), ასევე იყო არაკომერციული ორგანიზაციის ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინსტიტუტის (Institute for Healthcare Improvement) პრეზიდენტი და აღმასრულებელი დირექტორი. ბერვიკი სწავლობდა ჯანდაცვის სისტემების მენეჯმენტს, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებდა სამეცნიერო მეთოდებსა და მტკიცებულებებზე დამყარებულ მედიცინას, ასევე შეისწავლიდა ხარისხს, უსაფრთხოებასა და ხარჯებს ჯანდაცვის სფეროში.

დონ ბერვიკმა დაამთავრა ნათან ჰეილ-რეის სკოლა და სწავლა ჰარვარდის სამედიცინო კოლეჯში გააგრძელა. ბოსტონის ბავშვთა ჰოსპიტალში გაიარა რეზიდენტურა სპეციალობით „პედიატრია“, რის შემდეგაც ბერვიკმა თავისი კარიერა პედიატრიაში, ჰარვარდის ჯანდაცვის ქსელში დაიწყო. ჰარვარდის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქსელში მუშაობის პერიოდში დონ ბერვიკმა დაიწყო ხარისხის კონტროლის მექანიზმების კვლევა სხვა ინდუსტრიებში, კერძოდ, მან შეისწავლა ხარისხის უზრუნველყოფა ავიაციაში, მრეწველობაში, რათა მათი გამოცდილება ჯანდაცვის სფეროში გაეთვალისწინებინა. 1987-1991

ნლებში ბერვიკი იყო თანადამფუძნებელი და მკვლევარი ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების ეროვნული სადემონსტრაციო პროექტის, რომელიც ჯანდაცვის მიმართულებით ხარისხის გაუმჯობესების სფეროში გამოწვევებისა და შესაძლებლობების საჩვენებლად შეიქმნა. ამ სამსახურის საფუძველზე დონ ბერვიკმა ჯანდაცვის გაუმჯობესების ინსტიტუტი დააფუძნა.

დონ ბერვიკმა რიგითი ექიმიდან მედიქეარისა და მედიქეიდის ხელმძღვანელის პოსტამდე რთული გზა გაიარა; იგი იყო კლინიკური პროფესორი პედიატრიისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის დეპარტამენტში ჰარვარდის სამედიცინო სკოლაში, ასევე ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მენეჯმენტის პროფესორი ჰარვარდის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლაში. ადრეულ პერიოდში კი მუშაობდა პედიატრად, ბოსტონის ბავშვთა ჰოსპიტლის დამხმარე პერსონალად; იყო მასაჩუსეტსის ზოგადი პროფილის ჰოსპიტლის პედიატრიის განყოფილების კონსულტანტი.

ბერვიკმა პროფესიულ ჟურნალებში გამოაქვეყნა 129-ზე მეტი სტატია ისეთ თემებზე, როგორცაა: ჯანდაცვის პოლიტიკა, გადანყვეტილებათა ანალიზი, ტექნოლოგიების შეფასება, ჯანდაცვის ხარისხის მენეჯმენტი. ბერვიკი ამბობდა, რომ ჯანდაცვის დანახარჯების 20-30% ტყუილად დახარჯული თანხები, ანუ დაკარგული რესურსები იყო, რასაც პაციენტისთვის სარგებელი არ მოუტანია. კერძოდ, ის მიუთითებდა სერვისების ქარბი გამოყენებისა და ზედმეტი მკურნალობის შესახებ, არაკოორდინირებული ჯანდაცვის, ადმინისტრაციული არეულობისა და თაღლითობის თაობაზე. ჩამოთვლილი პრობლემები გახდა სწორედ მედიქეარის და მედიქეიდის რეგულაციების შექმნის საფუძველი.

ჯანდაცვის სისტემის მიმართ დონ ბერვიკის კრიტიკა წარმოდგენილია მის ანგარიშებში, სადაც ის საუბრობს სოლიდარობაზე, რესურსების თანაბარ, მდიდრიდან ღარიბისაკენ გადანაწილებაზე. ბერვიკი ამბობდა: „გადასაწყვეტი ის კი არ არის, მივალწვეთ თუ არა რაციონალურ ჯანდაცვას, გადასაწყვეტია, გავახელთ თუ არა თვალებს რაციონალურად“.

პოლიტიკური მიზნებიდან გამომდინარე, ბერვიკის შეხედულებები და მოსაზრებები შეუმჩნეველი რჩებოდა. ოფიციალური წრეების მხრიდან დონ ბერვიკმა კრიტიკა დაიმსახურა შემდეგი განცხადების გამო: „ჯანდაცვის ნებისმიერი სისტემა უნდა იყოს სამართლიანი, თანასწორი, ცივილური და ჰუმანური; აუცილებლად უნდა გადანაწილდეს სიმდიდრე მდიდრიდან ღარიბისკენ. საუკეთესო ჯანდაცვის სისტემა არის გადანაწილებული ჯანდაცვა“.

ავედის დონაბედიანი



Avedis Donabedian (1919–2000)
Donabedian's structure-process-outcome
quality of care model

ავედის დონაბედიანი პროფესიით ექიმი-პედიატრი იყო. მას საზოგადოება იცნობს, როგორც ჯანდაცვის ხარისხის სწავლების ერთ-ერთი ფუძემდებელს, ასევე სამედიცინო მომსახურების შედეგების (გამოსავლის) მკვლევარს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში იგი ცნობილია იმით, რომ შექმნა სამედიცინო დაწესებულების გამარტივებული მოდელი, ე.წ. „დონაბედიანის მოდელი“.

ა. დონაბედიანი 1919 წელს დაიბადა ბეირუთში, ლიბანში, ეროვნებით იგი სომეხი იყო. ა. დონაბედიანის ოჯახმა თავი დააღწია სომხურ გენოციდს და საცხოვრებლად პალესტინაში გადავიდა. მიუხედავად ამისა, ოჯახის ყველა დანარჩენი წევრი დაიღუპა. ა. დონაბედიანის მამა პროფესიით ექიმი იყო. მან განათლება ბეირუთის ამერიკულ უნივერსიტეტში მიიღო და საექიმო პრაქტიკა იერუსალიმთან ახლოს ერთ-ერთ ქრისტიანულ ქალაქში გააგრძე-

ლა. ავედის დონაბედიანმა, მამის მსგავსად, უმაღლესი სამედიცინო განათლება ბეირუთის ამერიკულ უნივერსიტეტში მიიღო.

1940 წელს ა.დონაბედიანმა მიიღო ჰუმანიტარულ მეცნიერებათა ფაკულტეტის ბაკალავრის ხარისხი, 1944 წელს კი გახდა დიპლომირებული მედიკოსი, ექიმი. შემდეგ მუშაობდა იერუსალიმის ბრიტანულ ჰოსპიტალში. 1948 წელს ახლო აღმოსავლეთში განვითარებული მოვლენების გამო, იგი დაბრუნდა ბეირუთის ამერიკულ უნივერსიტეტში, სადაც ასწავლიდა სხვადასხვა საგანს და გახდა მთელი უნივერსიტეტის მთავარი სპეციალისტი. მისი განსაკუთრებული ინტერესის სფეროს წარმოადგენდა ჯანდაცვის ხარისხი და საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ჰარვარდის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლაში მან შეისწავლა ეპიდემიოლოგია და ჯანდაცვის სერვისების ადმინისტრირება. 1955 წელს მიიღო მედიცინის დოქტორის აკადემიური ხარისხი. პოლიტიკური არეულობის გამო ველარ დაბრუნდა ლიბანში და მოღვაწეობა განაგრძო ამერიკაში, კერძოდ, 1957-1961 წლებში იგი მუშაობდა ნიუ-იორკის სამედიცინო სკოლის მასწავლებლად და მკვლევრად, საიდანაც მიჩიგანის უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლაში მიიწვიეს. მან იქ გაატარა მთელი თავისი დარჩენილი სიცოცხლე, გახდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პროფესორი 1979 წელს და სიკვდილამდე იქვე მუშაობდა.

დონაბედიანმა მრავალრიცხოვანი ლიტერატურული ნაშრომების განხილვის საფუძველზე ჯანდაცვის სერვისების კვლევის შესახებ წარმოადგინა თავისი შეხედულებები ნაშრომში „ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის განვითარება“ (1966). ამ ნაშრომში განხილული იყო ჯანდაცვის ხარისხის სამი ასპექტი: სტრუქტურა, პროცესი, შედეგი. ავედის დონაბედიანმა ხარისხის სფეროში 100 სამეცნიერო ნაშრომი და 11 ნიგნი გამოაქვეყნა. მისი სამეცნიერო კვლევები ეხებოდა ჯანდაცვის სისტემების ხარისხის ყველა ასპექტსა და მათი გაზომვის მეთოდებს. შეჯამების სახით მან დაწერა ტრილოგია „ხარისხის მიღწევისა და მონიტორინგის კვლევა“ (1980-85), სადაც წარმოჩენილ იქნა სამედიცინო სერვისების ხარისხის 7 ძირითადი მახასიათებელი: ეფექტურობა, შედეგიანობა,

ოპტიმალურობა, მიღწევადობა, სამართლიანობა, თანასწორობა და ღირებულება.

ერნესტ ამორი კოდმანი



Ernest Amory Codman (1869–1940)

Dr. Ernest A. Codman's approach:

“to make doctors more accountable
for their work”

ერნესტ ამორი კოდმანი პროფესიით ქირურგი იყო. იგი დაიბადა 1869 წლის 30 დეკემბერს, ბოსტონში (მასაჩუსეტისის შტატი, აშშ); გარდაიცვალა 1940 წლის 23 ნოემბერს, 70 წლის ასაკში; სწავლობდა ჰარვარდის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლაში, როგორც ექიმი იგი დახელოვნდა მასაჩუსეტისის ჰოსპიტალში. კოდმანი იყო პირველი ბოსტონელი ქირურგი, რომელმაც ხელი შეუწყო ანესთეზიოლოგიის, რადიოლოგიის, დუოდენური წყლულის ქირურგიული მკურნალობის, ორთოპედიული ონკოლოგიის და სხვა დარგების განვითარებას. ის იყო ჰოსპიტალური რეფორმის მომხრე და მისი შემწეობით დამკვიდრდა პაციენტის მკურნალობის შედეგის (გამოსავლის) შესწავლის და ანალიზის პრაქტიკა. კოდმანი იყო პირველი ამერიკელი ექიმი, რომელიც დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდა პაციენტის განერის შემდეგ მისი მდგომარეობის შეფასების სისტემის შექმნას. იგი ინარჩუნებდა პაციენტებთან ურთიერთობას „საბოლოო შედეგების ბარათების“ საშუალებით, რომელშიც აღნიშნული იყო ძირითადი დემოგრაფიული მონაცემები თითოეულ პაციენტზე, ასევე ბარათში იწერებოდა დიაგნოზი, მკურნალობა და შედეგი. კოდმანი დიდ მნიშვნელობას ანი-

ჭებდა საბოლოო შედეგების მონიტორინგს, რადგან ფიქრობდა, რომ შედეგების სისტემატიზაცია ხელს შეუწყობდა კლინიკური შეცდომების შემცირებასა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. ის ასევე ფიქრობდა, რომ აღნიშნული ინფორმაცია უნდა ყოფილიყო საჯარო და პაციენტებს ჰქონოდათ საშუალება ამ ინფორმაციით ესარგებლათ ექიმისა და ჰოსპიტლის არჩევის დროს. კოდმანს ეკუთვნის წინადადება „თითოეული ექიმი პასუხისმგებელია მის მიერ პაციენტისთვის ჩატარებული მკურნალობის გამოსავალზე“. აღნიშნული წინადადების გამო მან კოლეგების რისხვა დაიმსახურა.

კოდმანმა დაამთავრა ჰარვარდის სამედიცინო სკოლა 1895 წელს და ინტერნატურა გაიარა მასაჩუსეტსის ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალში; მიიღო ქირურგად დამოუკიდებელი მუშაობის უფლება და გახდა ჰარვარდის უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის აკადემიური გუნდის წევრი. მან დანერგა ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ კონფერენციების ჩატარების პრაქტიკა. მიუხედავად ამისა, 1914 წელს ჰოსპიტალმა უარი თქვა კოდმანის რეკომენდაციების დანერგვასა და მისი გეგმის განხორციელებაზე ქირურგიული პროფილის მიმართულებით, რის გამოც კოდმანმა სამსახური დაკარგა. საბოლოოდ, კოდმანმა შექმნა საკუთარი ჰოსპიტალი, რომელსაც „საბოლოო შედეგების ჰოსპიტალი“ უწოდა. კოდმანი თავის ჰოსპიტალში ცდილობდა, განეხორციელებინა ის გეგმები, რომელიც სწორად მიაჩნდა და მათ წარმატებაში დარწმუნებული იყო. სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება მისი მთავარი მიზანი იყო. კოდმანმა საკუთარი პაციენტების შედეგები წიგნად გამოაქვეყნა, რომელსაც „ჰოსპიტალის მუშაობის ეფექტურობის შესწავლა“ უწოდა. წიგნი ეხებოდა 1911 წლიდან 1916 წლამდე განერილ 337 პაციენტს. კოდმანმა აღწერა და გამოაქვეყნა 123 საექიმო შეცდომა. იმის გამო, რომ კოდმანი ძალიან დაინტერესებული იყო ჯანდაცვის ხარისხით, მან მონაწილეობა მიიღო ამერიკის ქირურგთა კოლეჯის დაარსებასა და ჰოსპიტალური დახმარების სტანდარტიზაციის პროგრამის შემუშავებაში. მან პირველმა შეიმუშავა და გამოსცა ძვლის კიბოს რეგისტრი ამერიკაში.

კოდმანი ჯანდაცვის სფეროს პიონერი იყო, სწავლობდა ჰოსპიტალური პაციენტების მკურნალობის გამოსავალსა და მათი გაუმჯობესების გზებს. მისმა შრომებმა და კვლევებმა საბოლოოდ განაპირობა იმ ორგანიზაციის ჩამოყალიბება, რომელსაც დღეს JCAHO – ჯანდაცვის დანესებულებების აკრედიტაციის ერთობლივი კომისია ეწოდება (the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO).

ჰოვარდ მალკოლმ ბალდრიჯი



Howard Malcolm "Mac" Baldrige Jr.
(1922–1987)

ჰოვარდ მალკოლმ ბალდრიჯი დაიბადა 1922 წლის 4 ოქტომბერს (შტატი ნებრასკა, აშშ); გარდაიცვალა 1987 წლის 25 ივლისს, 64 წლის ასაკში, როდესაც დროს მიღებული დაზიანებების შედეგად (შტატი კალიფორნია, აშშ).

მალკოლმ ბალდრიჯი დაიბადა კონგრესმენ მალკოლმ ბალდრიჯ უფროსის ოჯახში. მან მიიღო კარგი განათლება, დაამთავრა იელის უნივერსიტეტი და მოღვაწეობდა ბიზნესის სფეროში. 1981 წლიდან 1987 წლამდე, პრაქტიკულად გარდაცვალებამდე, იგი იყო ამერიკის შეერთებული შტატების სახელმწიფო მდივანი კომერციის დარგში (ვაჭრობის მინისტრი).

ამერიკის შეერთებული შტატების მე-40 პრეზიდენტის – რონალდ რეიგანის პრეზიდენტობის დროს, კომერციის დარგში სახელმწიფო მდივნის პოზიციაზე მუშაობის პერიოდში, მან უდი-

დესი როლი შეასრულა აშშ სავაჭრო პოლიტიკის განვითარების საქმეში. მან ისეთი პრობლემური საკითხების გადაჭრის პასუხისმგებლობა იტვირთა, როგორც იყო ტექნოლოგიების გაცვლა ჩინეთსა და ინდოეთთან, საწარმოო სიმძლავრეების გატანა ქვეყნიდან ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში, იქ წარმოებული პროდუქციისთვის ხარისხის მაღალი სტანდარტების დაწესება და ისე შემოტანა ქვეყანაში. აღნიშნულის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა წარმოებული პროდუქციის თვითღირებულება, ხოლო პროდუქციის წარმოების სტანდარტების წყალობით ხარისხი გაუმჯობესდა. აღნიშნული ღონისძიების შედეგად ამერიკულმა საწარმოებმა დიდი მოგება მიიღო და ხელი შეუწყო ქვეყნის ეკონომიკურ წინსვლას. გასული საუკუნის 80-იან წლებში ბალდრიჯმა დიდი წვლილი შეიტანა აშშ-სა და საბჭოთა კავშირს შორის ურთიერთობის დათბობის საქმეში. 7 წლის განმავლობაში იგი თვითონ აწარმოებდა მოლაპარაკებებს საბჭოთა კავშირთან, რათა გაზრდილიყო აშშ-ის ფირმების ხელმისაწვდომობა საბჭოთა კავშირის დიდ ბაზარზე. ის დიდი ავტორიტეტით სარგებლობდა მსოფლიოს ლიდერთა შორის და იმ პერიოდის ერთ-ერთ გავლენიან პოლიტიკოსად იყო მიჩნეული.

მაღკოლმ ბალდრიჯი, პოლიტიკურ თანამდებობაზე ყოფნის პერიოდში, ცდილობდა, აღმოეფხვრა არასამართლიანი სავაჭრო პრაქტიკა აშშ-ის საზღვრებში. ის იყო ლიდერი მონოპოლიის წინააღმდეგ მიმართული რეფორმების განხორციელების საქმეში. ბალდრიჯის მენეჯერული უნარი დაეხმარა მთავრობას, გაეუმჯობესებინა ეკონომიკა, ეფექტიანობა და შედეგიანობა. მაღკოლმ ბალდრიჯი იყო ხარისხის მენეჯმენტის მხარდამჭერი და ხელშემწყობი. იგი ფიქრობდა, რომ ხარისხი – ეს არის ქვეყნის სტაბილურობისა და ხანგრძლივი ძლიერების გასაღები. იგი ცდილობდა, საკანონმდებლო ცვლილებების დონეზე მოეხდინა ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება. ქვეყნის წინაშე მისი დამსახურებების გამო, ბალდრიჯის სახელის უკვდავსაყოფად, აშშ კონგრესმა დაანება ჯილდო ბალდრიჯის სერტიფიკატი, რომელსაც სპეციალური საბჭო ყოველწლიურად ანიჭებდა მაღალი

ხარისხის პროდუქციის მწარმოებელ კომპანიას. გარდაცვალების შემდეგ, 1988 წლის 17 ოქტომბერს პრეზიდენტმა რონალდ რეიგანმა ბალდრიჯი დააჯილდოვა თავისუფლების საპრეზიდენტო მედლით.

კაორუ იშიკავა



Ishikawa Kaoru (1915–1989)
Ishikawa diagram – Fishbone Cause and Effect Diagram

ხარისხის ერთ-ერთი ფუძემდებელი, იაპონელი სპეციალისტი კაორუ იშიკავა დაიბადა 1915 წლის 13 ივლისს, ტოკიოში; გარდაიცვალა 1989 წლის 16 აპრილს, 73 წლის ასაკში.

კ. იშიკავამ 1939 წელს დაამთავრა ტოკიოს უნივერსიტეტის ქიმიური ინჟინერიის ფაკულტეტი. 1936-1941 წლებში, უნივერსიტეტის დასრულების შემდეგ მუშაობდა საზღვაო ტექნიკურ ოფიცრად. 1941-1947 წლებში იგი მუშაობდა ნისანის თხევადი სანავის კომპანიაში. 1947 წელს მან დაიწყო აკადემიური კარიერა, მუშაობდა ასოცირებულ პროფესორად ტოკიოს უნივერსიტეტში, 1978 წლიდან იყო მუსაშის ტექნოლოგიური ინსტიტუტის პრეზიდენტი. 1949 წელს იშიკავა შეუერთდა იაპონურ სამეცნიერო და საინჟინრო გაერთიანების ხარისხის კონტროლის კვლევით ჯგუფს. მეორე მსოფლიო ომის დროს იაპონიის ინდუსტრიამ დიდი დარტყმა მიიღო, რის შემდეგაც მისი პროდუქციის ხარისხი მკვეთრად დაეცა. იმ პერიოდში იაპონიის მთავრობამ მოახერხა ბევრი ადამიანის მობილიზაცია ერთი მთავარი მიზნის – იაპონური პროდუქციის ხარისხის გაუმჯობესების მისაღწევად. ამ პროცესში განსაკუთ-

რებით მნიშვნელოვანი როლი კ. იშიკავამ შეასრულა. მან თარგმნა და განავრცო დემინგისა და ჯურანის მენეჯმენტის კონცეფცია იაპონურ სისტემაში. იშიკავას მსოფლიოს საზოგადოება იცნობს, როგორც ორგანიზაციული თეორიის უძლიერეს სპეციალისტს. იგი მუშაობდა ტოკიოს უნივერსიტეტის ინჟინერიის ფაკულტეტის პროფესორის აკადემიურ თანამდებობაზე; სპეციალისტთა წრეებში სახელი გაითქვა ხარისხის მენეჯმენტში ინოვაციების დანერგვით. იგი იაპონიის ხარისხის ინიციატივების განვითარების პროცესის მნიშვნელოვან ფიგურად მოიაზრება. საზოგადოება იცნობს მის მიერ შემოთავაზებულ „ხარისხის წრეებს“, ასევე „თევზის ფხის“ დიაგრამას, რომელსაც „იშიკავას მიზეზებისა და შედეგების“ დიაგრამასაც უწოდებენ. იშიკავას დიაგრამა ხშირად გამოიყენება პრობლემების გამომწვევი მიზეზების აღმოსაჩენად ინდუსტრიული პროცესების ანალიზის დროს. იშიკავას დიაგრამამ, ინდუსტრიის გარდა, ფართო გამოყენება პოვა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესწავლის პროცესშიც. მას შემდეგ, რაც იშიკავა გახდა იაპონიის უნივერსიტეტის სრული პროფესორი (1960 წელს), მან დაიწყო „ხარისხის წრის“ კონცეფციის პრაქტიკაში დანერგვა (1962 წელი). კონცეფციის დანერგვა ერთგვარი ექსპერიმენტი იყო, რათა გამოვლენილიყო, როგორი ეფექტი ექნებოდა გუნდში ლიდერების მომზადებას ხარისხზე. იშიკავას ინიციატივით გადამზადდა მენეჯერთა მაღალი და საშუალო რგოლი, რამაც ხელი შეუწყო ხარისხის გაუმჯობესებას იაპონიის მრავალ სანარმოში.

დასკვნა

სახელმძღვანელოს ამ ნაწილში წარმოდგენილია მსოფლიოში ცნობილი 10 სპეციალისტის მიდგომები და შეხედულებები ხარისხთან მიმართებაში. ხარისხის ფუძემდებელთა შორის 3 პროფესიით ექიმია. თითოეული მათგანი ხაზს უსვამდა ხარისხის მნიშვნელოვნებას კომპანიის (ორგანიზაციის) მიზნების მიღწევის რთულ და ხანგრძლივ პროცესში, ასევე ცალსახად აღნიშნავდა იმ რო-

ლის შესახებ, რომელიც მენეჯმენტმა უნდა შეასრულოს ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებების განსახორციელებლად.

ნიგნის ამ თავში წარმოდგენილ იქნა ხარისხის ისტორიისა და იმ ფილოსოფიების მოკლე აღწერა, რომლებმაც ხარისხის მოძრაობაზე მთელ მსოფლიოში მოახდინა გავლენა. ხარისხის განვითარების ისტორია სხვა არაერთი სპეციალისტის ბიოგრაფიას აღწერს, რომელთაც ასევე დიდი წვლილი შეიტანეს ხარისხის გაუმჯობესებაში.

დაინტერესებულ მკითხველს შეუძლია ღრმად შეისწავლოს ხარისხის განვითარების ისეთი თანამედროვე ტენდენციები, როგორებიცაა: მიდგომა „ექვესი სიგმა“, საერთაშორისო აკრედიტაცია, JCI და ISO 9000-ის სერტიფიკაცია. ხარისხის გაუმჯობესება მუდმივად მიმდინარე პროცესია და ხარისხის პრინციპების განხორციელება არ არის ლიმიტირებული. ხარისხის ფუძემდებლების მიერ მოწოდებული მიდგომები, ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების პრინციპები არ შემოიფარგლება მხოლოდ გარკვეული ორგანიზაციებით. ეს პრინციპები საერთოა და ერთნაირად სასარგებლოა თითქმის ყველა სახის ბიზნესისთვის, ოფისისთვის, სერვისისთვის, განათლებისთვის, ჯანდაცვისთვის, საავიაციო ინდუსტრიისთვის, სასტუმროებისა და სხვა ორგანიზაციებისთვის.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება განვითარებად ქვეყნებში

ხარისხის განზომილებები და ხარისხის გაზომვა

ხარისხის უზრუნველყოფა, მართვა და გაუმჯობესება თავისი შინაარსით გაზომვას და შედარებას უკავშირდება. გასაზომად სანდო საზომი ერთეულია საჭირო, ხოლო შესადარებლად ასევე სანდო სტანდარტი. გაზომვის და შედარების სანდოობის უზრუნველსაყოფად ობიექტური მეთოდების განვითარება მე-19 საუკუნის შუა პერიოდში დაიწყო, რასაც შესაძარებელი სტანდარტის და კალიბრაციის შემოღებით ჩაეყარა საფუძველი. მატერიალური მდგომარეობის გაზომვის სტანდარტს აქვს ზედა და ქვედა ლიმიტი, მაქსიმალური და მინიმალური ზღვარი (სიდიდე). ცოტა მოგვიანებით, მე-20 საუკუნის დასაწყისში **Frederick W. Taylor**-მა შეიმუშავა მეცნიერულ კვლევებზე დაფუძნებული მართვის პრინციპები. იგი ხაზს უსვამდა შრომის განაწილების და პროდუქტიულობის მნიშვნელობას. მართვის ახალი პრინციპების დანერგვის შედეგად ბევრ საწარმოში პროდუქტიულობის მნიშვნელოვანი ზრდა გამოვლინდა (მეტი მოცულობის, მეტი რაოდენობის სამუშაოს შესრულება), თუმცა აღნიშნულმა ხარისხზე ნეგატიური ეფექტი მოახდინა – ბევრი ყოველთვის არ ნიშნავს კარგს, რაოდენობა ყოველთვის ხარისხის გარანტია არ არის. ჰენრი ფორდის ავტომობილის აწყობის მოძრავი ხაზი პირველად წარმოდგენილი იქნა 1913 წელს. ეს მოითხოვდა მუდმივად, უწყვეტად მაღალი ხარისხის ნაწილებზე ხელმისაწვდომობას, რათა არ მომხდარიყო აწყობის ხაზის (კონვეიერის) შენელება და სამუშაოების დაბალი ხარისხით შესრულება. 1924 წელს **Walter A. Shewhart**-მა სტატისტიკური ცხრილის საშუალებით სამუშაო პროცესის ხარისხის კონტროლის ძირითადი იდეის პრეზენტაცია მოახდინა,

რაც ხარისხის კონტროლის სტატისტიკური ერის დასაწყისი გახდა. გასული საუკუნის 30-იან წლებში სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებით ხარისხის კონტროლი ფართოდ დაინერგა კომპანია Western Electric-ის მიერ, რომელიც კომპანია Bell system-ისთვის აღჭურვილობას აწარმოებდა.

მეორე მსოფლიო ომმა წარმოებასა და სამხედრო პროგრამებში ხარისხის ფაქტორის კიდევ უფრო მეტი აღიარება მოიტანა. 1946 წელს ხარისხის კონტროლის ამერიკული საზოგადოება – The American Society for Quality Control ჩამოყალიბდა. 1997 წელს მისი დასახელება შემოკლდა და ASQ ეწოდა. მეორე მსოფლიო ომს მოჰყვა ხარისხის რევოლუცია იაპონიაში: იაპონელებმა დაიწყეს საექსპორტო სამხედრო პროდუქციის წარმოების პროცესში დაგროვილი გამოცდილებისა და ომის დროს „ნასწავლი გაკვეთილების“ ანალიზის შედეგების გამოყენება. ხარისხის ფუძემდებლები ვ. ედვარდს დემინგი და ჯოზეფ მ. ჯურანი აქტიურად მუშაობდნენ და ატარებდნენ ლექციებს იაპონიაში. შედეგად, მე-20 საუკუნის 70-იან წლებში, ხარისხის საკითხში, იაპონელები ლიდერები გახდნენ. ხარისხის პროგრამების დანერგვით დაიწყო ამერიკულ ბაზარზე იაპონელი მწარმოებლების პროდუქციის წილის ზრდა, რამაც შედეგად გამოიღო აშშ-ში ფართოდ გავრცელებული ეფექტები. მძაფრმა კონკურენციამ პროდუქციის ხარისხის გაუმჯობესებას კიდევ უფრო შეუწყო ხელი. აშშ-ის ხარისხის ექსპერტები ხაზს უსვამდნენ არა მხოლოდ სტატისტიკური მეთოდების გამოყენებას ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში, არამედ მიდგომებს, რომლებიც მოიცავდა მთლიან ორგანიზაციას. ამ პერიოდში დაიწყო მოძრაობა, რომელიც საზოგადოებისთვის ხარისხის ტოტალური მართვის სახელით გახდა ცნობილი. ამას მოჰყვა ხარისხის რამდენიმე სხვა ინიციატივა. 1987 წელს გამოქვეყნდა ხარისხის სისტემის სტანდარტი ISO 9000. იმავე წელს, აშშ-ის კონგრესის მიერ ჩამოყალიბებულ იქნა ბალდრიჯის ხარისხის ნაციონალური პროგრამა და მალკოლმ ბალდრიჯის ხარისხის ნაციონალური ჯილდო, რომელიც მკაცრ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით ახდენდა საუკეთესო პროდუქტის/სერვისის მწარმოებელი კომპანიის შერჩევას და შესაბამისი სერტიფიკატი დაჯილდო-

ებას. ხარისხის კონცეფცია მდგომარეობს მომხმარებლისთვის მისაღები პროდუქციის წარმოებასა და მიწოდებაში, ამასთან, მომხმარებელმა უნდა შეძლოს ბევრი კარგი პროდუქციიდან საუკეთესოს არჩევა.

ხარისხის მთავარი განზომილებები

პაციენტთა მოსაზრებით, ხარისხის განზომილებებია: სამედიცინო პერსონალის პროფესიონალიზმი, სამედიცინო სერვისის ფასი, გარემო, სადაც პაციენტმა სამედიცინო მომსახურება უნდა მიიღოს და სამედიცინო პერსონალის კეთილგანწყობა პაციენტის მიმართ. ამდენად, ხარისხის განზომილებად აღიარებულია:

- ტექნიკური კომპეტენცია
- სერვისზე ხელმისაწვდომობა
- ეფექტურობა
- ინტერპერსონალური ურთიერთობები
- ეფექტიანობა
- უნყვეტობა
- უსაფრთხოება
- კომფორტულობა

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში სამედიცინო მომსახურების ხარისხს უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება. აღნიშნულის მიუხედავად, დაბალ- და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველსაყოფად განსაკუთრებული მონდომება და აქტიურობა ჯერჯერობით არ შეინიშნება.

განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მომზადებული ანგარიშები, კვლევები და მოხსენებები, ძირითადად, სიკვდილიანობისა და დაავადებათა სტატისტიკაში არსებული ცვლილებების განხილვით შემოიფარგლება ან, უფრო მეტად, სამედიცინო დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის კოეფიციენტის გაზომვაზეა კონცენტრირებული. ძალიან ცოტაა კვლევები და შეფასებები, სადაც საუბარია სამე-

დიცინო მომსახურების ხარისხზე, ან აღწერილი და გაანალიზებულია მოსახლეობისთვის სამედიცინო სერვისების მიწოდების პროცესი. გარდა ამისა, ძალიან იშვიათია ისეთი ლიტერატურული წყაროები, სადაც საუბარია განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვასა და გაუმჯობესებაზე ან აღწერილია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ინსტიტუციური მოწყობა და წარმოჩენილია ხარისხზე მუდმივი, მიზანმიმართული და უწყვეტი ზრუნვის მეთოდები როგორც სახელმწიფოს, ისე თვით სამედიცინო დაწესებულების მხრიდან. ძალზე ცოტაა კვლევები, რომელიც დაინტერესებულ მკითხველს გააცნობდა განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემას, ასევე სამედიცინო სერვისების წარმოებისა და მიწოდების წესებს.

უკანასკნელ წლებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თაობაზე გამოქვეყნებული რამდენიმე კვლევიდან ყურადღებას იპყრობს USAID-ის ფინანსური მხარდაჭერით განხორციელებული პროექტი, რომელიც განვითარებად ქვეყნებში პირველადი სამედიცინო დახმარების ოპერაციათა კვლევას (PRICOR) ეხება. აღნიშნული პროექტის ფარგლებში ჩატარებული სამუშაოების შედეგად ჯანდაცვის მენეჯმენტის სისტემის მრავალი ნაკლოვანება გამოვლინდა. კვლევით მიღებული შედეგების საფუძველზე შემუშავებულ და დანერგულ იქნა პრობლემათა გადაჭრისა და ხარისხის შეფასების მეთოდები განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებისთვის. მას შემდეგ, რაც მომზადებულ იქნა ბავშვთა გადარჩენის შვიდი საწყისი აქტივობისა და სამედიცინო დავალებების სრული ჩამონათვალი, PRICOR-მა განახორციელა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მასშტაბური კვლევა თორმეტ განვითარებად ქვეყანაში. პროექტში შეფასების მეთოდად მომსახურების მიწოდებაზე დაკვირვება იქნა გამოყენებული. მომსახურების განვითარების პროცესის შესასწავლად ასევე გამოყენებულ იქნა ექსპერიმენტი მანიპულაციებითა და როლების გადანაწილებით. PRICOR-მა 6000-ზე მეტი დაკვირვება ჩატარა ჯანდაცვის თანამშრომლისა და პაციენტის ურთიერთობაზე, შედეგად კი აღმოაჩინა ყველაზე ფართოდ გავრცელებული,

სერიოზული ოპერაციული ნაკლოვანებები ისეთ სფეროებში, როგორებიცაა: დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, პაციენტის განათლება და ზედამხედველობა.

პროექტით PRICOR ასევე დადგინდა, რომ სამედიცინო საქმიანობის მაკონტროლებელი სისტემა, რომელიც განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემათა უმრავლესობის ნაწილია, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საკვანძო ელემენტს წარმოადგენს. პროექტი მუშაობდა რეგიონულ მაკონტროლებელ ორგანოებთან ერთად, რათა ინფორმაციაზე დაფუძნებული კონტროლის მეთოდები შეემუშავებინა და დაბალი ღირებულების ოპერაციათა კვლევების შედეგად გამოვლენილი პრობლემები მოეცვა. PRICOR-ის ხელმძღვანელობით, ადგილობრივმა მენეჯერებმა და მკვლევრებმა ჩაატარეს 109 ოპერაციული კვლევა, ბევრი მათგანი წარმატებული, ეკონომიური ოპერაცია იყო. რაც შეეხება მცირე დანახარჯებით მოსახლეობის ფართო ფენებისთვის მაღალი ხარისხის და ეფექტური სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სხვა მცდელობებს, ამის კარგი მაგალითია დიარეულ დაავადებათა კონტროლის WHO-ს პროგრამა. ამ პროგრამამ შეფასების იმავე მეთოდების გამოყენებით შეიმუშავა ორალური რეჰიდრატაციული საშუალებებით დიარეული დაავადებების მკურნალობის პროტოკოლი. დაავადებათა კონტროლის მსოფლიო ცენტრის (CDC) ბავშვთა მართვადი დაავადებების (CCCD) განყოფილებამ გამოიყენა მსგავსი მეთოდოლოგია იმუნიზაციის პროგრამებში. დაკვირვების მეთოდი ასევე გამოყენებულ იქნა დიარეისა და მალარიის მკურნალობაში არსებული ნაკლოვანებების გამოსავლენად. განვითარებად ქვეყნებში მოქმედი სამედიცინო პროგრამების უმრავლესობა იყენებს მსგავს მარტივ და ხელმისაწვდომ საშუალებებს. აღნიშნული მოიცავს დაკვირვების კითხვარსა და დამხმარე ინსტრუქციას, რაც საჭიროა ნაკლოვანებების, ჩავარდნების და პრობლემების გამოსავლენად, ასევე შემდგომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად და გასაუმჯობესებლად.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ზრუნველყოფის შესაძლებლობები განვითარებად ქვეყნებში

თითქმის არცერთ განვითარებად ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება საკმარისი არ არის. შეზღუდული ბიუჯეტის პირობებში, ერთი შეხედვით, მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება მიუწვდომელ ფუფუნებადაა მიჩნეული. თუმცა განვითარებული ქვეყნების გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ხშირად სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება ხარჯი კი არაა, პირიქით, მოგების მომტანია. იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების შეფასებით კარგი შედეგები ფიქსირდება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ზრუნვა როგორც პირველადი ჯანდაცვის პროგრამების, ისე ჰოსპიტალური სექტორის ცენტრალური საკითხია. შეზღუდული ბიუჯეტის მქონე სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებს ამ ფაქტის უგულებელყოფის უფლება არ აქვთ.

სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობისა და ჯანდაცვის ოპერაციათა ტექნოლოგიური ხარისხის გარდა, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა შეაფასონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხიც, რაც მოსახლეობისთვის მიწოდებული სამედიცინო სერვისებისა და ამ სერვისებისთვის დადგენილი სტანდარტების შედარებას მოითხოვს. მაგალითისათვის, წარმოიდგინეთ, რომ წითელას იმუნიზაციის კამპანიამ მიაღწია დასახული დაფარვის დონეს, თუმცა საკითხის ღრმად შესწავლამ ცხადყო, რომ აცრილთა გაზრდილმა რაოდენობამ პრობლემა ვერ მოაგვარა, ვინაიდან ვაქცინების შენახვის წესი, ხშირ შემთხვევაში, დარღვეული იყო, ანუ ბევრი ვაქცინა არაეფექტური იყო „ცივი ჯაჭვის“ მოთხოვნების შეუსრულებლობის გამო. შედეგად, იმუნი-

ზაციის ჩატარების ორგანიზატორები და დამფინანსებლები დაზარალებულნი დარჩნენ, ხოლო რესურსები ტყუილად დაიხარჯა. იგივე შეიძლება ითქვას ტუბერკულოზის მკურნალობაზეც. მედიკამენტების სანყისი დოზირება არაეფექტური იქნება, თუ სამედიცინო კონსულტაციების ხარისხი არადაამაკმაყოფილებელია, ხოლო პაციენტები პასიურობენ. ასეთ შემთხვევაში, ადრეულ სტადიაზე მკურნალობის შესაძლებლობა იკარგება. დაავადების სიმპტომების ხელახალი აღმოცენების შემთხვევაში პაციენტის მკურნალობა კვლავ გახდება საჭირო, რაც მომსახურების ხარჯებს გააორმაგებს და მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის ჩამოყალიბების რისკის ზრდას გამოიწვევს. მოცემული ორი მაგალითის განხილვით მკაფიოდ ჩანს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე ყურადღების გამახვილება ხელს შეუწყობდა ზარალის შემცირებას.

მარტივი მაგალითი კლინიკური პრაქტიკიდან: ერთ-ერთი კლინიკის თერაპიულ განყოფილებაში წევს პაციენტი, რომელსაც გული ანუხებს. საღამოს პაციენტთან მივიდნენ ახლობლები. ამ დროს პალატაში შემოვიდა ექთანი, ახლობლებს ბოდიში მოუხადა და სთხოვა, ორიოდე წუთით დერეფანში გასულიყვნენ, ვინაიდან პაციენტს ინექცია ჰქონდა დანიშნული. ექთანმა პაციენტს ნემსი გაუკეთა და გავიდა. ექთნის წასვლის შემდეგ ახლობლები დაბრუნდნენ პალატაში. დაახლოებით 15-20 წუთში პაციენტი ცუდად გახდა: დაკარგა ფერი, სხეული ოფლით დაეცვარა, თვალთ დაუბნელდა და გაუჭირდა საუბარი....ახლობლებმა მაშინვე მოუხმეს მორიგე ექიმს.

ექიმმა მოუსმინა პაციენტს და გასინჯა, ჩაუტარა სისხლში გლუკოზის ტესტი, სისხლში შაქრის შემცველობა ძალიან დაბალი აღმოჩნდა. ექიმმა ადეკვატური ზომები მიიღო და პაციენტი მალევე გამოვიდა მდგომარეობიდან. მეორე დღეს მორიგე ექიმმა დილის კონფერენციაზე მთავარ ექიმს მოახსენა აღნიშნული შემთხვევის შესახებ. ფაქტის დეტალური განხილვით აღმოჩნდა, რომ ექთანს პაციენტები აერია და ინსულინის ინექცია გაუკეთა იმ პაციენტს, რომელსაც ინსულინოთერაპია დანიშნული არ ჰქონდა.

მოცემული კლინიკური შემთხვევის ეკონომიკურ ასპექტში განხილვით ნათლად ჩანს, რომ კლინიკას ეკონომიკური ზარალი მიადგა: ინექციის ჩატარებასთან დაკავშირებული ხარჯი გაორმაგდა, პაციენტის მდგომარეობიდან გამოყვანამ დამატებითი გაუთვალისწინებელი ხარჯი გამოიწვია; პაციენტისა და მისი ახლობლებისთვის მიყენებული მორალური ზარალისთვის კლინიკას სოლიდური ჯარიმის გადახდა მოუხდა. შელახული ავტორიტეტის აღდგენას კი ალბათ წლები დასჭირდება...

იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო პერსონალი დაიცავდა დანიშნულების შესრულებისას პაციენტთან ურთიერთობის და ნამდლის ადმინისტრირების ელემენტარულ ნებსებს, კლინიკა თავიდან აიცილებდა სერიოზულ ეკონომიკურ ზარალს.

ჯანდაცვის პროვაიდერებმა და საზოგადოებამ ერთობლივად უნდა იზრუნონ ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასებაზე და უპირატესობა მიანიჭონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების როგორც სამედიცინო, ისე ეკონომიკურ მიდგომას. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას თან სდევს ნდობის ზრდა, იგი აუმჯობესებს კომუნიკაციას და ხელს უწყობს ჯანდაცვის სფეროში საზოგადოების მოთხოვნილებებისა და მოლოდინის გააზრებას. თუ სამედიცინო სერვისების მომწოდებელი საზოგადოებას არ სთავაზობენ ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას, ისინი ვერ მოიპოვებენ საზოგადოების ნდობას და კეთილგანწყობას. უნდობლობის გამო პაციენტები ჯანდაცვის სისტემას მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების უკიდურესი საჭიროების შემთხვევაში მიმართავენ, მაშინ, როცა სხვა გამოსავალი არ არის. ხსენებული სცენარის განვითარება შესაძლოა ყველაზე საგანგაშო სწორედ განვითარებადი ქვეყნებისთვის იყოს, ვინაიდან სიცოცხლის გადარჩენისთვის აუცილებელი, მრავალი სახის პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება: – იმუნიზაცია, ბავშვის ზრდა-განვითარების მონიტორინგი, ოჯახის დაგეგმვა და ორსულობის მეთვალყურეობა საზოგადოების ნებაყოფლობით თანამონაწილეობაზე დამოკიდებული. მეტიც, იმ დროს, როდესაც ძირითადი სამედიცინო ორგანიზაციები ხარჯების ამოღების

სტრატეგიას ირჩევენ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საკმარისად დამაკმაყოფილებელი უნდა იყოს, რათა პრევენციული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების პირობით პაციენტები კლინიკაში მიიზიდოს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვისა და გაუმჯობესების საქმეში განუზომლად დიდია სამედიცინო დანესებულების მენეჯმენტის წვლილი. თუმცა არანაკლებ მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის დაინტერესება და ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების საქმეში. სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხი სამედიცინო დანესებულებაში პაციენტთა ნაკადს ზრდის. პაციენტთა რაოდენობის მატება ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის დატვირთვის ზრდას. პერსონალის დატვირთვა, თავის მხრივ, ხელს უწყობს პროფესიული უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებას. მაღალი დატვირთვის პირობებში კლინიკის პერსონალი უკეთ განვრთნილი და განაფულია პროცედურების ჩატარებაში. სამედიცინო პერსონალი, რომელიც კარგი პროფესიული უნარებით გამოირჩევა, მეტ პაციენტს იზიდავს, რასაც მეტი შემოსავალი მოსდევს. გარდა აღნიშნულისა, ხარისხის უზრუნველყოფა თანამშრომლებს კარიერული წინსვლის შესაძლებლობას უქმნის, პროფესიული აღიარება მოაქვს და ამ გზით იზრდება მათი როგორც პროფესიული კმაყოფილების განცდა, ისე საზოგადოებრივი სტატუსი.

მკაცრად შეზღუდული რესურსები განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებს მაღალხარისხიანი შესრულებისთვის თანამშრომელთა დაჯილდოების, მატერიალური ნახალისების, პრემიის გაცემის ან ხელფასის გაზრდის საშუალებას არ აძლევს. ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების საკითხშიც შეზღუდულია: ყოველთვის არ არის საშუალება, რომ სამედიცინო პერსონალი გაიგზავნოს ახალი აპარატურის შესასწავლად ან მკურნალობის ახალი მეთოდების ასათვისებლად. თუმცა აღნიშნული გარემოებები ყოველთვის არ არის ხელისშემშლელი

ფაქტორი ხარისხის გაუმჯობესების საქმეში. ხშირ შემთხვევაში შესაძლოა თვით ხარისხი იქცეს ჯილდოდ: სამედიცინო პერსონალის დიდი ნაწილი მძიმე კლინიკური შემთხვევის წარმატებით დამთავრებას პროფესიული ღირსების საქმედ მიიჩნევს. მრავალი ექიმისთვის ნაცნობია პროფესიული სიამაყის გრძნობა, ჯანდაცვის პროფესიონალთა წრეში აღიარების მოპოვება ხშირად ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებაზე ზრუნვას. სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის მიღწევისას, რთული კლინიკური შემთხვევის წარმატებით დასრულებისას სამედიცინო პერსონალს უკეთ მუშაობის სურვილი უძლიერდება. აღნიშნული ადასტურებს, რომ ხარისხის გაუმჯობესების მოტივაციას მხოლოდ მატერიალური სტიმული არ წარმოადგენს. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, მენეჯმენტი უგულბელყოფს სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების პროცესში სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის ჩართულობას.

სამედიცინო დაწესებულებაში ხარისხის უზრუნველყოფა სისტემურ მიდგომას საჭიროებს. ხარისხის უზრუნველყოფისთვის ზრუნვა იწყება იმით, რომ თითოეულმა თანამშრომელმა ან თანამშრომელთა ჯგუფმა გააცნობიეროს სრულყოფილებისკენ სწრაფვის მნიშვნელობა. ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების მისაღწევად აუცილებელია მენეჯმენტის, სამედიცინო პერსონალის, პაციენტების და მათი ახლობლების უწყვეტი ჩართულობა სამედიცინო სერვისების სრულყოფის საქმეში. ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების თაობაზე შემუშავებული პროგრამები სამედიცინო პერსონალს აწვდის ცოდნას იმ მექანიზმების შესახებ, რომლებიც სამუშაო პროცესზე უწყვეტი ზედამხედველობის, კორექტივების შეტანის, მოქმედების თავიდან დაწყების და ხარისხის შეფასების საშუალებას იძლევა. სამედიცინო დაწესებულებაში სამუშაოების სწორი დაგეგმვა, განხორციელება, ზედამხედველობა, კონტროლი და შეცდომების კორექტირება ის უწყვეტი ციკლია, რომელიც ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეალურად გაუმჯობესებას.

სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტის ინტერესი და აქტიური ჩართულობა ხარისხის გაუმჯობესების საქმეში ჯანდაც-

ვის პროფესიონალებს ეხმარება, უკეთ შეასრულონ სამუშაო და შესრულებული სამუშაო შესაბამისობაში მოაქციონ ამ საქმიანობისთვის (პროფილისთვის) დაწესებულ სტანდარტებთან. ხარისხზე მუდმივად ზრუნვის დროს სამედიცინო პერსონალი სწავლობს ნაკლოვანებების დანახვას, აღმოჩენას იმ ეტაპზე, ვიდრე პრობლემა პაციენტს შეეხება და მას ზიანს მოუტანს. თანამშრომლები ასევე სწავლობენ პრობლემების ოპერატიულად მოგვარებას, პაციენტთა საჭიროებებზე დროულ რეაგირებას და პროპორციულ პასუხს, აცნობიერებენ, რომ სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტი ცენტრალური ფიგურაა და მათი მოთხოვნების დაკმაყოფილება სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართული თითოეული სპეციალისტის პროფესიული მოვალეობაა. სამუშაოს კარგად შესრულებით გამონეწეული კმაყოფილების განცდა და მოტივაცია საფუძველს ჩაუყრის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული საქმიანობის ეფექტურობის ამაღლებას, რომელიც სწორი მენეჯმენტის პირობებში მუდმივი ციკლის სახეს მიიღებს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მუდმივი ზრუნვა ითვალისწინებს სამედიცინო პერსონალისთვის იმ ხერხების და საშუალებების სწავლებას, რომლითაც კვალიფიციური ექიმი „საყვარელ ექიმად“ გადაიქცევა, ხოლო კარგი სამედიცინო დაწესებულება ავტორიტეტულ კლინიკად, სამედიცინო ბაზრის ლიდერად და მოთხოვნად „ბრენდად“ მოგვევლინება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას გააჩნია როგორც პირველადი სამედიცინო მომსახურების, ისე ჰოსპიტალური დახმარების პროგრამების გაუმჯობესების პოტენციალი; იგი არ საჭიროებს მნიშვნელოვან ინვესტიციებს და დამატებით სახსრებს, ლოჯისტიკურ მხარდაჭერას ან, თუნდაც, ფინანსურ და საკადრო რესურსებს. **ფაქტობრივად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზანს არსებული რესურსების უფრო ეფექტიანად გამოყენების, მოქმედი სისტემის ეფექტურობის და სარგებლიანობის ამაღლება წარმოადგენს.**

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას მოაქვს სარგებელი პაციენტისთვის, სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლებისთვის, სამედიცინო მომსახურების დამფინანსებლებისთვის, სახელმწიფოსთვის, სადაზღვევო კომპანიებისთვის, დონორებისთვის და ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში ჩართული სხვა ორგანიზაციებისთვის. საბოლოოდ, **კარგი კლინიკური პრაქტიკის სამედიცინო დანებებულების მიერ აღიარებულია, რომ ხარისხის უზრუნველყოფა ჯანდაცვაში ჩადებული არსებითი ინვესტიციებისგან მეტი შედეგის მიღების საშუალებას იძლევა.**

ხარისხის განმარტება. რა არის ხარისხი

სახელმძღვანელოს დასაწყისში განხილულია ხარისხის არსი და კონცეფცია, ასევე მოცემულია „ხარისხის“ რამდენიმე განმარტება. ლიტერატურულ წყაროებში „ხარისხის“ მრავალი, სხვადასხვაგვარი განმარტებაა მოწოდებული, თუმცა მისი მისადაგება ყველა სახის პროდუქციაზე ან სერვისზე შეუძლებელია.

ხარისხის მრავალი განსაზღვრების შეჯერებით, პროდუქციის ან მომსახურების ხარისხი შეიძლება აღინეროს, როგორც **„საქონლის ან სერვისის მახასიათებლების ერთობლიობა, რომელიც კონკრეტულ პროდუქტზე და სერვისზე მომხმარებლის საჭიროებებს და მოთხოვნებს აკმაყოფილებს“. სხვა სიტყვებით, „ხარისხი“ არის ის, რაც მომხმარებლის მოთხოვნილებებს აკმაყოფილებს.**

ხარისხის უნივერსალური და ყოვლისმომცველი განმარტების არარსებობის მიუხედავად, როგორც საზოგადოებაში, ისე ბიზნესში ხარისხს პრაგმატული ინტერპრეტაცია აქვს და განმარტება, როგორც ერთი და იმავე სახის საქონლის ან მომსახურების შედარებით მომხმარებლის მიერ გამოვლენილი განსხვავებები. ასეთ დროს მომხმარებელი პასუხობს კითხვებს: „რომელი უფრო უკეთესია?“, „რომელი უფრო გამოსადეგია?“, „რომელი უფრო ვარგა?“, „რომლის ფასი უფრო მისაღებია?“.

ლიტერატურულ წყაროებში მონოდებული სხვადასხვა განმარტებიდან ყურადღებას იპყრობს ოქსფორდის ინგლისური ენის განმარტებით ლექსიკონში მოცემული „ხარისხის“, როგორც სრულყოფილების დონის დეფინიცია (**The Oxford English Dictionary, 1988**). ხარისხის რამდენიმე მნიშვნელოვანი დეფინიცია მოცემულია გზამკვლევეში, რომელიც ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა ინსტიტუციურ მექანიზმებს ეხება.

ფილიპ ქროსბის (**Philip B. Crosby, 1984**) განმარტებით, ხარისხი მოთხოვნასთან შესაბამისობაა. თუ მომსახურება შეესაბამება მოთხოვნებს, მაშინ ხარისხი მიღწეულია. თუ პროდუქცია ან მომსახურება შეესაბამება იმ მიზანს, რომლისკენაცაა მიმართული, მაშინ ის აკმაყოფილებს ხარისხის მოთხოვნას.

„ხარისხის“ განმარტება სამედიცინო მომსახურების კონტექსტში გარკვეულ სირთულეებს უკავშირდება, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განსაზღვრების დროს მხედველობაშია მისაღები ის გარემო პირობები, სადაც ხდება სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, ასევე გასათვალისწინებელია დაავადების სიმძიმე და სამედიცინო ჩარევისთვის შერჩეული დრო. განსაკუთრებით აღსანიშნავია პაციენტის დამოკიდებულება სამედიცინო მომსახურებისადმი, მისი სურვილი, ნდობა, რწმენა და განწყობა სამედიცინო პერსონალის მიმართ. მხედველობაშია მისაღები პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და მიღებული სამედიცინო მომსახურების მისეული აღქმა. ცხადია, თუ პაციენტი სამედიცინო მომსახურების მიღების კატეგორიული წინააღმდეგია, ის არასდროს იქნება სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილი (მაგალითი 1: სუიციდის მცდელობის შემდეგ ჰოსპიტალიზებული პაციენტი, რომელსაც სიცოცხლე შეუნარჩუნდა მისი ნების სანინააღმდეგოდ; მაგალითი 2: სოციალურად საშიში დაავადების მქონე პაციენტის იძულებითი მკურნალობა; მაგალითი 3: პაციენტი საზოგადოების მაღალი წრიდან, რომელსაც კომიდან გამოსვლის შემდეგ არ მოეწონა რეანიმაციული განყოფილება და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გარემო, ვინაიდან პალატა შეადარა საკუთარ სახლს და უკმაყოფილო დარჩა აღმოჩენილი განსხვავებით.....).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არ შეიძლება განისაზღვროს მხოლოდ სერვისის მიმწოდებლის შეხედულებების მიხედვით. „ხარისხის“ ყველაზე სრულყოფილი განმარტების განხილვის პირობებშიც კი შესაძლებელია ვერ იქნეს გადმოცემული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის არსი, ვინაიდან ჯანდაცვაში ყოველთვის არსებობს ალბათობა იმისა, რომ, ობიექტური მიზეზების გამო, იდეალურად მიწოდებული სერვისი და ექიმების ძალისხმევა არასასურველი შედეგით დასრულდეს, რაც შესაძლებელია პაციენტის და მისი ახლობლების გულისწყრომის და უკმაყოფილების მიზეზი გახდეს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უნდა განისაზღვროს პროვაიდერის ტექნიკური სტანდარტებისა და პაციენტის მოლოდინის გათვალისწინებით. იმის გამო, რომ ნებისმიერი სიტუაციისთვის ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის არცერთი განმარტება არ არის უნივერსალური, შესაძლებელია განხილულ იქნეს ქვემოთ მოწოდებული განსაზღვრებები, რომლებიც მეტ-ნაკლებად შეესაბამება სამედიცინო მომსახურებას:

„სამედიცინო მომსახურების ხარისხი“ – ეს არის ცნება, რომელიც გულისხმობს, პროფესიული სტანდარტების დაცვით, დასახული მიზნის მისაღწევად შერჩეული ტექნოლოგიების სტანდარტებთან შესაბამისობის (ადეკვატურობის) დონეს.

ხშირად „სამედიცინო მომსახურების ხარისხი“ მოიაზრება, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებელი. აღნიშნულმა განაპირობა, რომ ზოგიერთ ლიტერატურულ წყაროში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გამოყენებულია, როგორც „საქმიანობის საბოლოო შედეგის ტიპური მოდელი“.

„სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა“ – ეს არის ფორმალური პროცესი, სადაც პაციენტის მოვლის და/ან დეპარტამენტის საქმიანობის ხარისხი და შესაბამისობა დოკუმენტირებული და შეფასებულია პასუხისმგებელი პროფესიული ორგანიზაციის მიერ (Australian Council on Healthcare Standards – ACHS). სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მოიცავს სამედი-

ცინო მეცნიერებისა და სამედიცინო სერვისების მიწოდების ტექნოლოგიების ერთობლიობას, რომელიც მაქსიმალურად ზრდის სამედიცინო მომსახურების მიერ მოტანილ სარგებელს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკების ზრდის გარეშე. აქედან გამომდინარე, **ხარისხის დონე ის მდგომარეობაა, როდესაც განუვლი სამედიცინო მომსახურება აღწევს სარგებლის და რისკის სასურველ ბალანსს (Avedis Donabedian, MD, 1980).** Avedis Donabedian-ის განმარტებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მომსახურების ის დონეა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების მთელი პროცესის მანძილზე, მოგებასა და დანახარჯებს შორის ბალანსის დაცვით, პაციენტის მაქსიმალური კეთილდღეობის მიღწევისკენ. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტანდარტების შესაბამისად შესრულებული ოპერაციები, რომლებიც უსაფრთხოდ ითვლება, ხელმისაწვდომია შესაბამისი საზოგადოებისთვის და გააჩნია უნარი, მოახდინოს ზეგავლენა სიკვდილიანობაზე, დაავადებთა გავრცელებაზე, უნარშეზღუდულობის დადგომაზე (Roemer, M.I., Montoya-Aguilar, C.WHO, 1988). ყველაზე მარტივი განმარტების თანახმად, „ხარისხი“ არის ის, რასაც მას, საერთოდ, ხარისხის მენეჯმენტის დამცველები უწოდებენ: – „სწორი საქმის სწორად და დროულად კეთება“.

ხარისხის სფეროები და ძირითადი კომპონენტები

ხარისხი, ფართო გაგებით, მრავალნახნაგოვანი ცნებაა. ზოგადად, ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია, სამედიცინო დანებსებულებებმა ხარისხის შეფასების დროს ძირითადი ყურადღება გაამახვილონ იმ სფეროებზე, რომელთაც რადიკალური მნიშვნელობა ენიჭება ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების საქმეში. საუბარია ხარისხის რამდენიმე სფეროს (განზომილების) შესახებ, რომლებიც განსხვავდებიან თავისი მნიშვნელობით, იმ კონტექსტიდან გამომდინარე, რომელშიც მიმდინარეობს ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებათა დანერგვა.



სურათი 1. ხარისხის სფეროები

ხარისხის სფეროებად მიჩნეულია ის აქტივობები, რომელთაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო მომსახურების პროცესში. ხარისხის სფეროებს დიდი გავლენა აქვს პაციენტის კმაყოფილებაზე. ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობა შესაძლოა მიმართული იყოს ერთ ან რამდენიმე სფეროზე ერთდროულად, კერძოდ: ტექნიკური კომპეტენცია; მომსახურების ხელმისაწვდომობა; შედეგიანობა; ეფექტურობა; პიროვნებათაშორისი ურთიერთობები; ინტერპერსონალური ურთიერთობები; საზოგადოებრივი ურთიერთობები; კომფორტულობა; უწყვეტობა და უსაფრთხოება.

კარგი კლინიკური პრაქტიკის სამედიცინო დაწესებულებების გამოცდილების საფუძველზე შესაძლებელია ითქვას, რომ ხარისხის უზრუნველყოფა ცალკეული სფეროების მიხედვით იმდენად ეფექტური არ არის, რამდენადაც ხარისხის გაუმჯობესებაზე ზრუნვა რამდენიმე სფეროში ერთდროულად.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ზემოჩამოთვლილი სფეროების გამოყოფა ჯანდაცვის პროფესიონალებს დაეხმარება ნაკლოვანების, ჩავარდნის პრობლემის განსაზღვრასა და გაანალიზებაში, ასევე, იმის დადგენაში, შეესაბამება თუ არა თითოეული სფეროს მუშაობა პროგრამის/პროფილის სტანდარტებს. წინამდებარე ნაწილში დეტალურად განხილულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის თითოეული სფერო. წარმოდგენილი ინფორმაცია მომზადებულ იქნა ხარისხთან დაკავშირებული ლიტერატურული წყაროების შესწავლის და ხარისხის უზრუნველყოფის სხვადასხვა ექსპერტების მიერ გამოთქმული იდეების შეჯერების საფუძველზე. აღნიშნული სფეროები ასევე შეესაბამება განვითარებადი ქვეყნების პირობებს; თუმცა, ხარისხის გაუმჯობესების კონკრეტული პროგრამის განხორციელებისას, აღნიშნული რვა სფეროდან ყველას ერთნაირი მნიშვნელობა არ ენიჭება. თითოეული მათგანი განხილულ უნდა იქნეს კონკრეტულ პროგრამასთან მიმართებაში და უნდა განისაზღვროს ლოკალური სიტუაციის შესაბამისად. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის აღნიშნული სფეროები შეეხება როგორც სამედიცინო მომსახურებას, ასევე მენეჯმენტს, რომელიც მართავს სამედიცინო დაწესებულებას და უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

ტექნიკური კომპეტენცია

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება ტექნიკური კომპეტენციის თვალსაზრისით, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს სამკურნალო, პროფესიული და ინფრასტრუქტურული სტანდარტების შესრულების შესაბამისობას დადგენილ სტანდარტებთან.

ტექნიკური კომპეტენცია მოიცავს ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების, მენეჯერებისა და პერსონალის პროფესიულ უნარებს, შესაძლებლობებს და ფაქტობრივ შესრულებას. მაგალითად, ტექნიკურად კომპეტენტური მომსახურების უზრუნველ-

საყოფად, სოფლის ექიმი უნდა ფლობდეს შესაბამის პროფესიულ უნარებს და ცოდნას (შესაძლებლობებს) იმისათვის, რომ განახორციელოს სპეციფიკური საქმიანობა და აკეთოს აღნიშნული საქმე, მუდმივად და ზედმინევენით (ფაქტობრივი შესრულება). ტექნიკური კომპეტენცია უკავშირდება იმას, თუ რამდენად კარგად ასრულებს სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი თავისი საქმიანობის სტანდარტებს და ნორმებს უსაფრთხოების, სიზუსტის, სანდოობის და სტაბილურობის თვალსაზრისით. აღნიშნული სფერო შეეხება როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო მომსახურებას. ჯანდაცვის პროვაიდერების შემთხვევაში, იგი მოიცავს პაციენტის კონსულტირების, პროფილაქტიკური ღონისძიებების შესრულების უნარებს, ასევე დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან და კონსულტაციებთან დაკავშირებულ პროფესიულ უნარ-ჩვევებს.

ტერმინს „კომპეტენცია“ ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებული დატვირთვა აქვს. კომპეტენცია ნიშნავს კონკრეტული ამოცანის შესრულებისათვის საჭირო უნარს. სხვა განმარტებით, „კომპეტენცია“ არის რომელიმე სფეროს მიკუთვნებული საკითხების ჯეროვანი ცოდნა; ასევე მიღებულია „კომპეტენციის“ ასეთი განმარტება: უფლებამოსილებების, უფლებებისა და ვალდებულებების იურიდიულად განსაზღვრული წრე. იგი მოიცავს უნარების, ცოდნისა და ქცევის ერთობლიობას. ჯანდაცვის მენეჯმენტში ტერმინ „კომპეტენციის“ განმარტება, გარდა ზემოთქმულისა, მოიცავს კონტროლის, უწყვეტი პროფესიული მომზადების, სწავლის, პრობლემების დროულად დანახვის და გადაჭრის უნარებს. დამხმარე პერსონალისთვის სავალდებულო უნარები დამოკიდებულია სპეციალობაზე და შესასრულებელი სამუშაოს ხასიათზე. მაგალითად, ტექნიკურად კომპეტენტურ მიმღებს უნდა გააჩნდეს უნარი, უპასუხოს პაციენტისთვის საინტერესო შეკითხვებს მაშინ, როდესაც ფარმაცევტი კომპეტენტური უნდა იყოს მედიკამენტების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების და სახარჯი მასალის ლოჯისტიკასა და მენეჯმენტში. ტექნიკური კომპეტენცია შესაძლოა ასევე შეეხებოდეს არსებული აპარატურის გამართულ

ფუნქციონირებას: მაგალითად, რენტგენის აპარატის გამოსხივება სისტემატურად უნდა კონტროლდებოდეს, გაზომვის შედეგები ყოველთვის უნდა შეესაბამებოდეს მიღებულ ტექნიკურ რეგლამენტს და სტანდარტებს. მეტად მნიშვნელოვანია რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს პაციენტის დასხივების დოზისა და ხანგრძლივობის მუდმივი კონტროლი, რომელიც ტექნიკური კომპეტენციის ნაწილია. ტექნიკური კომპეტენციის დეფიციტის შემთხვევაში შესაძლოა გამოვლენილი ხარვეზები მერყეობდეს სტანდარტული პროცედურების მცირე ნაკლოვანებიდან მნიშვნელოვან შეცდომამდე, რომელიც ამცირებს სამედიცინო სერვისების ეფექტურობას ან საფრთხეს უქმნის პაციენტს (იხ.დანართი: სხვადასხვა პროფილის ექიმთა კომპეტენციების ჩამონათვალი).

მომსახურების ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე საუბრისას უმრავლესობა თვლის, რომ საუბარია ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე, ანუ პაციენტისთვის რამდენად ხელმისაწვდომია სამედიცინო მომსახურების ფასი. რეალურად სერვისებზე ხელმისაწვდომობა გულისხმობს, რომ სამედიცინო მომსახურების მიღებას არ აბრკოლებს არც გეოგრაფიული, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული, ორგანიზაციული და არც ლინგვისტური ბარიერი.

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შეფასება შესაძლებელია მისასვლელი გზის არსებობით, ტრანსპორტის მისაღვდომობით, მანძილით, მგზავრობის დროით, ფეხით სასიარულო მანძილით და დროით, ასევე ნებისმიერი სხვა ფიზიკური ბარიერის მიხედვით, რომელმაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს პაციენტს სამედიცინო დახმარების მიღებაში.

ეკონომიკური (ფინანსური) ხელმისაწვდომობა გულისხმობს პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების ფასზე ხელმისაწვდომობას, სამედიცინო დანიშნულების საგნების (ფიქსატორი, სარქველი, ენდოპროთეზი და სხვ.) და სამედიცინო მომსახურების (კონსულტაციის ღირებულება, ინსტრუმენტული გამოკვლე-

ვა, მაღალტექნოლოგიური საშუალებებით ოპერაცია და სხვ.) ფასის ხელმისაწვდომობას.

სოციალური და კულტურული თვალსაზრისით ხელმისაწვდომობა გულისხმობს მომსახურების ხელმისაწვდომობას პაციენტის კულტურული ღირებულებების, რწმენის და მიდგომების კონტექსტში. მაგალითად, შესაძლოა ოჯახის დაგეგმვის მომსახურება არ იქნეს მიღებული, თუ მისი შემოთავაზება მოხდა ლოკალური კულტურისთვის შეუფერებელ გარემოში და შეუსაბამო ფორმით.

გენდერული სენსიტივობა სამედიცინო მომსახურების დროს თავს იჩენს მაშინ, როცა პაციენტი უარს აცხადებს, სამედიცინო მომსახურება მიიღოს სანინალმდეგო სქესის ექიმთან, ან მისი სამედიცინო მომსახურების პროცესში მონაწილეობა მიიღოს სანინალმდეგო სქესის სამედიცინო პერსონალმა. მაგალითად: ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტი (ქალი) ან მისი ახლობელი (მეუღლე) უარს აცხადებს მამრობითი სქესის ექიმთან (უროლოგი, მეან-გინეკოლოგი, სექსოპათოლოგი და სხვ.) გასინჯვაზე ან, პირიქით, პაციენტი (მამაკაცი) უარს ამბობს მდედრობითი სქესის ექიმთან გასინჯვაზე (პროქტოლოგი, დერმატო-ვენეროლოგი, უროლოგი, სექსოპათოლოგი, რეპროდუქტოლოგი და სხვ.).

ორგანიზაციული ხელმისაწვდომობა გულისხმობს, თუ რამდენად სწორად არის ორგანიზებული მომსახურება პოტენციური პაციენტებისთვის და რამდენად მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა: კლინიკის სამუშაო საათები, წინასწარი ჩანერის სისტემა, ლოდინის დრო და მომსახურების მიწოდების საშუალება პაციენტის საჭიროებების მიხედვით (ამბულატორიულად, ბინაზე, სტაციონარულად, შაბათ-კვირას ან სადღესასწაულო დღეებში). მაგალითად, საღამოს საათებში მომუშავე კლინიკების ნაკლებობამ შესაძლოა გამოიწვიოს ორგანიზაციული ხელმისაწვდომობის შემცირება დღის განმავლობაში მომუშავე თანამშრომლებისთვის. იმ ადგილებში, სადაც მგზავრობა პრობლემურია, პაციენტს უნდა შეეძლოს ექიმის ბინაზე გამოძახება, სოფლად უნდა იყოს მარტივი ამბულატორია, სადაც პაციენტი შეძლებს პირველ კონტაქტს ექიმთან ან მედდასთან. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის ბინაზე გამოძახება არ არის ორგანიზებული ან სამედიცინო მომსახურე-

ბის ნაკლებობაა სოფლად, შესაძლოა სერიოზული პრობლემები შეიქმნას არა მხოლოდ სოფლის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში, არამედ თვით სოფლის ცხოვრებაში: დაიწყოს მოსახლეობის მიგრაცია და მოიშალოს იმ გეოგრაფიულ არეალში ტრადიციული ეკონომიკური ურთიერთობები.

ლინგვისტური ხელმისაწვდომობა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას ადგილობრივ ენაზე ან დიალექტზე, რომელზეც საუბრობს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი. თუმცა სამედიცინო დაწესებულებამ არ უნდა გაუშვას ხელიდან სერვისის გაყიდვის შესაძლებლობა მხოლოდ იმიტომ, რომ პაციენტთან ვერ შედგა სათანადო კომუნიკაცია. ეს ორმაგად დააზარალებს დაწესებულებას: – ერთი, რომ პაციენტი ვერ მიიღებს მისთვის სასურველ სერვისს, ხოლო დაწესებულება ვერ მიიღებს შემოსავალს; მეორე, შეილახება დაწესებულების იმიჯი და ავტორიტეტი. სახელმწიფოებრივი თვალსაზრისით, სოციალურად მნიშვნელოვანი სამედიცინო შინაარსის ინფორმაციების მიუწოდებლობამ შესაძლებელია ავადობის შემცირებისკენ მიმართული ღონისძიებები შეაფერხოს. ამდენად, დაწესებულება მზად უნდა იყოს როგორც უცხო ენაზე მოსაუბრე პაციენტის მისაღებად, ასევე მის გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრები მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისთვის, მიუხედავად ეროვნული, ეთნიკური თუ ლინგვისტური მრავალფეროვნებისა.

ეფექტურობა

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დამოკიდებულია სერვისების მიწოდების ნორმების ზედმინევნით ზუსტად დაცვაზე, მკურნალობისთვის აუცილებელი მედიკამენტების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების და სახარჯი მასალის ხარისხზე, ასევე კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო ლიტერატურის, გაიდლაინების და პროტოკოლების სიახლეზე, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების შესაბამისად წარმართულ მკურნალობის პროცესზე.

ეფექტურობის სფეროს შეფასებამ უნდა უზასუხოს შეკითხვას: „მოაქვს თუ არა სწორად შერჩეულ პროცედურას ან მკურნალობას სასურველი შედეგი?“ და „არის თუ არა რეკომენდებული მკურნალობა ტექნოლოგიურად ყველაზე მიზანშეწონილი და შესატყვისი იმ მდგომარეობისთვის, რომლის გამოც მოხდა სამედიცინო მომსახურების მიწოდება?“. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობაზე მსჯელობისას განიხილება საკითხი, თუ რამდენად პროპორციული და ადეკვატურია სამედიცინო ჩარევა იმ მდგომარეობაში, რომლის გამოც პაციენტმა სამედიცინო დაწესებულებას მიმართა. ეფექტურობა ხარისხის მნიშვნელოვანი სფეროა, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სისტემის მართვის ცენტრალური ორგანოებისთვის, ვინაიდან სისტემის მართვის ფუნქციებით აღჭურვილი სუბიექტის პრეროგატივაა სამედიცინო დაწესებულებების დონეებზე დაყოფა, კომპეტენციების განსაზღვრა, ასევე სამედიცინო სერვისების მიწოდების სტანდარტების, ნორმებისა და სპეციფიკაციების შემუშავება. აღნიშნულის დასტურად შესაძლებელია განხილულ იქნეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 იანვრის №01-2/ნ ბრძანება „პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებისა და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ“, სადაც მკაფიოდაა განსაზღვრული პერინატალური სამსახურების რეგიონალიზაციის დონეებზე დაყოფის პრინციპები და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები. აღნიშნული ნორმატიული აქტის შექმნის უმთავრესი მიზანია პერინატალური დახმარების ეფექტურობის უზრუნველყოფა, ასევე დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება. სამედიცინო დაწესებულებების შესაძლებლობების გარდა, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ეფექტურობის საკითხების განხილვის დროს მნიშვნელოვანია გათვალისწინებულ იქნეს ის გეოგრაფიული არეალი, სადაც, საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის სამედიცინო დაწესებულებებთან შედარებით, სამედიცინო სერვისების მიწოდების განსხვავებული პირობებია, მაგალითად, მოსახლეობის განსახლების არეალი, სადაც არ არის

ცენტრალური წყალმომარაგება, საკანალიზაციო სისტემა, ცენტრალური გათბობა, მედიკამენტებით, აპარატურითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით მომარაგების ხელმისაწვდომი სისტემა. ლოკალურ დონეზე მენეჯმენტი იღებს გადაწყვეტილებას, თუ როგორ დაიცვან ნორმები და როგორ შეუსაბამონ ისინი ადგილობრივ პირობებს. სტანდარტების შერჩევას ასევე უნდა მოხდეს შედარებითი რისკების გააზრება. მაგალითად, საკეისრო კვეთის ოპერაციების რაოდენობის მატება დასაშვებია და ახსნას ექვემდებარება იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც რისკის ჯგუფის ორსულთა და მშობიარეთა მიმართვიანობა მაღალია. სამედიცინო ინტერვენციისთვის არჩეული სტრატეგიის ეფექტურობის განსაზღვრისას უნდა მოხდეს პროცედურის პოტენციური ზიანის შედარება მის მიერ მოტანილ პოტენციურ სარგებელთან. რამდენიმე ალტერნატიული საშუალების განხილვისას მკურნალობის ტაქტიკის არჩევა ხდება იმის მიხედვით, თუ რომელი ვარიანტი უფრო ნაკლები რისკის შემცველია, ნაკლები ზიანის მომტანია, უკეთესი შედეგის მიღების ალბათობა მაღალია და ფინანსურად ხელსაყრელია როგორც პაციენტის, ისე კლინიკისთვის.

ეფექტურობის სფეროს შესწავლა-შეფასება, თავის მხრივ, სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტს საშუალებას აძლევს, გამოავლინოს ისეთი პრობლემები, როგორებიცაა:

- ფინანსური რესურსების ალოკაციის დროს პრიორიტეტების გაუთვალისწინებლობა;
- მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის დეფექტები, რომლებმაც დანახარჯების გაზრდა გამოიწვია;
- სამედიცინო მომსახურებისთვის განეული დანახარჯების სხვადასხვა ხერხით დაუსაბუთებელი გაზრდა;
- სამედიცინო მომსახურების ტარიფების იმგვარი გაზრდა, რომელიც არ შეესაბამება სამედიცინო დაწესებულების დონეს, კატეგორიას, მის პროფილს ან სამედიცინო მომსახურების სახეს.

პიროვნებათაშორისი ურთიერთობები; საზოგადოებრივი ურთიერთობები

პიროვნებათაშორისი ურთიერთობები, პირველ რიგში, გულისხმობს ჯანდაცვის პროფესიონალების ურთიერთობას პაციენტთან, პაციენტის ახლობლებთან ან პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელთან; პიროვნებათაშორისი ურთიერთობები ასევე გულისხმობს ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს სამედიცინო დაწესებულებაში; ერთი მხრივ, პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართული სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობებს, მეორე მხრივ, ურთიერთობებს სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლებსა და კოლეგებს შორის.

საზოგადოებრივი ურთიერთობების სფერო მოიცავს ურთიერთობებს კლინიკებსა და პაციენტებს შორის, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, აპარატურის და მედიკამენტების მიმწოდებლებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის, სადაზღვევო კომპანიებსა და პაციენტებს შორის, სადაზღვევო კომპანიებსა და კლინიკებს შორის, სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერებსა და ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა სტრუქტურას შორის, ასევე სამედიცინო პერსონალსა და საზოგადოებას შორის. მოკლედ, შეიძლება ითქვას, რომ საზოგადოებრივი ურთიერთობების სფერო მოიცავს სამედიცინო ბაზარზე არსებული სუბიექტების ურთიერთობებს.

მაღალი დონის საზოგადოებრივი ურთიერთობები ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ პაციენტთა ნდობის ამაღლებას, რწმენის განმტკიცებას და დადებითი განწყობის შექმნას, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების დადებითი რეპუტაციის და კარგი იმიჯის შექმნას.

საზოგადოების და სამედიცინო პერსონალის პოზიტიური ურთიერთობა, უპირველეს ყოვლისა, გამოვლინდება პაციენტთა მიმართ პატივისცემით, კონფიდენციალურობის დაცვით, ყურადღებით, პასუხისმგებლობის და თანაგრძნობის გამოვლინებით. პაციენტთან საუბრის, კონსულტირების, მოსმენის და

კომუნიკაციის ეფექტური უნარები ძალზე მნიშვნელოვანია, ვინაიდან სწორი ვერბალური კომუნიკაცია და საუბრის შემცველი საზოგადოებრივი ურთიერთობები ხელს უწყობს პაციენტისთვის სამედიცინო სერვისების ეფექტურად მიწოდებას და სამედიცინო პერსონალის მიმართ პაციენტთა დადებითი განწყობის შექმნას. არაადეკვატური საზოგადოებრივი ურთიერთობები იწვევს ტექნიკურად კომპეტენტური ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურობის შემცირებას. შესაძლოა, პაციენტმა, რომელმაც სამედიცინო მომსახურების მიღების პროცესში იგრძნო სამედიცინო პერსონალის უპატივცემულობა, ცუდი დამოკიდებულება, უარი თქვას ექიმის მიერ მიცემული დანიშნულების შესრულებაზე, თავი აარიდოს ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ განეული რეკომენდაციების შესრულებას ან საერთოდ უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე. პიროვნებათაშორისი ურთიერთობის მნიშვნელობა და მისი დადებითი გავლენა სამედიცინო მომსახურების პროცესზე კარგად ჩანს Matthew O'Donnell-ის მიერ 2017 წლის 16 იანვარს გამოქვეყნებულ სტატიაში "8 vital traits of the ideal physician". სტატიაში საუბარია იდეალური ექიმის 8 სასიცოცხლო მნიშვნელობის თვისების თაობაზე. კერძოდ, ნათქვამია, რომ ვიზიტი ექიმთან წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე სანერვიულო გამოცდილებას თითოეული ინდივიდისთვის. ფაქტობრივად, პაციენტებს აქვთ არჩევანი, მიიღონ კონსულტაცია სხვა ექიმთან, თუ ისინი იგრძნობენ, რომ მათი ექიმი ვერ ხვდება მათ საჭიროებებს. მიუხედავად იმისა, რომ ყოველი ექიმი შეიძლება იყოს უნიკალური, არსებობს საერთო თვისებები, რომლებსაც პაციენტები თავიანთ ექიმებში ეძებენ.

შედეგიანობა – გამოსავალი

ჯანდაცვის სამსახურების და სამედიცინო მომსახურების შედეგიანობა ხარისხის მნიშვნელოვანი სფეროა, რადგან მასზე უდიდეს გავლენას ახდენს სამედიცინო დანიშნულების საგნები და პროდუქცია, რომელიც სამედიცინო მომსახურების დროს გა-

მოიყენება. თავის მხრივ, სამედიცინო სერვისების ფასები სერვისის მიწოდებისთვის აუცილებელი შენატანების ფასებზეა დამოკიდებული, რაც, გარკვეულწილად, მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე ახდენს ზეგავლენას. განვითარებად ქვეყნებში ჯანდაცვის რესურსები, როგორც წესი, შეზღუდულია, რის გამოც სამედიცინო დაწესებულებები ზოგჯერ იაფფასიან, ნაკლებად სანდო პროდუქციას იყენებენ სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დროს. საექვო წარმომავლობის და დაბალი ხარისხის მედიკამენტები ვერ უზრუნველყოფს სასურველ შედეგს. აღწერილ სიტუაციაში ჯანდაცვის სისტემა ოპტიმალურ სამედიცინო მომსახურებას უფრო უზრუნველყოფს საზოგადოებისა და პაციენტებისთვის, ვიდრე მაქსიმალურს, საუკეთესოს. იგი იძლევა იმ შედეგს და მოაქვს ის სარგებელი, რაც შესაძლებელია, რომ დადგეს არსებული, ხელმისაწვდომი რესურსების ფარგლებში. შედეგიანობა მოითხოვს, რომ მოხდეს აუცილებელი ან შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება. დაბალი დონის სამედიცინო მომსახურება, რომელიც დაუმტკიცებელი სტანდარტების და ნორმების ან არასწორი მიწოდების შედეგად მიიღება, მინიმუმამდე დაყვანილი ან აღმოფხვრილი უნდა იქნეს. ამ გზით, ხარჯების შემცირების პარალელურად, შესაძლებელია ხარისხის გაუმჯობესება. ზიანის მომტანი სამედიცინო მომსახურება, გარდა არასასურველი რისკებისა და პაციენტის დისკომფორტისა, სამედიცინო დაწესებულებებს ხშირად ძვირად უჯდება და მისი გამოსწორებაც დროს მოითხოვს. თუმცა იმის თქმა, რომ ხარისხის გაუმჯობესება არასოდეს არ საჭიროებს დამატებით რესურსებს, ტყუილი იქნებოდა. ამის მიუხედავად, შედეგიანობის გაანალიზების გზით, ჯანდაცვის პროგრამის მენეჯერებს შეუძლიათ შეარჩიონ ყველაზე ეკონომიური ოპერაციები. სამართლიანი იქნებოდა, გვეთქვა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა – ეს არის არსებული შესაძლებლობების მაქსიმალურად და ეფექტურად გამოყენების ხელოვნება.

უნყვეტობა

სამედიცინო მომსახურების უნყვეტობა გულისხმობს, რომ პაციენტი იღებს მისთვის საჭირო ჯანდაცვის მომსახურების სრულ სპექტრს შეფერხების, ნყვეტის ან დიაგნოსტიკის თუ მკურნალობის საშუალებების არასაჭირო დუბლირების (განმეორებით ჩატარების) გარეშე. პაციენტის მომსახურების მიწოდება უნდა მოხდეს იმ დაწესებულებაში, სადაც იგი აღრიცხვაზე იმყოფება, სადაც მას სამედიცინო ბარათი აქვს გახსნილი და მისი სამედიცინო ისტორია შეუძლია განიხილოს პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართულმა სუბიექტებმა უკეთესი შედეგების მისაღებად. პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სტანდარტული და პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება ჯანდაცვის იმ თანამშრომელთან, რომელიც იცნობს მის მდგომარეობას. ერთსა და იმავე პროვაიდერთან სამედიცინო სერვისის მიღების შესაძლებლობა ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების მიმართ პაციენტის ნდობის განმტკიცებას. პაციენტს ასევე უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, დროულად მიიღოს სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება და სრული შემდგომი აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება. უნყვეტობის მიღწევის ერთ-ერთი მეთოდი მდგომარეობს იმაში, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში ყოველი მიმართვის დროს პაციენტი ადვილად მოხვდეს იმ ექიმთან, რომელმაც პირველად მიიღო. სხვა შემთხვევებში, თუ მკურნალი ექიმი პაციენტს ადგილზე არ დახვდება, სამედიცინო მომსახურების უნყვეტობის მიღწევა შესაძლებელია პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციის ზუსტად წარმოებით; პაციენტის სამედიცინო ბარათის საშუალებით ახალ ექიმს შეუძლია გაეცნოს პაციენტის ისტორიას და დაასრულოს კოლეგის მიერ დაწყებული სამედიცინო მომსახურება, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. სამედიცინო მომსახურების უნყვეტობის მიღწევა შესაძლებელია პაციენტის სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში დროულად გაგზავნით ან გადაყვანით. სწორი და დროული რეფერალი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია კარგი კლინიკური შედეგების მიღწევის საქმეში.

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტის სამედიცინო საჭიროებები და რეფერალის აუცილებლობა სწორ შეფასებას მოითხოვს. ყოველთვის არსებობს საფრთხე, რომ პაციენტის მდგომარეობა სწორად არ შეფასდეს და ექიმმა ზედმეტი თავდაჯერებულობის გამო თავის კომპეტენციას გადააჭარბოს, განაგრძოს პაციენტის მართვა და დაავადების რეფერალი. არსებობს მეორე უკიდურესობაც: ზოგიერთ შემთხვევაში ექიმს არ ჰყოფნის კომპეტენცია, არ არის თავდაჯერებული და, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, პასუხისმგებლობის თავიდან აცილების მიზნით აგზავნის პაციენტს სხვა დანესებულებაში მაშინ, როცა ამის აუცილებლობა არ არის. ორივე შემთხვევაში პაციენტს შესაძლებელია ვნება მიადგეს. ამიტომ, უწყვეტობის უზრუნველყოფის კუთხით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების დროს საჭიროა რეფერალის თითოეული შემთხვევის დეტალური განხილვა, რათა ობიექტურად შეფასდეს პაციენტის სხვა დანესებულებაში გაგზავნის კრიტერიუმები, დროულობა და მიზანშეწონილობა.

სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის არარსებობა შესაძლოა ეფექტურობის, შედეგიანობის და საზოგადოებასთან ურთიერთობის ხარისხის შემცირების მიზეზად იქცეს.

უსაფრთხოება

ჯანდაცვის სისტემის მართვის ექსპერტთა მოსაზრებით, სამედიცინო საქმიანობა მაღალი რისკის საქმიანობას წარმოადგენს, რაც სამედიცინო საქმიანობის თანმხლები რისკებითაა განპირობებული. სამედიცინო მომსახურების დროს უსაფრთხოების უზრუნველყოფა სწორედ მოსალოდნელი საფრთხეების წინასწარ განჭვრეტას, შეფასებას და მათი თავიდან აცილების ან შემცირებისთვის მოქმედებას გულისხმობს. სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კონტექსტში მნიშვნელოვანია, განისაზღვროს რა არის საფრთხე და რისკი. საფრთხე არის საშიში, სახიფათო რამ, ანუ ხიფათი, საშიშროება; რისკი არის განუ-

საზღვრელობის დონე შედეგის წინასწარ განჭვრეტაში (პროგნოზირებაში).

სამედიცინო მომსახურების დაწყებამდე პაციენტი უდიდეს ყურადღებას აქცევს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის პროფესიულ კომპეტენციას, სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობას და უსაფრთხოებას. სწორედ აღნიშნული კრიტერიუმებით ხელმძღვანელობს პაციენტი სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას, მიუხედავად იმისა, რომ თითოეული სამედიცინო დაწესებულება სამედიცინო სერვისების მიწოდების დროს ცდილობს, დაიცვას სამედიცინო საქმიანობის უმთავრესი პრინციპი „არ ავნო“ და უზრუნველყოს პაციენტის უსაფრთხოება. ყოველწლიურად, მთელ მსოფლიოში სამედიცინო შეცდომის უამრავი შემთხვევა ფიქსირდება. საექიმო შეცდომების თაობაზე ღიად საუბარი ერთგვარად ტაბუდადებული თემაა, თუმცა სტატისტიკა მაინც არსებობს, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესწავლის და ანალიზის, ასევე პაციენტის საჩივრების აღრიცხვის და განხილვის ინსტიტუციური გარემო არსებობს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, „პაციენტთა უსაფრთხოება არის ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება პაციენტისთვის იმ ზიანის გარეშე, რომლის თავიდან აცილებაც შესაძლებელია“. ჯანმოს პაციენტთა უსაფრთხოების ალიანსი 2004 წლიდან საერთაშორისო დონეზე პაციენტთა უსაფრთხოების ხელშეწყობისთვის მუშაობს. უსაფრთხოების კულტურა ორგანიზაციული კულტურის ის ნაწილია, რომელიც უშუალოდ ეხება ორგანიზაციაში უსაფრთხოების მიმართ დამოკიდებულებას. უსაფრთხოების კულტურის ჩამოყალიბების ნესები ჯანდაცვაში გადმოტანილია სხვა მაღალი რისკის სფეროებიდან (მაგალითად, ავიაცია და ატომური ენერგეტიკის სფერო). პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ორგანიზაციული კულტურა რთული და კომპლექსური ფენომენია, რომელიც ორგანიზაციის ფასეულობებს, ღირებულებებს, ქცევის ნორმებს და რეგულაციებს მოიცავს. იგი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, პროფესიული უნარ-ჩვევების ფორმირებასთან ერთად ყალიბდე-

ბა და გავლენას ახდენს ორგანიზაციის თითოეული წევრის საქმიანობაზე. სამედიცინო დანესებულების თანამშრომელთა ცოდნა-დამოკიდებულებას და, ზოგადად, საერთო შეხედულებებს სამუშაო გარემოში უსაფრთხოების საკითხებთან დაკავშირებით უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების საქმეში. პაციენტის უსაფრთხოება ნიშნავს პაციენტის დაცვას სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ნეგატიური მოვლენებისაგან (სამედიცინო შეცდომა, ზიანი, დისკომფორტი, ტკივილი, რომლის თავიდან აცილებაც შესაძლებელია), პაციენტისთვის იმ არააუცილებელი ან პოტენციური ზიანის მომტანი სერვისების არიდებას, რომელიც სამედიცინო მომსახურებას ახლავს თან.

ხარისხის განზომილებაში უსაფრთხოება ნიშნავს დაზიანების, ინფექციის, მავნე გვერდითი მოვლენების და მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებული სხვა საფრთხის და რისკების მინიმუმამდე დაყვანას. უსაფრთხოება საჭიროებს როგორც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების, ისე პაციენტების ჩართულობას. მაგალითად, უსაფრთხოება წარმოადგენს ხარისხის მნიშვნელოვან ნაწილს სისხლის გადასხმისას, განსაკუთრებით აივ/შიდსის და ჰეპატიტი B-ს გავრცელების შემდეგ. პაციენტები დაცულნი უნდა იყვნენ ინფექციებისგან. ჯანდაცვის მუშაკებიც, რომელთაც სისხლთან და ნემსებთან აქვთ ურთიერთობა, დაცულნი უნდა იყვნენ უსაფრთხოების პროცედურებით. სისხლის გადასხმასთან დაკავშირებული დამატებითი უსაფრთხოების საკითხები მოიცავს სტერილიზაციის ნორმების დაცვას და სისხლის გადასხმისათვის საჭირო შესაბამისი ტექნიკური ბაზის არსებობას. უსაფრთხოება თითქოსდა ყველაზე მნიშვნელოვანია კომპლექსური სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას, მაგრამ პირველადი სამედიცინო მომსახურებაც ასევე მოიცავს უსაფრთხოების საკითხებს. მაგალითად, სამედიცინო ცენტრის მოსაცდელი ოთახები ერთგვარი რისკის არეალს წარმოადგენს, ვინაიდან შესაძლებელია პაციენტი სხვა პაციენტებისაგან ინფექციით დაავადდეს, თუ ინფიცირების რისკის შემცირების მიზნით სათა-

ნადო ზომები არ იქნება მიღებული. დიარეის შემთხვევაში თუ სამედიცინო მუშაკი არ მიაწვდის პაციენტს ორალური რეჰიდრატაციის ხსნარის (ORS) მომზადების სწორ ინსტრუქციას, შესაძლოა, დედამ შვილს მარილის საშიში კონცენტრაციის შემცველი ORS დააღვინოს, შესაბამისად, წამლის არასწორმა ადმინისტრირებამ შესაძლოა იმაზე მეტი ზიანი მოუტანოს პაციენტს, ვიდრე დიარეა გამოიწვევდა.

განვითარებად ქვეყნებში პაციენტის უსაფრთხოების დარღვევა ყველაზე ხშირად ისეთ ფაქტორებს უკავშირდება, როგორებიცაა:

ა) სამედიცინო აპარატურა. განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო აპარატურის დიდი ნაწილი მოძველებულია, ამონურული აქვს ექსპლუატაციის ვადები და გამოყენებას აღარ ექვემდებარება. მიუხედავად ამისა, სხვა აპარატურის არარსებობის გამო, სამედიცინო პერსონალი კვლავ იყენებს ამორტიზებულ ტექნიკურ აღჭურვილობას. ზოგიერთ შემთხვევაში აპარატურის სათანადო გამოყენება ვერ ხერხდება პერსონალის დაბალი კვალიფიკაციის, შესაბამისი ცოდნის, გამოცდილებისა და პირობების არარსებობის გამო. შედეგად, დიაგნოსტიკური პროცედურები და კვლევები არაეფექტური და მცდარია, ეს კი იწვევს არასწორი და საზიანო დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავებას, რაც საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას;

ბ) მედიკამენტები და ფარმაცევტული პროდუქცია. განვითარებად ქვეყნებში იმპორტირებული მედიკამენტების ხარისხის არასაკმარისი კონტროლი არ გამოორიცხავს დაბალი ხარისხის და/ან ფალსიფიცირებული სამკურნალო საშუალებების მოხვედრას ბაზარზე. გარდა აღნიშნულისა, არის შემთხვევები, როცა პაციენტის უსაფრთხოება ირღვევა წამლების დანიშვნასთან, დამზადებასა და მოხმარებასთან დაკავშირებით; წამლის არასწორი ადმინისტრირება, შენახვის წესების დარღვევა, მიღების თაობაზე რეკომენდაციების შეუსრულებლობა ზოგჯერ სერიოზულ საფრთხეს უქმნის პაციენტს.

გ) ქირურგიული შეცდომები. ქირურგიული ოპერაციები ინვაზიური პროცედურების ჩატარებას უკავშირდება. როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში არის შემთხვევები, როცა ქირურგი უშვებს შეცდომას საოპერაციო მხარის არჩევის დროს. მოსაკვეთი დაავადებული კიდურის ან ორგანოს ნაცვლად ხდება ჯანმრთელი კიდურის ან ორგანოს მოკვეთა. ოპერაციის დროს პაციენტის სხეულში ჩატოვებული ინსტრუმენტები, შესახვევი მასალა, ჰემაბსორბციული ღრუბელი და სხვ. პაციენტის უსაფრთხოების დარღვევის ყველაზე ხილული და თვალსაჩინო მაგალითია. ქირურგიული შეცდომები, უმეტეს შემთხვევაში, პაციენტის ხანგრძლივი დროის მანძილზე შრომის უუნარობას, უნარშეზღუდულობას და, ზოგჯერ, სიკვდილსაც კი იწვევს.

დ) ანესთეზია. განვითარებად ქვეყნებში ფართოდ არ არის დანერგილი საანესთეზიო საშუალებების მიმართ პაციენტის მგრძობელობის წინასწარ განსაზღვრა, რასაც ზოგჯერ ფატალური შედეგი მოსდევს. ბევრ განვითარებად ქვეყანაში შემუშავებული არ არის გაიდლაინები და პროტოკოლები, სადაც აღწერილი იქნებოდა სხვადასხვა სახის გაუტკივარების მეთოდის გამოყენების წესები და მეთოდოლოგია, პრაქტიკული რეკომენდაციები. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ნაკლებადაა ხელმისაწვდომი თანამედროვე საანესთეზიო აპარატურა; ასევე ცოტაა სამედიცინო კადრები, რომელთაც ახალ აპარატურასთან მუშაობის გამოცდილება და სათანადო პრაქტიკული უნარ-ჩვევები გააჩნიათ. განვითარებადი ქვეყნებისთვის დამახასიათებელია უთანასწორობა ჯანდაცვაში. არსებობს რაიონები და რეგიონები, სადაც ექიმი-სპეციალისტების, განსაკუთრებით ანესთეზიოლოგების და რეანიმატოლოგების დიდი დეფიციტია, რის გამოც ზოგჯერ 2-3 მოსაზღვრე რაიონში ერთი სპეციალისტი მუშაობს, ეს კი დიდ სირთულეებს უქმნის იქ დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალს გადაუდებელი შემთხვევების მართვის დროს.

ე) სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) და დაავადებათა კონტროლის მსოფლიო ცენტრის (CDC), მედიცინის მსოფლიო ინ-

სტიტუტის (IOM) მონაცემებით, საავადმყოფოში დაინფიცირების შემდეგ ყოველწლიურად მსოფლიოში დაახლოებით 1.4 მილიონი ადამიანი იღუპება. დაახლოებით 100000 ადამიანი ინფიცირდება მხოლოდ იმიტომ, რომ სამედიცინო პერსონალი არ იცავს ხელის ჰიგიენის ელემენტარულ წესებს. პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია ხელის დაბანის წესების დაცვა. სამედიცინო მსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების შემცირების გარდა, პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად ძალზე მნიშვნელოვანია ანტიბიოტიკების სწორი და რაციონალური გამოყენებაც, რაც კლინიკას და პაციენტებს ანტიმიკრობული რეზისტენტობით გამოწვეულ ნეგატიურ შედეგებს თავიდან ააცილებს.

ვ) პაციენტის უსაფრთხოება დიდად არის დამოკიდებული სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე. სამედიცინო ნარჩენები სარისკო, სახიფათო ნარჩენების კატეგორიას განეკუთვნება: კლინიკური და ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიის, ასევე პათოლოგანატომიური ლაბორატორიის ნარჩენების, უკვე გამოყენებული ერთჯერადი მოხმარების შპრიცების, ნემსების, ლანცეტის პირების, სისხლის გადასხმის სისტემების, კათეტერების, სისხლიანი ბურთულების, ვაქცინების და წამლების ფლაკონების, გადამწვარი ლუმინესცენციური ნათურების, რენტგენოლოგიური სამსახურის მუშაობის შედეგად წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს, ვინაიდან სამედიცინო ნარჩენები სახიფათოა არა მხოლოდ პაციენტებისთვის და სამედიცინო პერსონალისთვის, არამედ, მთლიანად, საზოგადოებისთვისაც. პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის საქმეში სამედიცინო ნარჩენებთან მოპყრობის წესების ცოდნა ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნა და განათლება.

ზ) სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გამოყენება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყოველწლიურად ფიქსირდება სისხლისა და სისხლის პროდუქტების არასწორად გამოყენების ასეულობით შემთხვევა. განსაკუთრებით საგანგაშო

სტატისტიკა ინექციების შედეგად დასნებოვნებულთა რაოდენობას ეხება. წელიწადში ასეულობით ათასი ადამიანი იღუპება ისეთი დაავადებით, რომელიც სისხლის გზით გადაეცემა. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში წელიწადში საშუალოდ 1.3 მილიონი ადამიანის გარდაცვალება სხვადასხვა სახის ინექციების გაკეთების შემდეგ “B” ჰეპატიტით, “C” ჰეპატიტით, აივ/შიდსით დაავადებას უკავშირდება. ამდენად, პაციენტის უსაფრთხოების ღირსი სწორედ ისეთი მარტივი პროცედურების ჩატარების წესების დაცვაზე გადის, როგორებიცაა: ნემსის გაკეთება, ხელის დაბანა, თეთრეულის დროულად გამოცვლა და გარეცხვა, ნარჩენების სწორად მართვა და სხვ.

თ) ორსულთა, მშობიარეთა, მელოგინეთა და ახალშობილთა სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო საზოგადოებისთვის კარგადაა ცნობილი, რომ როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო სერვისებს ყველაზე ხშირად ქალები და ბავშვები იყენებენ. ქალები თავისი გენდერული კუთვნილების გამო სამედიცინო სერვისებს იყენებენ ისეთი ნორმალური, ფიზიოლოგიური მდგომარეობის დროს, როგორცაა ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა; ბავშვები თავისი ინტენსიური ზრდა-განვითარების გამო, მოზრდილებთან შედარებით, უფრო ხშირად საჭიროებენ სამედიცინო პერსონალთან კონტაქტს. შესაბამისად, ქალებსა და ბავშვებს სამედიცინო მომსახურების დროს დაინფიცირების ან ზიანის მიღების მეტი რისკი აქვთ. აღნიშნულის გამო თითქმის ყველა ქვეყანაში განსაკუთრებული პრიორიტეტი ენიჭება უსაფრთხოების უზრუნველყოფას იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება.

პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის სისტემის უმთავრეს მიზანს იმ უარყოფითი შედეგების თავიდან აცილება და გამოსწორება წარმოადგენს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას უკავშირდება.

ი) სამედიცინო შეცდომა. გაიდლაინებით, პროტოკოლებით და სტანდარტებით მოწოდებული რეკომენდაციებიდან გადახვევა

და ე.წ. „უბედური შემთხვევები“ კლინიკაში ყურადღებას ერთნაირად საჭიროებს. ჯანდაცვის სისტემაში ან ერთ კონკრეტულ სამედიცინო დანესებულებაში უსაფრთხოების მისაღწევად საკმარისი არ არის ხარისხის განმაპირობებელი მხოლოდ ერთი რომელიმე კომპონენტის გამოსწორება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა მხოლოდ ადამიანური ფაქტორით ან აპარატურის გაუმართაობით, ან სისტემის რომელიმე რგოლის არასწორი მუშაობით არ არის განპირობებული. პაციენტის უსაფრთხოების გაუმჯობესება, პირველ რიგში, იმის შესწავლას გულისხმობს, თუ როგორ „იბადება“ ხიფათი, საიდან ჩნდება, საიდან წარმოიშობა საფრთხე; სხვადასხვა კომპონენტის ურთიერთქმედებათა შედეგად როგორ იქმნება რთული სიტუაციები. მნიშვნელოვანია „სამედიცინო შეცდომის“ განმარტება საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში. კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საექიმო შეცდომის ეკვივალენტად გამოყენებულია ტერმინი „პროფესიული შეცდომა“ (მუხლი 97). ამავე დროს, მუხლებში, სადაც ექიმის პროფესიულ პასუხისმგებლობაზეა საუბარი, მოიხსენიება ტერმინები „პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების დარღვევა“; „საექიმო საქმიანობის არასწორად წარმართვა“ და „ქვეყანაში აღიარებული საექიმო საქმიანობის სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების, კანონმდებლობით დადგენილი წესების დარღვევა“ (მუხლი 73, 74, 79). აღნიშნული ტერმინები თავის თავში მოიცავს „საექიმო შეცდომასაც“.

დასასრულ, საექიმო შეცდომაში იგულისხმება ექიმის მიერ ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო და ეთიკური სტანდარტების დარღვევა, რამაც განაპირობა პაციენტის მდგომარეობისთვის შეუსაბამო სადიაგნოზო და/ან სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარება, რაც, თავის მხრივ, პაციენტისთვის ზიანის მიყენების უშუალო მიზეზი გახდა. პაციენტის უსაფრთხოება მსოფლიოს ნებისმიერი ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია, ვინაიდან უსაფრთხოება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განმსაზღვრელი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი და ხარისხის შეფასების ერთ-ერთი მთავარი ინდიკატორია.

კომფორტი

კომფორტულ გარემოში სამედიცინო სერვისების მიწოდებამ თანამედროვე სამედიცინო დანესებულებებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. სამედიცინო მომსახურების დროს კომფორტი ზოგიერთს ზედმეტად მიაჩნია, რაც სწორი არ არის.

კომფორტი ლათინური სიტყვაა (*cōnfortāre*) და პირდაპირი თარგმანით „დარდისა და განცდის დროს დამშვიდებას“ ნიშნავს (Eng: *To soothe in time of affliction or distress.* Rus: *Чтобы успокоить во время скорби или страданий.*). თანამედროვე განმარტებით, „კომფორტი“ ნიშნავს სასიამოვნო მდგომარეობას ან განცდას, ან ტკივილისა და სტრესისაგან განთავისუფლებას.

კომფორტი ასევე ნიშნავს კეთილმოწყობილი ყოფა-ცხოვრების პირობების ერთობლიობას; კომფორტი სამედიცინო მომსახურების დროს თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში თანდათან მნიშვნელოვან ადგილს იკავებს და ის ფუფუნებას არ გულისხმობს.

წარსულში ითვლებოდა, რომ სამედიცინო მომსახურების დროს კომფორტი აუცილებელი არ არის. მიჩნეული იყო, რომ კომფორტი წარმოადგენდა ჯანდაცვის მომსახურების მახასიათებელს, რომელიც უშუალოდ არ იყო დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობასთან, თუმცა მას შეეძლო პაციენტისთვის კმაყოფილების განცდა მიენიჭებინა და სამედიცინო მომსახურების შემდგომი საჭიროებისას გაეზარდა პაციენტის სურვილი, დაბრუნებულიყო იმავე სამედიცინო დანესებულებაში.

დღევანდელი გადასახედიდან კომფორტი სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მახასიათებლად ითვლება. მაგალითად: ჩვეულებრივ ერთსანოლიან პალატას, საკუთარი სველი წერტილით, კლიმატის კონტროლის სისტემით, ტელევიზორით და სხვა აუცილებელი ინვენტარით, საქმეში ჩაუხედავი სადაზღვევო აგენტები ფუფუნებად მიიჩნევენ და, ზოგჯერ, დაზღვეულ პაციენტებს სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე უარს ეუბნებიან. დაფინანსებაზე უარის თქმის მიზეზი სწო-

რედ კომფორტია! სამედიცინო თვალსაზრისით, ერთსაწოლიანი პალატა არის ინფექციების გავრცელების თავიდან აცილების საშუალება, ასევე პაციენტის სხვა პაციენტებისაგან იზოლირების და კონფიდენციალობის დაცვის საშუალება, პაციენტის თავის ახლობლებთან შეხვედრის და ავადმყოფობის დროს მათგან მხარდაჭერის მიღების შესაძლებლობა. პალატაში კლიმატის კონტროლის სისტემა უზრუნველყოფს ჰაერის ვენტილაციას და სეზონის შესაბამისი მიკროკლიმატის შექმნას, რაც, უბრალოდ, ძალიან სასიამოვნოა თითოეული ადამიანისთვის, მაგრამ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო თვალსაზრისით: სუფთა ჰაერი და პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისი მიკროკლიმატი ხელს უწყობს მის სწრაფად გამოჯანმრთელებას, ქრონიკული შეზღუდვების და სხვა პროცესების პოზიტიურად წარმართვას; ასევე, ნორმალური ტემპერატურული რეჟიმი პალატაში და ჰაერის ცვლა ხელს უწყობს ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლას. ტელევიზორი, რადიო, პლანშეტური კომპიუტერი ან სხვა საინფორმაციო საშუალება პაციენტს ყურადღების სხვა საკითხებზე გადატანის საშუალებას აძლევს, რაც ამცირებს სამედიცინო მომსახურების პროცესთან დაკავშირებულ დისკომფორტს, ტკივილის აღქმას და მუდმივად ავადმყოფობაზე ფიქრს. ცნობილია, რომ პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუმჯობესება, კარგი გუნება-განწყობა გაჯანსაღებას უწყობს ხელს, რაც სამედიცინო პერსონალს პაციენტის კლინიკიდან დროულად განწერის შესაძლებლობას მისცემს. ეკონომიკური თვალსაზრისით, კლინიკიდან დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში პაციენტის დროულად განწერა ხარჯების დაზოგვას ნიშნავს.

კომფორტი ასევე მნიშვნელოვანია, რადგან მან შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პაციენტის მოლოდინზე პროდუქტთან ან მომსახურებასთან დაკავშირებით და გამოიწვიოს ნდობა სამედიცინო მომსახურების სხვა ასპექტების მიმართ. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო სერვისებში ინვესტირებული თანხების და ხარჯების ამოღება პრიორიტეტს წარმოადგენს, კომფორტმა შესაძლოა გაზარდოს პაციენტის სურვილი, გადაიხადოს მომსა-

ხურების თანხა. კომფორტი უკავშირდება შენობის, პერსონალის, მასალების ვიზუალურ მხარეს, ასევე სიმშვიდეს, სიმყუდროვეს, სისუფთავეს და კონფიდენციალურობას. კომფორტის სხვა სახეობები მოიცავს ისეთ ფაქტორებს, რომლებიც ლოდინს უფრო სასიამოვნოდ აქცევს, მაგალითად, მუსიკას, საგანმანათლებლო ან რეკრეაციულ ვიდეორგოლებს და საკითხავ მასალებს, მაშინ, როდესაც კომფორტის ზოგიერთი სახეობა, მაგალითად, სუფთა, ხელმისაწვდომი ოთახები და გამყოფი ფარდა გამოკვლევის პალატაში ფუფუნებად ითვლება განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის დანესებულებებში. თუმცა ეს ყოველივე ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტის მოზიდვისა და შენარჩუნების მიზნით, ასევე სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის და პაციენტთა კმაყოფილების უზრუნველსაყოფად.

პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის მოსაზრებები სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მნიშვნელობაზე

სამედიცინო მომსახურების განსაზღვრებები და ხარისხის სფეროები ფართო კონცეპტუალურ მოდელს ქმნის, რომელიც ჯანდაცვის სისტემის მუშაობის თითქმის ყველა ასპექტს მოიცავს. როდესაც პაციენტები, სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლები (სამედიცინო პერსონალი), ჯანდაცვის პროვაიდერები და ჯანდაცვის მენეჯერები ცდილობენ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი განმარტონ საკუთარი ინდივიდუალური მოსაზრებების საფუძველზე, ისინი ყველა აღნიშნულ სფეროს ეხებიან: – რას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საზოგადოებისა და პაციენტებისთვის, რომლებიც მასზე დამოკიდებულნი არიან; ექიმებისთვის, რომლებიც მის მიწოდებას უზრუნველყოფენ, მენეჯერებისა და ადმინისტრატორებისთვის, რომლებიც მას მართავენ და ზედამხედველობენ... სამედიცინო სერვისების მონიტორინგისას ტოლერანტობა მნიშვნელოვანია, შეცდომების ძიებისას თავიდან უნდა ავიცილოთ ცილისწამება და სხვისი გაკილვა. ეს მორალურად არასწორია და ექიმებს აიძულებს, ამ საკითხისგან თავი შორს დაიჭირონ. მიზანი არის განათლება და პრაქტიკა: ის უნდა დაუკავშირდეს ყველა ექიმის მუშაობის გაუმჯობესებას და არა მარტო იმ ექიმების დასჯას, რომლებიც შეცდომებს უშვებენ. მხოლოდ ასეთი საქციელით შევძლებთ, დავამყაროთ ახალი სახის ნდობა: ორმხრივი კრიტიკა არ არის პირადი და დამამცირებელი, არამედ ის გამოხატავს ორმხრივ პატივისცემას და პაციენტების მდგომარეობის გაუმჯობესების სურვილს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი პაციენტის თვალთახედვით

პაციენტისთვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება არის ისეთი მომსახურება, რომელიც მის მოლოდინს ამართლებს, შეესაბამება მის საჭიროებებს, სამედიცინო მომსახურება მიეწოდება კვალიფიციური პერსონალის მიერ, დროულად, პაციენტის ცემით და ყურადღებით, ხოლო სამედიცინო მომსახურების ფასი მისთვის (ან მისი მზღვეველისთვის) ხელმისაწვდომი და მისაღებია. მრავალწლიანი დაკვირვებით გამოვლინდა, რომ პაციენტების უმრავლესობა საკუთარი საჭიროებისთვის ან ახლობლებისთვის სამედიცინო დაწესებულებას ირჩევს შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

- პროფესიონალიზმი
- სამედიცინო მომსახურების ფასი
- სისუფთავე, წესრიგი და კომფორტი
- კეთილგანწყობილი დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ

განვითარებად ქვეყნებში მცირედით განსხვავდება პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულების არჩევის კრიტერიუმები. ზემოჩამოთვლილს ხშირად ემატება სამედიცინო დაწესებულების გეოგრაფიული მდებარეობა და სადაზღვევო კომპანიის მიერ შეთავაზებული სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ზოგჯერ არ ემთხვევა პაციენტის სურვილს, მაგრამ იმის გამო, რომ სამედიცინო სერვისების ღირებულებას მზღვეველი მხოლოდ პროვაიდერ კლინიკაში ანაზღაურებს, პაციენტი იძულებულია, დათანხმდეს მზღვეველის შემოთავაზებას, რათა თავიდან აიცილოს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების „ჯიბიდან“ გადახდა.

ზოგადად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით, პაციენტის ხედვა ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან კმაყოფილი პაციენტი უფრო ადვილად თანხმდება მკურნალობაზე და შემდგომ პირველადი სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობას აგრძელებს. აქედან გამომდინარე, ხარისხის ის სფეროები,

რომლებიც პაციენტის კმაყოფილებას უკავშირდება, გავლენას ახდენს როგორც პაციენტის ჯანმრთელობაზე, ისე საზოგადოების კეთილდღეობაზე.

პაციენტები და საზოგადოება ხშირად ამახვილებენ ყურადღებას სამედიცინო სერვისების ეფექტურობაზე, ხელმისაწვდომობაზე, საზოგადოებრივ ურთიერთობებზე, უწყვეტობასა და კომფორტზე, როგორც ხარისხის ყველაზე მნიშვნელოვან სფეროებზე.

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ საზოგადოება ყოველთვის ვერ აცნობიერებს სრულად საკუთარ სამედიცინო საჭიროებებს, განსაკუთრებით, პროფილაქტიკური მომსახურების შემთხვევაში და არ აქვს უნარი, ადეკვატურად შეაფასოს ტექნიკური კომპეტენცია; პაციენტებმა ხშირად არ იციან, როგორი სერვისია კარგი, კონკრეტული სამედიცინო სერვისის მიწოდების რა სტანდარტი არსებობს, რას ნიშნავს კარგი სერვისი. განვითარებად ქვეყნებში, ხშირად, რაიონში ერთი სამედიცინო დაწესებულებაა, რის გამოც მოსახლეობა არჩევანს მოკლებულია, არც სერვისების შედარების შესაძლებლობა აქვს და იძულებულია, მიაკითხოს იმ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც მის რაიონში ფუნქციონირებს. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფისთვის ჯანდაცვის პროვაიდერებმა პირველ რიგში უნდა შეისწავლონ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მოსახლეობის საჭიროებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და განსაზღვრონ მისაწოდებელი სერვისების ჩამონათვალი (როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული), მიაწოდონ საზოგადოებას ინფორმაცია ჯანდაცვის საბაზისო მომსახურების შესახებ; აუცილებელია თემის, საზოგადოების მონაწილეობა სამედიცინო სერვისების საჭიროებების განსაზღვრასა და ეფექტურად მიწოდების საქმეში. ჯანდაცვის პროვაიდერებმა უნდა იცოდნენ, ერთი მხრივ, რა ფაქტორები ახდენს გავლენას სამედიცინო სერვისების უტილიზაციაზე და, მეორე მხრივ, როგორ ხდება სამედიცინო მომსახურების ეფექტური მიწოდება. გადანყვეტილებების მიღების დროს უმნიშვნელოვანესია ჯანდაცვის პროფესიონალების და საზოგადოების ურთიერთობა. საზოგადოების ჩართულობა სამედიცინო

სერვისების განსაზღვრაში, შეიძლება ითქვას, რადიკალური მნიშვნელობისაა. სად იწყება ჯანდაცვის პროვაიდერთა მოვალეობები და სად სრულდება საზოგადოების ჩართულობა? ეს არის სუბიექტური და ღირებულებებთან დაკავშირებული საკითხი, რომლის გადანყვეტა მოითხოვს მუდმივ დიალოგს ჯანდაცვის მუშაკებსა და საზოგადოებას შორის. ამ შეკითხვებზე პასუხის გაცემა საჭიროებს მხარეებს შორის ნდობასა და ორმხრივ კომუნიკაციაზე დაფუძნებული ურთიერთობების არსებობას.

გავეცნოთ პაციენტთა მიერ დასახელებულ ექიმის თორმეტ თვისებას, რომელიც კვალიფიციური ექიმის „საყვარელ“ და „მოთხოვნად“ ექიმად ტრანსფორმირებას უწყობს ხელს:

პროფესიონალიზმი ლექსიკონში მკაფიოდ და ნათლად განმარტებული არ არის, მაგრამ სამედიცინო კონტექსტში ის ზოგადად განისაზღვრება, როგორც ექიმის მოქმედება სამუშაოს შესრულების პროცესში ცოდნისა და მაღალი კვალიფიკაციის გამოვლენით, სათანადო ეთიკური სტანდარტების დაცვით. პროფესიონალი ექიმი „იძულებულია“, პაციენტის კეთილდღეობა ყოველთვის საკუთარ ინტერესებზე მაღლა დააყენოს. პაციენტებს ექნებათ გაცილებით მეტი ნდობა ექიმის შესაძლებლობების მიმართ, თუ მათი ვიზიტები ჩატარდება კარგი მანერებისა და პატივისცემის გარემოში, პროფესიული სტანდარტების დაცვით.

თავაზიანობა და პატივისცემა

სამედიცინო მომსახურება პაციენტისადმი ხაზგასმული პატივისცემით ძალიან მნიშვნელოვანი თვისებაა ექიმისთვის. კარგი ექიმი პატივისცემით ეპყრობა როგორც პაციენტებს, ისე კოლეგებს, წესებს და კანონებს. ასეთი ექიმები მიუკერძოებლნი რჩებიან ყველა შემთხვევაში, მუდამ ახსოვთ და ითვალისწინებენ კონფიდენციალურობის დაცვის აუცილებლობას, პაციენტის ტრადიციებს თუ კულტურას. ამასთანავე, ისინი პატივს სცემენ პაციენტის სურვილებს და გაგებით ეკიდებიან პაციენტის „ჭირვეულობას“. კარგი ექიმი აფასებს საავადმყოფოს, იქ მომუშავე პერსონალს და, პირიქით, ასევე აანალიზებს, რომ პირველ რიგში

დგას პაციენტი. ექიმი, რომელიც აფასებს სხვეებს, აუცილებლად იმავს იღებს საპასუხოდ.

პაციენტებს სურთ, ჰყავდეთ ისეთი ექიმი, რომელიც მათ თავს გამორჩეულად აგრძნობინებს. ექიმი პაციენტს განიხილავს, როგორც განსაკუთრებულს და არა როგორც მორიგ სამედიცინო პრობლემას ან ლაბორატორიულ ექსპერიმენტს მის კაბინეტში. პაციენტს უნდა, რომ მისი ჯამრთელობის მდგომარეობა მისთვის იყოს ახსნილი მარტივი ენით ისე, რომ იგი არ აღმოჩნდეს გადატვირთული და ჩაფლული სამედიცინო ტერმინოლოგიით სავსე დიალოგში.

ინფორმირებულობა ბევრი ექიმი თვლის, რომ მათი პროფესიული კომპეტენცია და უფლება-მოვალეობები, სტატუსი (მანდატი) ძალზე მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის. სინამდვილეში, ექიმის უფლება-მოვალეობანი, სტატუსი და თანამდებობა გაცილებით მნიშვნელოვანია მისი კოლეგებისთვის, ვიდრე პაციენტისთვის. ცოდნა და ექიმის კლინიკური პრაქტიკის მოცულობა არის ის, რასაც პაციენტი მანდატზე უფრო აფასებს. როდესაც პაციენტი პირველად აპირებს ქირურგთან შეხვედრას, ყველაზე უკანასკნელი რამ, რაზეც ის ნერვიულობს, არის ის, თუ რომელი უმაღლესი სამედიცინო სკოლა აქვს ამ ექიმს დამთავრებული. პაციენტს უფრო აინტერესებს, თუ რამდენი წარმატებული ოპერაცია აქვს ექიმს ჩატარებული და უნდა დარწმუნდეს, რომ ქირურგი უსაფრთხოდ დაასრულებს მის მკურნალობას. პაციენტს ასევე სჭირდება ექიმი, რომელსაც არ ეშინია, აღიაროს, რომ რაღაც ვერ გაარკვია, ან არ იცის და ან დამატებითი ინფორმაციის მოძიებას საჭიროებს, ან ეყოფა გამბედაობა და პაციენტს უფრო კვალიფიციურ ექიმთან გააგზავნის.

კომუნიკაციის უნარი

კომუნიკაციის უნარი ნებისმიერი კარიერული საქმიანობის ძირითადი საფუძველია. მაგრამ სამედიცინო პერსონალისთვის ის არის ერთ-ერთი ყველაზე კრიტიკული მნიშვნელობის ასპექტი.

კარგ მედიკოსს აქვს კარგი კომუნიკაციის უნარი, განსაკუთრებით მაშინ, როცა საქმე ეხება ლაპარაკს ან მოსმენას. მათ შეუძლიათ მიყვინენ ინსტრუქციებს და მარტივად დაამყარონ კომუნიკაცია პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან.

ექიმი ყოველთვის მონოდების სიმალღეზე უნდა იყოს და დარწმუნდეს, რომ მისმა პაციენტმა ყველაფერი ზუსტად გაიგო. საუკეთესო მედიკოსს შეუძლია დაიცვას საკუთარი პაციენტები და წინასწარ განჭვრიტოს მათი საჭიროებები.

კომუნიკაცია არის ნებისმიერი კლინიკური პრაქტიკის მნიშვნელოვანი ნაწილი. ექიმის სამუშაო მოითხოვს მაღალ საკომუნიკაციო უნარებს, განსაკუთრებით როდესაც საქმე საუბარსა და მოსმენას ეხება. ის, თუ ექიმი როგორ აწვდის ინფორმაციას პაციენტს, იმდენადვე მნიშვნელოვანია, რამდენადაც მნიშვნელოვანია თვით მონოდებული ინფორმაცია, შინაარსი. პაციენტები, რომლებსაც მათი ექიმების ესმით, უფრო დიდი ალბათობით აღიარებენ საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემებს, ესმით მათი მკურნალობის გზები, ცვლიან ჯანმრთელობისთვის საზიანო ჩვევებს და მორჩილად მიჰყვებიან ექიმის მიერ რეკომენდებულ სამედიცინო განრიგს.

ემოციური სტაბილურობა

სამედიცინო საქმიანობა არის სტრესული საქმიანობა, სადაც ხშირია ტრავმული სიტუაციები. რამდენიმე დღე შეიძლება იყოს დაძაბულობა, დამთრგუნველი გარემო და მწუხარება. ასეთ დროს გადამწყვეტია, ექიმს ჰქონდეს უნარი, ტანჯვა და სიკვდილი მიიღოს ისე, რომ ამან მის ფსიქიკაზე, მის პიროვნებაზე გავლენა არ მოახდინოს და საქმის შესრულება შეძლოს. თუმცა იმის თქმაც არ შეიძლება, რომ საექიმო საქმეში არ არის სასიხარულო მომენტები. დაეხმარო პაციენტს გამოჯანმრთელებაში, გააერთიანო ოჯახები ან ახლო ურთიერთობა დაამყარო კოლეგებთან, ამ საქმიანობის განსაკუთრებული უპირატესობაა. უბრალოდ, ამას არ უნდა ელოდო და ყოველთვის ბედნიერი დასასრულის იმედი არ უნდა გქონდეს.

თანაგრძნობა

ყოველი ადამიანისთვის მნიშვნელოვანია მისი გრძნობების გაგება და მათზე რეაგირება. 2011 წელს “Academic Medicine”-ში გამოქვეყნებული კვლევის თანახმად, თანაგრძნობის უნარით დაჯილდოებული ექიმების პაციენტები უკეთესად აკონტროლებენ სისხლში შაქრის დონეს, ხოლო იმ პაციენტებს, რომელთა ექიმები თითქმის არ ავლენენ თანაგრძნობას, საპირისპირო სიტუაცია აქვთ. აღნიშნული კვლევა ვარაუდობს, რომ, როდესაც ექიმები შესაფერის დროს გამოხატავენ თანაგრძნობას, მათი პაციენტები უფრო ბედნიერები არიან და უფრო მოტივირებულად აგრძელებენ მკურნალობას.

ნამდვილი ექიმი პაციენტებს ტკივილსა და ტანჯვაში თანაუგრძნობს. ექიმებს აქვთ უნარი, გამოხატონ თანაგრძნობა, მხარდაჭერა და პაციენტებს ამით კომფორტი შეუქმნან. მაგრამ ყველა ექიმი მზად უნდა იყოს შესაძლო ემოციური გადაღლილობისთვის, რაც საუკეთესო ექიმებსაც კი ემართებათ. ექიმმა უნდა ისწავლოს, როგორ აღმოაჩინოს გადაღლის სიმპტომები და როგორ გაუმკლავდეს მათ ეფექტურად. პაციენტები საკუთარ ექიმებს უყურებენ, როგორც დამცველებს – საავადმყოფოს ბიუროკრატიის ყველაზე მნიშვნელოვან და, ამასთანავე, ყველაზე გულისხმიერ მხარეს. საავადმყოფოში მყოფი პაციენტების თანაგრძნობის მომენტი, პაციენტის მოვლის თვალსაზრისით, ექიმებს კარგ გამოცდილებას სძენს. საბოლოოდ, ექიმი, კარგი პროფესიული დახმარების გარდა, ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერასაც უწევს პაციენტს. გულისხმიერ ექიმს კი ყველა პაციენტი ნატრობს, ეძებს და აფასებს. ზემოაღნიშნულთან ერთად, პაციენტს უნდა ისეთი ექიმი, რომელიც გულახდილად და გასაგები ენით გააცნობს ყველა ინფორმაციას მისი ჯანმრთელობის შესახებ. როდესაც პაციენტი გრძნობს, რომ ყველა ფაქტთან დაკავშირებით ექიმი გულახდილი და პირდაპირია, საშუალება ეძლევა, მიიღოს უფრო გაცნობიერებული გადაწყვეტილებები მისი სამედიცინო მომსახურების თაობაზე, რამაც შეიძლება დიდი გავლენა მოახდინოს მთელ მის ცხოვრებასა და კეთილდღეობაზე.

მოქნილობა, ახალ ვითარებასთან შეგუების უნარი

იყო მოქნილი, მოძრავი და ენერგიული, მნიშვნელოვანია ნებისმიერი საქმიანობისთვის, მაგრამ განსაკუთრებით ექიმისთვის. პროფესიონალი მედიკოსი მოქნილი უნდა იყოს ყველა თვალსაზრისით: პაციენტთან, სამუშაო საათებთან და პასუხისმგებლობებთან დაკავშირებით. ხშირად, ექიმები იძულებულნი არიან, იმუშაონ ზეგანაკვეთურად, ასევე – ღამის ცვლაში, შაბათ-კვირას და რელიგიური თუ ნაციონალური დღესასწაულის დღეებში. ახლობლების დავალებების შესრულება, კინოში სიარული, ოჯახთან ერთად დროის გატარება ექიმმა უნდა მოასწროს მორიგეობამდე! თუ ექიმი ძალიან დატვირთულია, მან სამუშაო დღე ადრე უნდა დაიწყოს. ეს არის ერთ-ერთი და, შეიძლება, ერთადერთი უმნიშვნელოვანესი პრინციპი!

დეტალებზე ყურადღების გამახვილება

სამედიცინო სფეროში ერთ შეცდომას შეიძლება გამანადგურებელი ეფექტი ჰქონდეს. პაციენტს სურს იცოდეს, რომ მისმა ექიმმა არ გამოტოვა მისი ჯანმრთელობის რომელიმე მნიშვნელოვანი ასპექტი. საფუძვლიანობა და ყურადღება დეტალების მიმართ პაციენტში ექიმისადმი რწმენას განამტკიცებს. ეს თვისება ასევე ეხმარება ექიმს დამატებითი შემონმებებისა და საჭიროების შემთხვევაში, გახანგრძლივებული მკურნალობის დაგეგმვის საქმეში. პირველ შეხვედრაზე ექიმის საფუძვლიანმა გასინჯვამ შეიძლება ააცილოს პაციენტს მომავალში დამატებითი ვიზიტებით გამოწვეული დისკომფორტი და ფინანსური დანახარჯები. სამედიცინო მომსახურების პროცესში ნებისმიერ ნაბიჯს შეიძლება ჰქონდეს შორს მიმავალი შედეგი. ნამდვილი ექიმი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს დეტალებს და ყურადღებითაა, რომ არ გამოეპაროს არცერთი წვრილმანი ან შეცდომა, რომელიც მის პაციენტს უკავშირდება. ექიმს სხვა გამოსავალი არ აქვს, გარდა იმისა, რომ სწორად შეკრიბოს ინფორმაცია, მრავალგზის გადაამოწმოს

პაციენტის დანიშნულება და გამოკვლევების განრიგი/გრაფიკი, რომ ნიუანსები დაიმახსოვროს. ყველასთვის ცნობილია, რომ ერთ უბრალო შეცდომას შეუძლია სხვის ცხოვრებაში დიდი ტრაგედია გამოიწვიოს; დეტალებზე ყურადღების გამახვილება, პირდაპირი მნიშვნელობით, სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის არჩევანის გაკეთებაა... გარდა აღნიშნულისა, არცერთ პაციენტს არ სურს შევიდეს ექიმის კაბინეტში და ნახოს ექიმი, რომელსაც აღარ აინტერესებს მისი საქმე. პაციენტს სურს, დაინახოს ექიმის გულწრფელი სურვილი, აწარმოოს სამედიცინო საქმიანობა და სხვებს დაეხმაროს. პაციენტის პრობლემების მიმართ ექიმის ყურადღება და ინტერესი არის ის თვისებები, რომელიც მას გადაიყვანს ჩვეულებრივი ექიმის სტატუსიდან პაციენტის „საყვარელი ექიმის“ სტატუსში.

ინტერპერსონალური ურთიერთობის უნარი (ურთიერთობა თანამშრომლებთან)

ექიმები კლინიკის ადმინისტრაციასა და პაციენტებს შორის, ასევე სოციალურ სამსახურებს, კლინიკასა და პაციენტს შორის შუამავალ რგოლს წარმოადგენენ.

მედიკოსს აქვს კომუნიკაციის დამყარების უნარი და კარგად მუშაობს სხვადასხვა სიტუაციაში განსხვავებულ ხალხთან ერთად, ასევე წარმატებით თანამშრომლობს სხვა ექიმებთან და, ზოგადად, სამედიცინო პერსონალთან. ექიმები წარმოადგენენ იმ მაკავშირებელ რგოლს, რომელიც ინარჩუნებს საავადმყოფოს მთლიანობას. პაციენტი ხედავს ექიმის კეთილ სახეს, მის მზადყოფნას, დაეხმაროს პაციენტს. კოლეგები, ექიმები ერთმანეთს ეყრდნობიან, რაც, თავის მხრივ, პაციენტებს სიმშვიდის შენარჩუნებაში ეხმარება. კარგი ექიმი პაციენტისა და კლინიკის, ასევე სოციალური სამსახურების საჭიროებებს შეძლებისდაგვარად სწრაფად და მარტივად აბალანსებს.

ფიზიკური გამძლეობა

სშირი ფიზიკური დატვირთვა, დიდი ხნის განმავლობაში ფეხზე დგომა, მძიმე საგნების (აღამიანების) აწევა, მთელი რიგი რთული მანევრების შესრულება ექიმის ცხოვრების განუყოფელი ნაწილია. ექიმობა ნამდვილად არ არის სამაგიდო სამუშაო (გაიხსენეთ მაკრობერტსის მანევრი მეანობიდან). კარგი ექიმი ინარჩუნებს ენერგიას მთელი მორიგეობის განმავლობაში, არ აქვს მნიშვნელობა, ქირურგიაშია ის თუ მიმღებში სინჯავს პაციენტს. ასევე მნიშვნელოვანია, პროფესიული საქმიანობის შემდგომ შეინარჩუნოს სიძლიერე, იკვებოს სწორად, ჰქონდეს ცხოვრების სწორი რეჟიმი.

პრობლემის გადაჭრის უნარი

კარგი ექიმი სწრაფად უნდა ფიქრობდეს და პრობლემას მაშინ ამჩნევდეს, ვიდრე ის პაციენტს შეეხება და მართლა დიდ (ზოგჯერ გამოუსწორებელ) პრობლემად გადაიქცევა. ავადმყოფებთან, სტრესულ და გადაუდებელ სიტუაციებში ექიმი გადამჭრელი ზომების მისაღებად ყოველთვის მზად უნდა იყოს. როდესაც საქმე ეხება ოჯახის მართვას, პაციენტის დამშვიდებას, სხვა ექიმთან ურთიერთობას ან, ზოგადად, პერსონალის მართვას, სწორედ მაშინ ჩანს ექიმის უნარი – გადაჭრას პრობლემა.

სწრაფი რეაგირება

ექიმმა სწრაფი რეაგირება უნდა მოახდინოს როგორც გადაუდებელ სიტუაციებში, ისე სხვა შემთხვევებში. საკმაოდ ხშირად, პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა წარმოადგენს მოულოდნელ ინციდენტზე საპასუხო რეაქციას, ამიტომ ექიმი ყოველთვის მზად უნდა იყოს მოულოდნელობებისთვის, ჰქონდეს ფეხზე დგომის უნარი. კრიზისულ სიტუაციებში წონასწორობის შენარჩუნება, ვითარების ცივი გონებით მართვა და მშვიდი დამოკიდებულება

ბა კოლეგების მიმართ ექიმის მაღალ კვალიფიკაციაზე და კარგ პიროვნულ თვისებებზე მეტყველებს.

ექიმი, რომელიც ზემოხსენებულ თვისებებს გამოავლენს, გარანტირებულად ააგებს წარმატებულ ურთიერთობას პაციენტებთან და კოლეგებთან. საბოლოო ჯამში, პაციენტი იქნება გაცილებით ჯანმრთელი და ბედნიერი, მაშინ, როცა ექიმი დაჯილდოვდება იმის გაცნობიერებით, რომ შეძლო პაციენტისთვის დახმარების განწევა და წარმატებით გაართვა თავი რთულ სამედიცინო შემთხვევას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლების თვალთახედვით (ექიმები)

ექიმად ჩამოყალიბება როგორც სწავლების დიპლომამდელ, ისე დიპლომისშემდგომ საფეხურზე ბევრ სირთულესთანაა დაკავშირებული. განსაკუთრებით დიდ ძალისხმევას მოითხოვს დიპლომისშემდგომი განათლება, რეზიდენტურა და არჩეულ სპეციალობაში დახელოვნება, პროფესიული საქმიანობისთვის აუცილებელი პრაქტიკული უნარ-ჩვევების და გამოცდილების შექმნა. თითოეული ექიმი ამ დიდ და რთულ გზას მოთმინებით გადის. სწავლის პერიოდში თითოეული რეზიდენტისთვის ყველაზე დიდი მოტივაციაა იმედი იმისა, რომ უნივერსიტეტის დასრულების შემდეგ ბევრი პაციენტი ეყოლება, აღიარებული, წარმატებული ექიმი დადგება და მატერიალურად უზრუნველყოფილი იქნება. ძნელია სამედიცინო საზოგადოებაში ისეთი ექიმის მოძებნა, რომლისთვისაც აღწერილი პერსპექტივა მიუღებელია. ყველა ექიმს სურს, მის კაბინეტთან პაციენტთა გრძელი რიგი იდგეს.

რატომ სურს უკლებლივ ყველა ექიმს ბევრი პაციენტი?

ექიმების უმრავლესობამ იცის, რომ თითოეულ პაციენტს უნდა გაუფრთხილდეს, თითოეული პაციენტი ძალიან მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ექიმს პაციენტთა სიმრავლე პროფესიული ცოდნის გაღრმავებასა და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებაში ეხმარება. ექიმი, რომელიც თავისი სპეციალობის შესაბამისი დატვირთვით არ მუშაობს, ადრე თუ გვიან დაკარგავს პროფესიულ უნარ-ჩვევებს და დაავინწყდება ყველაფერი, რაც უნივერსიტეტში თუ რეზიდენტურაში ისწავლა. ამიტომ, ექიმს შემდგომი პრო-

ფესიული სრულყოფისა და განვითარებისთვის „ბევრი“ პაციენტი ესაჭიროება. ცალკეული პროფილის მიხედვით ექიმის საშუალო დატვირთვა (პაციენტთა რაოდენობა წელიწადში, თვეში, დღეში) განსაზღვრულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, დაავადებათა კონტროლის მსოფლიო ცენტრის და ცალკეული პროფილის ექიმთა პროფესიული ასოციაციების მიერ.

პაციენტი ძალიან მნიშვნელოვანია ექიმის თვითრეალიზაციისთვის. რთული კლინიკური შემთხვევის წარმატებით დასრულების შემდეგ თითქმის ყველა ექიმს სურს, თავისი გამოცდილება კოლეგებს, ფართო საზოგადოებას გაუზიაროს. პროფესიული სიამაყე, კოლეგათა წრეში აღიარების სურვილი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია, რომელიც ექიმს „აიძულებს“, ისწავლოს სიცოცხლის ბოლომდე, მიიღოს ბევრი პაციენტი და რაც შეიძლება მალე მიაღწიოს აღიარებას როგორც პაციენტთა, ისე პროფესიულ წრეში.

ექიმთა უმრავლესობამ შესანიშნავად იცის, რომ პაციენტთა სიმრავლე მატერიალური კეთილდღეობის გარანტიაა, ვინაიდან განუხლებელი სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება, უმრავლეს შემთხვევაში, გატარებული პაციენტების რაოდენობით ან შესრულებული სამუშაოს რაოდენობის (მოცულობის) მიხედვით განისაზღვრება. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის შრომის ანაზღაურება დამოკიდებულია იმ თანხებზე, რომელსაც სადაზღვევო კომპანია დაზღვეულთა სამედიცინო მომსახურებისთვის იხდის ან ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციართათვის განუხლებელი სამედიცინო მომსახურების სანაცვლოდ სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებას უხდის. თუ პაციენტი დაზღვეული არ არის და არც სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარია, მაშინ სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას იგი თავად ანაზღაურებს (სამედიცინო სერვისების ღირებულების ე.წ. „ჯიბიდან გადახდის“ წესით ანაზღაურება). განხილული ცხადყოფს, რომ სამედიცინო დაწესებულების და ექიმების შემოსავლის ერთ-ერთ მთავარ წყაროს პაციენტთათვის განუხლებელი სამედიცინო მომსახურების შედეგად მიღებული ანაზღაურება

წარმოადგენს. ამდენად, ცხადია, ექიმისთვის თითოეული პაციენტი ძალიან მნიშვნელოვანია. იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მთავარი პრიორიტეტია, პაციენტთა ნაკადი არ წყდება.

სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელთა (ექიმების) თვალთახედვით, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება გულისხმობს კლინიკური პრაქტიკის წარმართვას მოქმედი ტექნიკური სტანდარტების და ხელმისაწვდომი რესურსების შესაბამისად, ასევე იმ პროფესიული უნარების, ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული საშუალებების და სამკურნალო ღონისძიებების გატარებისთვის აუცილებელი გარემო პირობების არსებობას, რომელიც აუცილებელია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

ექიმების აზრით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე საუბარი შესაძლებელია მაშინ, როცა არსებობს სათანადო გარემო პირობები, სადაც ექიმს შესაძლებლობა ექნება მაქსიმალურად გამოავლინოს თავისი ცოდნა და პროფესიული უნარ-ჩვევები. პროვაიდერის სურვილი, დადგენილი სტანდარტების შესაბამისად განახორციელოს სამედიცინო მომსახურება, დამოკიდებულია მის პროფესიულ უნარზე. ექიმმა საკუთარი პროფესიული ვალდებულებები უნდა შეასრულოს დაწესებული ტექნიკური რეგლამენტის დაცვით, ნორმალურად მისაღებ გარემოში ან კარგად, ან ძალიან კარგად, მაღალპროფესიულ დონეზე. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სხვა განზომილება არ არსებობს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე საუბრის დროს ექიმები ყურადღებას ძირითადად ტექნიკურ კომპეტენციაზე, ასევე მკურნალობის ეფექტურობასა და უსაფრთხოებაზე ამახვილებენ. ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების პროგრამების განხორციელებისას განსაკუთრებული ადგილი ფინანსურ მოტივაციას უჭირავს, ექიმის შრომის ანაზღაურება კარგი მოტივაციაა ექიმის მოვალეობების იდეალურად შესრულებისთვის. პროვაიდერის მთავარი კითხვებია: როგორია დატვირთვის ნორმატივი, რამდენი პაციენტი უნდა მიიღოს ექიმმა სამუშაო

დღის განმავლობაში (ამბულატორიულად, სტაციონარში)? როგორია ექიმის ანაზღაურების სისტემა? რა სახის ლაბორატორიული მომსახურებაა ხელმისაწვდომი? რამდენად ზუსტი და სანდოა იგი? რამდენად შედეგიანი და სანდოა ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები? რა სახის კონსულტაციების დანიშვნა შეიძლება სპეციალიზებული მომსახურების ან უფრო მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევების საჭიროების შემთხვევაში? რამდენად კომპეტენტურნი არიან მედდები? როგორია ინფრასტრუქტურა, არის კარგი სამუშაო პირობები? დაცულია სანიტარულ-ჰიგიენური ნესები? შესაძლებელია კონფიდენციალობის დაცვა? რამდენად უწყობს ხელს გარემო ექიმს პროფესიული უნარების გამოვლენაში? ხდება თუ არა ყველა საჭირო ფარმაცევტული საშუალების სანდოდ მოწოდება? რამდენად ხარისხიანი და სანდოა შესახვევი მასალა, სამედიცინო დანიშნულების საგნები? როგორ ხდება სტერილიზაცია და დეზინფექცია, სანდოა? არსებობს თუ არა კლინიკაში უწყვეტი პროფესიული განათლების პირობები? არის თუ არა შემუშავებული ძირითადი დაავადებების მართვის გაიდლაინები და პროტოკოლები? არსებობს თუ არა ექიმებისთვის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის შესაძლებლობა? ზემოჩამოთვლილი კითხვების დალაგება და სისტემატიზება შესაძლებელია სამედიცინო დანესებულების გამარტივებული მოდელის მიხედვით: სტრუქტურა, პროცესი, გამოსავალი (შედეგი).

ჯანდაცვის სისტემამ უნდა უზრუნველყოს როგორც პაციენტების მოთხოვნებსა და საჭიროებებს, ასევე ჯანდაცვის პროფესიონალთა მოთხოვნებს. ასეთი მიდგომით სამედიცინო პერსონალი შესაძლოა ჯანდაცვის სისტემის „შიდა მომხმარებლებად“ ჩაითვალოს. მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას ისინი საჭიროებენ და მენეჯმენტისაგან მოელიან ეფექტურ, შედეგიან, ტექნიკურ, ადმინისტრაციულ და სოციალურ მხარდაჭერას.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი სამედიცინო დანესებულებების მენეჯერების თვალთახედვით

W. Edwards Deming-ის აზრით, „ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემების 94%-ზე პასუხისმგებლობა მენეჯმენტს ეკისრება და მათი პირველი ნაბიჯი მიმართული უნდა იყოს იმ დაბრკოლებების აღმოფხვრისაკენ, რომლებიც თანამშრომლებს თავისი საქმის სათანადო დონეზე შესრულების შესაძლებლობას არ აძლევს“ (W. Edwards Deming, “Out of the Crisis” 1986).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი მენეჯერების მხრიდან მუდმივ ზრუნვას საჭიროებს. თუმცა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება მოითხოვს, რომ მენეჯერები იშვიათად ჩაერიონ პაციენტის მკურნალობის პროცესში. მაგრამ მენეჯერების ერთ-ერთ მთავარ ვალდებულებას რისკების შეფასება და ზიანის თავიდან აცილების ღონისძიებების გატარება წარმოადგენს. მნიშვნელოვანია, რომ მენეჯერებმა კარგად გააცნობიერონ რისკი და საფრთხე, რომელიც სამედიცინო საქმიანობას ახლავს.

რისკი – ეს არის რაიმე საქმიანობის თანმხლები შესაძლო ნეგატიური მოვლენა ან მოვლენათა ერთობლიობა (მაგალითად, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკები, სამედიცინო ბაზრის რისკები, პროფესიონალთა დეფიციტი, მედიკამენტების მოწოდების შეწყვეტასთან დაკავშირებული რისკები, სამედიცინო პერსონალის ან პაციენტების დაინფიცირების რისკები, ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკები და სხვ.).

საფრთხე – ეს არის გარკვეული ნიშნების საფუძველზე გამოთქმული ვარაუდი ნეგატიური (არასასურველი) მოვლენის შესაძლო დადგომის შესახებ (მაგალითი 1: პაციენტი უარს აცხადებს სამედიცინო მომსახურებაზე, სამედიცინო პერსონალს არ აძლევს ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარების უფლებას,

დრო გადის და დაავადების გართულების აღმოცენების საფრთხე აშკარაა; კათეტერის შეფუთვა დაზიანებულია, საშარდე გზების ინფექციის განვითარების რეალური საფრთხე არსებობს), სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, საფრთხე არის რისკის რეალობად გადაქცევის საშიშროება...

მენეჯერებს რისკების შეფასებისა და საფრთხეების დროულად დანახვის უნარი უნდა გააჩნდეთ. გარდა ამისა, პაციენტის სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და სერვისების უტილიზაციის მენეჯმენტი მენეჯერთა ძირითად საქმიანობას წარმოადგენს. სამედიცინო მომსახურების სისტემის კონტროლის, ფინანსური და ლოჯისტიკური მენეჯმენტის სრულიად განსხვავებული მოთხოვნები მოულოდნელ გამოწვევებს და კრიზისულ სიტუაციებს ქმნის. მსგავსი სიტუაციების გამო შესაძლოა მენეჯერმა პრიორიტეტის ან მიზნის განჭვრეტის განცდა დაკარგოს. ხარისხის სხვადასხვა სფეროზე ყურადღების გამახვილება ხელს უწყობს ადმინისტრაციული პრიორიტეტების დასახვას. ჯანდაცვის მენეჯერებმა უნდა უზრუნველყონ როგორც სამედიცინო პერსონალის, ისე პაციენტების მოთხოვნების და საჭიროებების დაკმაყოფილება. გარდა ამისა, ისინი პასუხისმგებლობით უნდა მოეკიდონ სახელმწიფოს, კერძო სტრუქტურების და საზოგადოების მიერ მათთვის მინდობილი (მართვაში გადაცემული) რესურსების მართვას. ჯანდაცვის მენეჯერებმა უნდა გაითვალისწინონ პაციენტების სხვადასხვა საჭიროება ისეთ საკითხებთან მიმართებაში, როგორებიცაა: რესურსების გადანაწილება, მომსახურების ტარიფები, საშტატო განრიგი და მართვის მეთოდები. წინამდებარე ნაშრომში წარმოდგენილი ხარისხის მრავალგანზომილებიანი კონცეფცია გამოსადეგი იქნება მენეჯერებისთვის, რომლებიც აცნობიერებენ, რომ ხელმისაწვდომობა, ეფექტურობა, ტექნიკური კომპეტენცია და შედეგიანობა ხარისხის ყველაზე მნიშვნელოვან სფეროებს წარმოადგენს.

რა არის ხარისხის უზრუნველყოფა

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა არის სამედიცინო სერვისების მიწოდება იმგვარად, რომ პაციენტმა მიიღოს ზუსტად ის სამედიცინო მომსახურება, რაც მის მდგომარეობას შეესაბამება, – არც მეტი და არც ნაკლები...

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სფერო გაიზარდა და განვითარდა, გაჩნდა ხარისხის უზრუნველყოფის უამრავი განმარტება.

ცნობილი მეცნიერი Avedis Donabedian თავის ნაშრომში “An Introduction to Quality Assurance in Health Care” დეტალურად განმარტავს ხარისხის უზრუნველყოფის ძირითად პრინციპებს. მეცნიერი აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, ძირითადად, განაპირობებს სამედიცინო მომსახურების 3 კომპონენტი:

კომუნიკაცია, ტექნიკური მომსახურება (1), რომელიც გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების დროს პაციენტთან და მის ახლობლებთან ურთიერთობას, მიდგომას, ნდობის ატმოსფეროს ჩამოყალიბებას; ასევე დიდ როლს ასრულებს სამედიცინო პერსონალის კარგი პროფესიული მომზადება და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების შეთავსება ყველა დონეზე (2), კლინიკაში სამედიცინო მომსახურებისთვის არსებული გარემო, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო აპარატ-აღჭურვილობა (3). სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე უდიდესი გავლენა აქვს ინტერპერსონულ ურთიერთობებს, სამედიცინო პერსონალის ურთიერთდამოკიდებულებას და კოლეგიურ დამოკიდებულებას.

ავედის დონაბედიანმა პირველმა შესთავაზა სამედიცინო საზოგადოებას სამედიცინო დაწესებულების გამარტივებული მოდელით „სტრუქტურა – პროცესი – შედეგი“ სარგებლობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, ასევე შესწავლა-შეფასების დროს.

დოქტორი დონაბედიანი განმარტავს, რომ ხარისხის უზრუნველყოფა არის „ყველა ზომა და მოქმედება, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაცვისკენ, მისი შენარჩუნებისა და პოპულარიზაციისკენ“ (Avedis Donabedian An Introduction To Quality Assurance in Health Care, pp.5-6).

დოქტორები რუელასი და ფრენკი, რომლებმაც მექსიკაში ხარისხის უზრუნველყოფის ფართო კვლევა ჩაატარეს, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფას უწოდებენ არსებულ შესრულებასა და სასურველ შედეგებს შორის გამოვლენილი შეუსაბამობის სისტემატური შემცირების პროცესს (Ruelas, Enrique and Frenk, Julio, “Framework for the Analysis of Quality in Transition: The Case of Mexico”).

აშშ-ის ამბულატორიული მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ექსპერტის, დოქტორ R. Heather Palmer-ის განმარტებით, „ხარისხის უზრუნველყოფა – ეს არის ხარისხის გაზომვის პროცესი, აღმოჩენილი ნაკლოვანებების გაანალიზება და ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ზომების გატარება, რასაც ისევ მოსდევს ხარისხის შემდგომი გაზომვა, იმის გამოსავლენად, მიღწეულ იქნა თუ არა გაუმჯობესება. ხარისხის უზრუნველყოფა, ეს არის სისტემატური ციკლური აქტივობა გაზომვის სტანდარტების გამოყენებით“ (R. Heather Palmer Ambulatory Health Care Evaluation Principles and Practice, Chicago: American Hospital Association, 1983, p.139).

დოქტორი Donald Berwick (ჰარვარდის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლის კურსდამთავრებული, ექიმი პედიატრი) უნივერსიტეტის დამთავრებისთანავე შეუდგა ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების (CQI) პრინციპების დანერგვაზე მუშაობას. იგი მხარს უჭერს ცვლილებებს, რათა ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა გახდეს პაციენტზე ორიენტირებული, ეფექტური და უსაფრთხო. ხარისხის უზრუნველყოფისადმი მსგავსი მიდგომა წარმოადგენს ინტეგრირებულ ორგანიზაციულ მიდგომას, პაციენტთა საჭიროებებისა და მოლოდინის გამართლებისთვის. იგი ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების პროცესის გაუმჯობესებაში როგორც

მენეჯმენტის, ისე მთელი პერსონალის ჩართვას, რაოდენობრივი მეთოდების და ანალიტიკური საშუალებების გამოყენებით. დონ ბერვიკის სიტყვებით, ხარისხის უზრუნველყოფა – ეს არის „... სისტემატური მენეჯერული ტრანსფორმაცია, რომელიც შექმნილია იმისათვის, რომ მოერგოს ყველა ორგანიზაციის საჭიროებებსა და შესაძლებლობებს, დაეხმაროს სამედიცინო დაწესებულებებს მცდელობაში, გაუმკლავდნენ გარემოს ზრდად ცვალებადობას, გამოწვევების კომპლექსურობას და დაძაბულობას“ (Donald Berwick “Improving Health Care Quality”, Boston: Institute for Healthcare Improvement, 1991, p.II-3).

ხარისხის უზრუნველყოფის ყველა ზემომოყვანილ განსაზღვრებას რამდენიმე მახასიათებელი აერთიანებს. მაგალითად, თითოეული პირდაპირ ან ირიბად გულისხმობს სისტემატურ, მუდმივად მიმდინარე პროცესს, რომელიც ორიენტირებულია შესრულების გაუმჯობესებასა და პროცესის შედეგად მიღებული ინფორმაციის გამოყენებაზე. თავისი არსით, ხარისხის უზრუნველყოფა წარმოადგენს იმ აქტივობათა ერთობლიობას, რომელიც მიმართულია სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაციისკენ და გულისხმობს სამედიცინო საქმიანობის მონიტორინგს შემდგომი გაუმჯობესების მიზნით იმგვარად, რომ ყოველ ჯერზე განუხლები სამედიცინო მომსახურება უფრო უკეთესი და მაქსიმალურად ეფექტური იყოს, ვიდრე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დეკლარირებისას იყო წინა წელს (მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, ასევე საქართველოში, სამედიცინო საქმიანობის ნებართვის/ლიცენზიის მფლობელი ვალდებულია, ყოველ წელს წარუდგინოს ნებართვის/ლიცენზიის გამცემ ორგანოს დეკლარაცია სანებართვო პირობების დაცვის შესახებ). აღნიშნულიდან გამომდინარე, „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა“ შესაძლებელია ასეც იქნეს განმარტებული: ფორმალური პროცესი, სადაც პაციენტის მოვლის და/ან სამედიცინო დეპარტამენტის საქმიანობის ხარისხი და შესაბამისობა დადგენილ სტანდარტებთან დოკუმენტირებულია და შეფასებულია პასუხისმგებელი პროფესიული ჯგუფის მიერ (Australian Council on Healthcare Standards – ACHS).

განვითარებადი ქვეყნებისაგან განსხვავებით, განვითარებულ ქვეყნებში, თითქმის 100 წელია, ხარისხის უზრუნველყოფას დიდი ყურადღება ეთმობა. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ხარისხის უზრუნველყოფა ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანეს ნაწილს წარმოადგენს. მსოფლიო მასშტაბით სამედიცინო მომსახურების სფეროში ხარისხის კონცეფციის დანერგვას ხანგრძლივი ისტორია აქვს და უკავშირდება აბრაჰამ ფლექსნერის, ერნესტ კოდმანის, ავედის დონაბედიანის, რობერტ ბრუკის, ლენ როზენფილდის სახელებს, ევროპის რეგიონის ქვეყნებში კი მაქსველის, ჰენდერსონის, ოვრეტვეიტის, კენდალისა და ლისაუერის შრომებს. აღსანიშნავია, რომ მე-19 საუკუნეში ხარისხის უზრუნველყოფის აუცილებლობაზე პირველად ყურადღება ბრიტანელმა ექთანმა Florence Nightingale-მა გაამახვილა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხს სამხედრო ჰოსპიტლებში ყირიმის ომის (1854-1856 წწ) მსვლელობისას აფასებდა. მან ჩამოაყალიბა პირველი პროფესიული სტანდარტები ექთნებისთვის; შედეგად, ჰოსპიტლებში დაჭრილთა სიკვდილიანობის შემთხვევები მნიშვნელოვნად შემცირდა.

პროფ. ავედის დონაბედიანის მიერ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველსაყოფად მოწოდებულ იქნა სამედიცინო დანესებულების გამარტივებული მოდელი:



სურათი 2. სამედიცინო დანესებულების გამარტივებული მოდელი

განვითარებულ ქვეყნებში ხარისხის უზრუნველყოფა, ძირითადად, აკრედიტაციის სააგენტოების მიერ შემუშავებულ სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებს ეყრდნობოდა. მოგვიანებით სტანდარტების შექმნაში აქტიურად ჩაერთვნენ პროფესიული ასოციაციები და თვით სამედიცინო დანესებულებების წარმომადგენლები. ინფრასტრუქტურულ სტანდარტებს, ტექნიკურ რეგლამენტს (სტრუქტურა), მკურნალობის გაიდლაინებსა და

პროტოკოლებს (პროცესი), ასევე გამოსავალის შეფასების ინდიკატორებს ბევრ ქვეყანაში ნაციონალური სტანდარტების შემქმნელი კომისია შეიმუშავებს და დასამტკიცებლად სპეციალურ საბჭოს წარუდგენს.

მეცნიერ რ. გრიფიტის (R.Griffiths, 1983) ანგარიშში წარმოდგენილი რეკომენდაციების თანახმად, ჯანმრთელობის ეროვნულ სამსახურებს პაციენტი უნდა განეხილათ, როგორც სამედიცინო სერვისების მომხმარებელი და მის მიერ ჯანდაცვაში პირველად იქნა შემოტანილი კვაზი-ინტერნალური ბაზრის ცნება (კვაზი – ლათ. **Quas** – ეკონომიკურ კონტექსტში მოჩვენებითი, არანამდვილი; თითქმის მსგავსი. **Internal** – შინაგანი კავშირები). თავდაპირველად აღნიშნული მიმართულება განხორციელდა მყიდველისათვის სამედიცინო საქმიანობის კონკურენტული გარემოს შექმნით, რომელიც ეფუძნებოდა ფასსა და ხარისხს, ხოლო მყიდველი/კლიენტი კონტრაქტის საშუალებით ირჩევდა სასურველ დანესებულებას. აღნიშნული კონტრაქტების მოპოვების მიზნით, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები მუდმივად ცდილობდნენ ხარისხის გაუმჯობესებას.

ლონდონის ჰიგიენისა და ტროპიკული მედიცინის სკოლის პროფესორის, Alex Mold-ის მიერ თავის წიგნში “Patient Organisations and Health Consumerism in Britain” აღწერილია ბრიტანეთში პაციენტის უფლებების დაცვის მდგომარეობა 1960-2010 წლებში. წიგნში დეტალურადაა გადმოცემული პაციენტის ავტონომია, უფლება ინფორმაციის მიღებაზე, პაციენტის აზრი, საჩივრები, არჩევანის უფლება. ასევე წარმოდგენილია ისტორიული ფაქტები პაციენტის სამედიცინო სერვისების მომხმარებლად აღიარების შესახებ. წიგნში აღნიშნულია, რომ გასული საუკუნის 60-იან წლებში პაციენტის განხილვა კლიენტის (მომხმარებლის) რანგში დადგენილ იქნა დიდი ბრიტანეთის პაციენტთა ქარტიით, რომელშიც წარმოდგენილია როგორც პაციენტთა უფლებები, ისე მომსახურების სტანდარტები. სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებით პაციენტს საშუალება ეძლევა, გაიგოს, რა სახის სამედიცინო მომსახურება უნდა მიიღოს, რისი მოლოდინი უნდა ჰქონ-

დეს. პაციენტთა ქარტია ასევე მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა: ხელმისაწვდომობა, ლოდინის დრო, პაციენტისთვის სამედიცინო სერვისების მიწოდება თავაზიანად და ხაზგასმული პატივისცემით, ინფორმაციის მიწოდება და ჩივილის შესაძლებლობა (მომხმარებლის უკმაყოფილების შემთხვევაში).

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხების შესწავლის საქმეში დიდი წვლილი მიუძღვის ამერიკელ მეცნიერ **Abraham Flexner-ს (1866 – 1959)**. აბრაჰამ ფლექსნერი, როგორც განმანათლებელი და რეფორმატორი, მსოფლიო სამეცნიერო საზოგადოებისთვის კარგადაა ცნობილი. მას ასევე იცნობენ, როგორც **Simon Flexner-ის**, ცნობილი ბაქტერიოლოგის ძმას. აბრაჰამ ფლექსნერმა ყურადღება გაამახვილა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში ექიმების განათლების მნიშვნელობაზე. მას დიდი წვლილი აქვს შეტანილი როგორც აშშ-ის, ისე კანადის უმაღლესი სამედიცინო განათლების რეფორმის საქმეში. გასული საუკუნის დასაწყისში (1908 წელს), აშშ-ში აბრაჰამ ფლექსნერმა გამოაქვეყნა სტატია **“The American College: A Criticism”**, სადაც მოცემულია ამერიკისა და კანადის 155 კოლეჯისა და უნივერსიტეტის ღრმა და საფუძვლიანი ანალიზი. აღნიშნული შრომა ასევე ცნობილია **Flexner Report-ის** სახელწოდებით, რომელიც 1910 წელს გამოქვეყნდა. მასში ავტორი არგუმენტირებულად ასაბუთებს უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემის რეფორმის აუცილებლობას აშშ-სა და კანადაში.

გასული საუკუნის დასაწყისში **Ernest Amory Codman-მა**, ამერიკელმა ქირურგმა, თავის სამეცნიერო პუბლიკაციებში პირველმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ „თითოეული ექიმი ანგარიშვალდებული უნდა იყოს თავისი პაციენტის გამოსავალთან დაკავშირებით“ (**E.A.Codman “The Product of a Hospital”, 1914**). ამ ფრაზის წყალობით კოდმანმა კოლეგების დიდი გულისწყრომა გამოიწვია. მიუხედავად ამისა, მეცნიერმა დანებებული მუშაობა გააგრძელა და დიდი წვლილი შეიტანა სამედიცინო მომსახურების გამოსავლის (შედეგების) შესწავლა-შეფასებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სრულყოფის საქმეში.

ხარისხსა და პაციენტზე, როგორც მომხმარებელზე, მიდგომების აქცენტირება ევროპაში გაგრძელდა XX საუკუნის 90-იან წლებში. 1997 წელს დიდ ბრიტანეთში გამოიცა დოკუმენტი: „ჯანმრთელობის ახალი ეროვნული სამსახურები: თანამედროვე, საიმედო“, სადაც ასახულ იქნა მთავრობის ხედვა ჯანმრთელობის ეროვნულ სამსახურებთან დაკავშირებით. აღნიშნული დოკუმენტით შეიქმნა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურებზე ზედამხედველობის ახალი მყარი სისტემა. დოკუმენტი ეხებოდა ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა: სამედიცინო სერვისებზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობა, ცალკეული ნოზოლოგიებისათვის ხარისხის გაუმჯობესების კრიტერიუმების განსაზღვრა, მათ შორის გულის იშემიური დაავადებისთვის, ინსულტისათვის, სიმსივნეებისათვის და სხვა.

სოციალური მედიცინის პროფესორ Gail E. Henderson-ის მიერ წიგნში “The Social Medicine Reader: Patients, Doctors, and Illness” განზოგადებულ იქნა რამდენიმე ძირითადი მიზეზი, რომელთა მიხედვით დასაბუთებულია, რომ პაციენტი, სამედიცინო პერსონალი, სამედიცინო სერვისების ფასი და სამედიცინო სერვისების ხარისხი ჯანდაცვის სისტემისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია. მეცნიერი წიგნში მკაფიოდ განმარტავს, რომ ხარისხის გაუმჯობესებას დიდი სარგებლობა მოაქვს როგორც პაციენტისათვის, ისე სამედიცინო დაწესებულებისთვის, ვინაიდან ამ დროს გათვალისწინებულია პაციენტის საჭიროებები და, შესაბამისად, გამოსავალიც კარგია. გარდა ამისა, პოზიტიური გამოცდილების შედეგად იზრდება პაციენტის ნდობა სამედიცინო დაწესებულების მიმართ, რაც კარგი საფუძველია მომავალში სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობების გაგრძელებისათვის. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ხელს უწყობს პაციენტისა და მისი ნათესავების შფოთვისა და სტრესის შემცირებას; იზრდება სამედიცინო სერვისებით კმაყოფილების დონე. საბოლოოდ, ყოველივე პაციენტთა ნაკადზე აისახება და შემოსავლების ზრდას განაპირობებს.

ჰენდერსონი თავის წიგნში აღნიშნავს, რომ ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამსახურების პერსონალი მოტივირებული უნდა იყოს საკუთარი მოვალეობის კეთილსინდისიერი შესრულებისთვის, რათა პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები საუკეთესო მომსახურებით უზრუნველყონ. კარგად ორგანიზება, სათანადო აღჭურვილობა, პაციენტის მოვლის კარგი პირობები, სერვისების ხარისხი სამედიცინო საქმიანობის წარმატების, პაციენტთან დადებითი უკუკავშირის და სამედიცინო დაწესებულების რეპუტაციის ზრდის გარანტიაა.

სამედიცინო სერვისების ფასი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის ერთ-ერთი მთავარი კრიტერიუმია. ხშირად, სამედიცინო მომსახურების ფასი დაკავშირებულია კარგ ხარისხთან, მაგრამ ფასი ხარისხის გარანტია ყოველთვის არ არის. სერვისებზე, გამოკვლევებზე თანხის დაზოგვა, მომჭირნეობის მიზეზით საჭირო სერვისებზე უარის თქმა და მომსახურების შეზღუდვა მომავალში თანხის ფუჭ ხარჯვასთან არის დაკავშირებული (გარუტერსი და ჰოლანდი, 1991 წ). მაღალი ფასები შესაძლოა განპირობებული იყოს არამოტივირებული, ნაკლებად მოტივირებული ან საერთოდ არასაჭირო გამოკვლევების ჩატარებით, განმეორებითი პროცედურებით, განმეორებითი მიმართვიანობით და ა.შ. სამედიცინო სერვისების შეზღუდვით მიწოდებისას ან, პირიქით, სერვისების გადაჭარბებით გამოყენებისას, ორივე შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების გამოსავალს საფრთხე ექმნება. პაციენტს ისეთი სამედიცინო მომსახურება უნდა ჩაუტარდეს, რომელიც ზუსტად შეესაბამება მის მდგომარეობას, მრავალგზის ნაცადია, მეცნიერულ მტკიცებულებებს და საუკეთესო კლინიკურ პრაქტიკას ეყრდნობა. სწორედ ამიტომაც მნიშვნელოვანი სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია.

ახალი ათასწლეულის მიჯნაზე ხარისხის უზრუნველყოფა კვლავ აქტუალური გახდა როგორც ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ისე ევროპაში. სხვადასხვა ქვეყანაში ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელ სტრუქტურებთან ერთად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია დიდ ყურადღებას უთმობს სამედიცინო მომსახურების

რების ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტების დახვეწას და ასევე ცალკეული ნოზოლოგიების მართვის ახალი სტანდარტების შემუშავებას, რომელიც უფრო ეფექტური და ნაკლებად ხარჯიანი იქნება. WHO-მ უზრუნველყო სამედიცინო მომსახურების ახალი საერთაშორისო სტანდარტების შემუშავება. კერძოდ, მომზადდა ბავშვებში ყველაზე გავრცელებული დაავადებების – დიარეისა და მწვავე რესპირაციული დაავადებების (ARI) შემთხვევათა მენჯემენტის ახალი სტანდარტები. რიგ დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში დაინერგა ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვის სტრატეგია, რომელიც, დადგენილი სტანდარტების მიხედვით, ყველაზე გავრცელებული ბავშვთა დაავადებების მართვას (Integrated Management of Childhood Illnesses) გულისხმობს. IMCI სტრატეგიის ფარგლებში სტანდარტიზებულ იქნა ღარიბ ქვეყნებში ყველაზე გავრცელებული დაავადებების (მწვავე რესპირაციული ინფექციები, დიარეა, პნევმონია და წითელა) მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. შედეგად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი გაუმჯობესდა და შესაძლებელი გახდა ათეულობით ათასი ბავშვისთვის გართულებების თავიდან აცილება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის ახალი სტანდარტების შემუშავება მნიშვნელოვანი აქტივობაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის საქმეში, მაგრამ არანაკლებ მნიშვნელოვანია ხარისხის გაზომვის მეთოდების შემუშავება. როგორ შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი კარგია ან ცუდია? დაახლოებით 30 წლის წინ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზომვის მეთოდოლოგიის მოსამზადებელი სამუშაოები დაიწყო. სხვადასხვა ქვეყანაში რამდენიმე საერთაშორისო პროექტი (PRICOR და CCCD) განხორციელდა, სადაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად ჯანდაცვის სისტემის და სამედიცინო სერვისების ხარისხის ანალიზისა და გაზომვის ახალი მექანიზმები იქნა გამოყენებული.

ჯანდაცვის მმართველობითი სტრუქტურებისა და პაციენტის უფლებების დამცველთა მხრიდან ბოლო პერიოდში განსაკუთრე-

ბით გაიზარდა ინტერესი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვისა და გაუმჯობესების პროგრამების მიმართ. ხარისხის უზრუნველყოფის მიდგომებში განხორციელებული რევოლუციური ცვლილებების და ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავების მიმართ ინტერესის მზარდ ტენდენციას რამდენიმე მიზეზი აქვს:

- სხვადასხვა ქვეყანაში დემოკრატიულმა მოძრაობამ და მოქალაქეთა უფლებების დამცველებმა პოლიტიკოსებს აგრძობინეს, რომ მათ მეტი ყურადღება უნდა დაუთმონ მოქალაქეთა მოთხოვნებს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხს უკავშირდება.
- მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში შექმნილმა ეკონომიკურმა პრობლემებმა ჯანდაცვის სექტორში ფინანსური ინვესტიციები შეამცირა, რამაც ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობები შეზღუდა. **ქვეყნებმა გააცნობიერეს, რომ ხარისხის გაუმჯობესება არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენების და ოპტიმალური შედეგების მიღწევის გზით უნდა მოხდეს.**
- ჯანდაცვის მენეჯერები ხედავენ სამედიცინო ბიზნესში ჩადებული ინვესტიციების ამოღების აუცილებლობას, თუმცა აცნობიერებენ, რომ ხარისხის გაუმჯობესების გარეშე, მომსახურების ფასების ზრდა და ჩადებული ინვესტიციის მოგებით დაბრუნება რთული იქნება.
- ხარისხის მენეჯმენტის მიდგომათა წარმატება, რომელიც **E.Deming**-ის სახელს უკავშირდება და იაპონიის ბიზნესორგანიზაციების მიერ იქნა გამოყენებული, შემდგომ აშშ-სა და ევროპაშიც წარმატებით დაინერგა პროდუქციის წარმოებისა და სერვისების მიწოდების სფეროებში. აშშ-ის, იაპონიის, ევროპის ქვეყნების გამოცდილების და ხარისხის სფეროში მიღწეული თვალსაჩინო წარმატებების განხილვის შემდგომ, ჯანდაცვის დაწესებულებებს გაუჩნდა სურვილი, გამოიყენონ იგივე მეთოდები და ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამები, რომელიც ბევრ ორგანიზაციაში შედეგიანად დაინერ-

გა. სულ მოკლე ხანში საზოგადოებამ დაინახა ხარისხის და ეფექტურობის გაუმჯობესების შთამბეჭდავი მაგალითები, რომელთა მიღწევა ნაკლებშემოსავლიან ქვეყნებშიც კი სავსებით რეალური აღმოჩნდა.

სხვადასხვა პროდუქციის მწარმოებელ სანარმოებში და სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებში ხარისხის მენეჯმენტის გამოცდილების გათვალისწინებით არსებობს ოთხი პრინციპი, რომელიც დაცულ უნდა იქნეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ნებისმიერ პროგრამაში.

ხარისხის უზრუნველყოფის ოთხი პრინციპი

- ხარისხის უზრუნველყოფა ორიენტირებული უნდა იყოს პაციენტისა და საზოგადოების საჭიროებებზე, მათი მოლოდინის გამართლებაზე;
- ხარისხის უზრუნველყოფა კონცენტრირებული უნდა იყოს სისტემებსა და პროცესებზე;
- ხარისხის უზრუნველყოფა უნდა იყენებდეს ინფორმაციას მომსახურების მიწოდების პროცესის გასაანალიზებლად;
- ხარისხის უზრუნველყოფა უნდა ითვალისწინებდეს გუნდურ მიდგომას პრობლემების გადაჭრის და ხარისხის გაუმჯობესების საკითხებზე მუშაობის დროს.

პაციენტის ჩართვა სამედიცინო მომსახურების პროცესში

სამედიცინო მომსახურების დაწყების წინ პაციენტს აქვს როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო მოლოდინი. პაციენტის სამედიცინო მოლოდინი კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალისაგან პროფესიული დახმარების მიღებას გულისხმობს. პროფესიონალიზმი – ეს არის პირველი კრიტერიუმი, რომლის მიხედვით პაციენტი სამედიცინო დაწესებულებას ირჩევს. პაციენტის

არასამედიცინო მოლოდინი გულისხმობს სამედიცინო დახმარებასთან ერთად მისი სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებას, სამედიცინო სერვისების მიწოდებას პაციენტის პიროვნების პატივისცემით, პაციენტის აზრის გათვალისწინებით, კულტურული და ლინგვისტური ბარიერების გარეშე, პაციენტისთვის მისაღები მანერით, სუფთა გარემოში. ხარისხის უზრუნველყოფა ორიენტირებული უნდა იყოს პაციენტისა და საზოგადოების საჭიროებების და მოლოდინის გამართლებაზე. ხარისხის უზრუნველყოფა მოითხოვს სამედიცინო პერსონალის მჭიდრო კონტაქტს პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან, ასევე საჭიროა სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის და მისი ახლობლების მათქმალური ჩართულობა იმის გასარკვევად, თუ რა უნდა და რა ესაჭიროება პაციენტს, რა მოლოდინი აქვს მას სამედიცინო სარვისების მიღების დროს. ჯანდაცვის გუნდმა უნდა იმუშაოს საზოგადოებასთან, რათა შეძლოს პაციენტის მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება. შემდგომ უნდა მოხდეს პროგრამის დაგეგმვის და ხარისხის გაუმჯობესების მცდელობათა შეფასება პაციენტის საჭიროებებისა და მოლოდინის შესაბამისად. მაღალი კლასის სამედიცინო სერვისების მიწოდება სწორედ პაციენტის სამედიცინო და არასამედიცინო მოლოდინების დაკმაყოფილებას ითვალისწინებს. პაციენტის ფასეულობები გულისხმობს პაციენტის პირად პრიორიტეტებს, წუხილს და მოლოდინს, რომელიც თითოეულ პაციენტს მიაქვს კლინიკაში და რომელიც უნდა გაერთიანდეს ან გათვალისწინებულ იქნეს კლინიკური გადანყვეტილების მიღების დროს, თუ სამედიცინო დაწესებულებას აქვს ამბიციია, იყოს კლინიკა და მოემსახუროს პაციენტს. ხარისხის უზრუნველყოფა ასევე მოითხოვს ჯანდაცვის თანამშრომელთა პროფესიული საჭიროებებისა და მოლოდინის დაკმაყოფილებას. ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების პროგრამების შედგენის დროს ძალიან მნიშვნელოვანია როგორც პაციენტის, ისე სერვისების მიწოდებელთა მოსაზრებების გათვალისწინება.

რას ნიშნავს პაციენტის და მისი ახლობლების ჩართვა სამედიცინო მომსახურების პროცესში?

პაციენტის ჩართვა არის პაციენტის (და/ან მისი ოჯახის წევრების) სრული მონაწილეობა სამედიცინო დახმარების პროცესში. პაციენტის ჩართვა შეიძლება ასევე განხილულ იქნეს, როგორც სამედიცინო დახმარების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების, მომსახურების მიწოდების და მომსახურების ხარისხის კონტროლის საშუალება (Christine Farrel "Patient and Public Involvement in Health". The Evidence for Policy Implementation). მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით დადასტურებულია, რომ ექიმისა და პაციენტის პირველი შეხვედრა, პაციენტის პირველი კონსულტირების ხარისხი დიდ გავლენას ახდენს პაციენტის გადაწყვეტილებაზე – დარჩეს კლინიკაში და მიიღოს სამედიცინო მომსახურება თუ გადაინაცვლოს სხვა კლინიკაში. პაციენტის და მისი ახლობლების ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში ასევე დიდ გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების შედეგზე (გამოსავალზე). ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია, უზრუნველყოფილ იქნეს პაციენტის და მისი ახლობლების ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში და, ამავე დროს, გაიზომოს ჩართულობის დონე. პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართულობის გაზომვის მიზნით გამოიყენება ე.წ. M-APR მოდელი, სადაც:

- M – Micro, Meso, Macro** (ბერძნულად: **Micro** – მცირე; **Mesos** – საშუალო; **Macro** – დიდი);
- A – Active/Proactive** – აქტიური/პროაქტიური;
- P – Passive/Reactive** – პასიური/რეაქტიული.

პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართულობა მიკროდონეზე გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების პროცესში ინდივიდუალურად პაციენტის და/ან მისი ოჯახის წევრების მონაწილეობის (ჩართულობის) შესწავლას. სხვაგვარად, სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის ჩართულობის მიკროდონეზე საუბრობენ მაშინ, როცა პაციენტი მხოლოდ ინდივიდუალურად მონაწილეობს სამედიცინო მომსახურების პროცესში და მისი სხვა აქტივობა ან ჩართულობა არ ვლინდება.

მეზოდონეზე ჩართულობა გულისხმობს პაციენტების ჩართულობას საავადმყოფოს ან სერვისების მართვის სამეთვალყურეო საბჭოში; ზოგჯერ იგულისხმება თემის, საზოგადოების ჩართულობა სამედიცინო სერვისების ხარისხის შესწავლის პროცესებში (განსაკუთრებით პჯდ შემთხვევაში).

მაკროდონეზე ჩართულობის თაობაზე სუბარია მაშინ, როცა უზრუნველყოფილია პაციენტების სრული მონაწილეობა ჯანდაცვის სისტემაში, ეთიკური კომიტეტების საქმიანობაში, ქვეყნის დონეზე ეთიკური თუ პროფესიული სტანდარტების შემუშავებაში და სხვა.

პაციენტის ჩართულობის დონის და ინტენსივობის შესწავლა მოიაზრება, როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების უნიკალური, იაფი და ეფექტური საშუალება.

საზოგადოებაში ხშირად იბადება კითხვა: პაციენტის ჩართვა სამედიცინო მომსახურების პროცესში სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ვალდებულებაა, კანონით დაკისრებული მოვალეობაა თუ მათი კეთილი ნებაა? ამ კითხვაზე ამომწურავ პასუხს იძლევა საქართველოს კანონები: „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ და „საექიმო საქმიანობის შესახებ“. საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ აღნიშნულია, რომ „პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ“ (მუხლი 18). კანონში ასევე აღნიშნულია, რომ „ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს, გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების მიღებისას მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, ვისაც ეს ინფორმაცია უნდა მიენოდოს“ (მუხლი 21). კანონში აღნიშნულია ისიც, რომ „მშობიარეს უფლება აქვს მშობიარობის დროს გვერდით იყოლიოს მეუღლე ან მისთვის სასურველი პირი“ (მუხლი 37). ყოველივე აღნიშნული სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლისა

და პაციენტის მჭიდრო კომუნიკაციასა და სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის ჩართულობას მოითხოვს. კანონმდებლობა პაციენტს უფლებას აძლევს, მოიძიოს მეორე აზრი საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. კანონი ასევე მოითხოვს, რომ სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი შეთანხმებული უნდა იყოს პაციენტთან, ხოლო, თუ პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს, სამედიცინო მომსახურების თაობაზე საკითხი მისი ოჯახის წევრებთანაც უნდა შეთანხმდეს. პაციენტის ქმედუუნარობის შემთხვევაში ყველა საკითხი, რომელიც მის ჯანმრთელობას უკავშირდება, აუცილებლად უნდა შეთანხმდეს მის კანონერ წარმომადგენელთან. იქ, სადაც საუბარია პაციენტის უფლებაზე, მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მყისიერად წარმოიშობა სამედიცინო პერსონალის ვალდებულება, პაციენტს მისთვის მისაღები ფორმით მიაწოდოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია მისი (პაციენტის) ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ასევე განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ჩარევებისა და ალტერნატიული ვარიანტების, თანმხლები რისკისა და ეფექტიანობის შესახებ. ყოველივე აღნიშნულის მიხედვით ცხადია, რომ პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესში აქტიური ჩართულობის გარეშე შეუძლებელია სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ყველა საკითხის დეტალური განხილვა; ინფორმაციის მიწოდება სამედიცინო პერსონალის ვალდებულებაა, ხოლო სამედიცინო სერვისების მიღების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება – პაციენტისა. სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის აქტიურ ჩართვას მოითხოვს ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული და სხვა დიაგნოსტიკური გამოკვლევების დანიშვნა, გამოკვლევების შედეგების ინტერპრეტაცია, დიაგნოზი და მოსალოდნელი სამედიცინო ჩარევის რისკისა და სარგებლის თაობაზე პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდება. პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის მჭიდრო თანამშრომლობის მიუხედავად, მკურნალმა ექიმმა პაციენტს მეორე აზრის მო-

ძიების უფლება არ უნდა შეუზღუდოს. „მეორე აზრი“ არის: ავადმყოფობის დიაგნოზის, პროგნოზის, მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდის შესახებ იმ სპეციალისტის აზრი, რომელსაც პაციენტი მიმართავს მკურნალი ექიმის გვერდის ავლით იმ შემთხვევაში, თუ იგი არ არის დარწმუნებული დიაგნოზისა და მკურნალობის სისწორეში ან განზრახული სამკურნალო მეთოდის გამოყენებასთან სდევს სერიოზული შედეგები. პაციენტის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში ასევე გულისხმობს პაციენტის ავტონომიის უზრუნველყოფას. „პაციენტის ავტონომია“ პაციენტის უფლებაა, დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი.

პაციენტის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების წინ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის მიღებას. „ინფორმირებული თანხმობის“ მიღება თავისთავად პაციენტის მიკროდონეზე ჩართულობის დასტურია, ვინაიდან „ინფორმირებული თანხმობის“ მიღებას წინ უნდა უძღოდეს პაციენტის სრული და დეტალური ინფორმირება მოსალოდნელი სამედიცინო ჩარევის თაობაზე: „ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა პაციენტისთვის საჭირო სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, მისი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისთვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ“. პაციენტის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის გადასახედიდან:

ფაქტი 1. ყველა პაციენტს სამედიცინო მომსახურების პროცესში მონაწილეობის სურვილი აქვს! პაციენტი სამედიცინო მომსახურების პროცესში თავს ჩართულად მაშინ გრძნობს, როცა პაციენტის ცემით ლებულობენ, როცა მას უსმენენ, როცა სათანადოდ აწვდიან ინფორმაციას, როცა ჯანდაცვის პროფესიონალთან განმარტოების საშუალება აქვს, როცა ექიმი საკმარის დროს უთმობს და როცა ექიმთან ერთად თავისი პრობლემის დეტალურად განხილვის საშუალება ეძლევა.

ფაქტი 2. პაციენტი აქტიურად იყენებს მისთვის მიწოდებულ ინფორმაციას; ახდენს მიღებული ინფორმაციის სტრუქტურირებას.

მიღებულ ინფორმაციას უკავშირებს საკუთარი სამედიცინო დახმარების საკითხს,

ყოფს ინფორმაციას სხვადასხვა სახით: ერთი მხრივ, საკუთარი მდგომარეობის შეფასებისა და მართვისათვის, მეორე მხრივ, ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ურთიერთობისათვის. მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე ცდილობს თავისი საჭიროებები და ჩივილები უკეთ წარმოაჩინოს.

ფაქტი 3. პაციენტთა მცირე ნაწილს აქვს სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართულობის გამოცდილება. ცოტაა იმ პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც სამედიცინო დახმარების მიღების საკითხთან დაკავშირებით ჯანდაცვის პროფესიონალებთან ერთად მიუღიათ გადაწყვეტილება და გაუნაწილებიათ პასუხისმგებლობა.

თუმცა არსებობს კვლევები, რომლებიც ადასტურებენ, რომ პაციენტთა უმრავლესობას სურვილი აქვს მონაწილეობა მიიღოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, დაეთანხმოს ან არ დაეთანხმოს სამედიცინო პერსონალს შეთავაზებული სამედიცინო დახმარების მიღების თაობაზე და ამით გაინაწილოს პასუხისმგებლობა სამედიცინო მომსახურების შედეგზე.

ფაქტი 4. პაციენტთა უმრავლესობას სურს, რომ მიიღონ, როგორც თანაბარი პარტნიორი, რომ მონაწილეობდეს სამედიცინო მომსახურების პროცესში თანაბარი უფლებებით, ჩართული იყოს საკუთარი ჯანმრთელობის საკითხის განხილვაში, მოუსმინონ მას და მიიღოს სრული ინფორმაცია მოსალოდნელი სამედიცინო დახმარებისა და პროცედურების შესახებ.

რა კრიტერიუმებით ხდება პაციენტის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში? როდის შეიძლება ითქვას, რომ კონსულტაცია იყო „კარგი“ ან „ცუდი“?

ქვემოთ მოცემულია იმ კონსულტაციების ზოგადი მახასიათებლები, რომლებიც პაციენტს ანიჭებს სამედიცინო დახმარების პროცესში ჩართვის განცდას:

- კონსულტირების პროცესში ურთიერთპატივისცემა და ეთიკური ფასეულობების გაზიარება;
- სამედიცინო დახმარების და მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების დროს პაციენტსა და ჯანდაცვის პროფესიონალს შორის პარტნიორული დამოკიდებულება;
- კონსულტაციის წარმართვა კეთილგანწყობილ კონტექსტში, როცა კონფიდენციალობის დაცვა და სათანადო დროის დათმობა უზრუნველყოფილია.

პაციენტის ჩართვა სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჯანდაცვის პროფესიონალთა გადასახედიდან

ჯანდაცვის პროფესიონალთა სხვადასხვა ჯგუფს სხვადასხვა შეხედულება და დამოკიდებულება აქვს სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის ჩართვის საკითხისადმი. ზოგადად, ჯანდაცვის პროფესიონალები სამედიცინო დახმარების პროცესში პაციენტთა ჩართვის საკითხისადმი პოზიტიურ დამოკიდებულებას ავლენენ. პაციენტთა ჩართვას განიხილავენ, როგორც დადებით და სასარგებლო პროცესს როგორც პაციენტთათვის, ასევე მათთვის.

პაციენტთა ჩართვის საკითხისადმი ჯანდაცვის პროფესიონალთა პოზიტიური დამოკიდებულება კვალიფიცირდება, როგორც ჯანდაცვის პროფესიონალთა რეზისტენტობა და უარი, მხოლოდ მათ გაუწიონ კონტროლი სამედიცინო დახმარების პროცესს (მხოლოდ მათ იტვირთონ პასუხისმგებლობა სამედიცინო დახმარების გამოსავალზე). ჯანდაცვის პროფესიონალები პაციენტის ჩართვას განიხილავენ, როგორც კლინიკურად დასახული მიზნის მიღწევის ინსტრუმენტს.

პაციენტი-ჯანდაცვის პროფესიონალის ურთიერთობის პროცესში კომუნიკაციის მნიშვნელობა აღიარებულია და მიღებულია. თუმცა ჯანდაცვის პროფესიონალთა მიერ ასევე აღიარებულია პაციენტთან კომუნიკაციის საკითხისადმი განსხვავებული მიდგომებიც – ნახალისებულ იქნეს თუ შეიზღუდოს პაციენტის

ჩართვა სამედიცინო მომსახურების პროცესში. ყველას, ვისაც რაიმე სახით ურთიერთობა აქვს სამედიცინო სერვისების მომხმარებელთან (პაციენტთან), მნიშვნელოვანი კომუნიკაციური როლი ეკისრება პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესში ჩართულობის უზრუნველყოფის საქმეში.

ექიმების უმრავლესობა თვლის, რომ პაციენტთა ჩართვის შესაძლებლობები გააგებულ და აღქმულ უნდა იქნეს სიტუაციის კონტექსტთან დამოკიდებულებაში. ჯანდაცვის პროფესიონალთა განსხვავებული ჯგუფები განსხვავებულად უდგებიან და სხვადასხვაგვარი გზებით აღწევენ პაციენტის ჩართულობას სამედიცინო მომსახურების პროცესში.

ჯანდაცვის პროფესიონალთა დიდი უმრავლესობა ემხრობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის აქტიურ ჩართულობას, განიხილავენ რა ამ უკანასკნელს როგორც პაციენტისთვის, ისე მათთვის სასარგებლო პროცესს. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, დადებითი დამოკიდებულება გარკვეულწილად შეზღუდულია უფრო ფართო პროფესიული ვალდებულებების, ფასეულობების და მოლოდინის გამო.

ჯანდაცვის პროფესიონალთა ერთი ჯგუფი თვლის, რომ პაციენტის (ან მისი ახლობლების) ჩართვა სამედიცინო დახმარების პროცესში უნდა შეიზღუდოს, ისევე მისი ინტერესებიდან გამომდინარე, მაგალითად, პაციენტი დაცული რომ იქნეს უარყოფითი ემოციებისაგან ან ახლობლების მხრიდან რაიმე სახის უარყოფითი ზეგავლენისაგან.

პაციენტის ჩართვა სამედიცინო მომსახურების პროცესში: გამოსავალი და შედეგები პაციენტებისთვის

- პაციენტის პირადი ზრდა და სამედიცინო კულტურის ამაღლება
- პაციენტის რწმენის და თვითშეგნების ამაღლება
- შფოთვის და შიშის განცდის შემცირება

- საკუთარ სიცოცხლეზე, ცხოვრებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე კონტროლის გაძლიერება
- საკუთარი მდგომარეობის თაობაზე და სამედიცინო დახმარების აუცილებლობაზე ინფორმირებულობის გაუმჯობესება
- ახალი ინფორმაციის მიღება და სამედიცინო საკითხებზე არსებული ცოდნის დონის ამაღლება
- ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების მიმართ ნდობის გაძლიერება
- განსხვავებული აზრის მოძიების შესაძლებლობის გაზრდა
- ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე პოზიტიური ეფექტი
- საკუთარ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის გრძნობის ამაღლება
- ჯანდაცვის პროფესიონალებთან საკუთარი პრობლემების უკეთ განხილვის შესაძლებლობა
- მკურნალ ექიმთან უფრო პოზიტიური დამოკიდებულება და ურთიერთობა.

სამედიცინო მომსახურების პროცესში პაციენტის ჩართვის გამოსავალი და შედეგები ჯანდაცვის პროფესიონალთათვის

- პაციენტის კონსულტაციის პროცესის უკეთ წარმართვა (მეტი სასარგებლო ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ)
- პაციენტის ნდობის, რწმენის და განწყობის მოპოვება
- თავდაჯერებულობის ამაღლება
- სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, მკურნალობის დანყებასა და დასრულებაზე პაციენტთან თანხმობის მიღწევის შესაძლებლობის გაზრდა
- პაციენტის ქცევის შეცვლის მეტი შესაძლებლობა, რაც მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას შეუწყობს ხელს (პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება, თავის მხრივ, ექიმს პროფესიულ კმაყოფილებას ანიჭებს)

- პაციენტთან თანაბარი, ღია და გულწრფელი ურთიერთობით პირადი ადამიანური და პროფესიული კმაყოფილების განცდა
- პაციენტის კმაყოფილება, რაც ჯანდაცვის პროფესიონალთა ყველა თაობისათვის ყველაზე დიდი ჯილდოა

პაციენტის ჩართულობა სამედიცინო მომსახურების პროცესში სამედიცინო დაწესებულების გამარტივებული მოდელის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტის – „პროცესის“ დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას უზრუნველყოფს. თუმცა კიდევ ერთხელ ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა არაეფექტურია, როცა ის მხოლოდ ერთი რომელიმე კომპონენტის გაუმჯობესებისკენაა მიმართული. ხარისხის უზრუნველყოფა კონცენტრირებულია სისტემებსა და პროცესებზე. მომსახურების მიწოდების სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) აღწერა, ინფრასტრუქტურის მოწყობის ტექნიკური რეგლამენტი, სამედიცინო პერსონალის განათლების და პროფესიული უნარჩვევების, ასევე შედეგების (გამოსავალის) ხარისხის უზრუნველყოფა, ყველა დეტალზე ყურადღების გამახვილება ჯანდაცვის პროვაიდერებს და მენეჯერებს საშუალებას აძლევს, გაიგონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის კონცეფცია, სიღრმისეულად ჩანვდნენ მის არსს და ყველა ხელშემშლელი ფაქტორი სანყის ეტაპზევე აღმოფხვრან.

სამედიცინო მომსახურების პროცესში ნაკლოვანებების, ჩავარდნების და ნაპრალების გამოვლენა საკმარისი არ არის. ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემების წინააღმდეგ ბრძოლისაგან განსხვავებით, ხარისხის უზრუნველყოფა პრობლემების და საფრთხეების თვიდან აცილებას გულისხმობს.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის დანერგვის უფრო მაღალ ეტაპებზე ჯანდაცვის გუნდს ახალი პერსპექტივები და ახალი შესაძლებლობები ეძლევა. გუნდს შეუძლია გააანალიზოს პროცესები იმისათვის, რომ მოახდინოს პრობლემების პრევენცია მანამ, ვიდრე ის პაციენტს შეეხება და მას ზიანს მიაყენებს, ან სხვებზე ადრე აღმოფხვრას ის ხელშემშლელი ფაქტორები,

რომლებიც სამედიცინო დანესებულებას განვითარებაში უშლის ხელს; სხვა დანესებულებებთან შედარებით ადრევე დაინახოს, აღმოაჩინოს განვითარების შესაძლებლობები.

ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესის გასაანალიზებლად უამრავ ინფორმაციას იყენებს. პრობლემის ანალიზისა და მონიტორინგისადმი უბრალო, რაოდენობრივი მიდგომა წარმოადგენს ხარისხის გაუმჯობესების კიდევ ერთ, მნიშვნელოვან ასპექტს, თუმცა არა ერთადერთ მეთოდს. ინფორმაციაზე ორიენტირებული მეთოდები საშუალებას აძლევს ხარისხის უზრუნველყოფის გუნდს, გამოსცადოს თავისი თეორიები პრობლემის წარმოშობის საწყის მიზეზებთან მიმართებაში. პრობლემების ეფექტური მოგვარება ფაქტებზე, სტატისტიკაზე უნდა იყოს დაფუძნებული და არა ინდივიდუალურ მოსაზრებებზე. სამედიცინო მომსახურების პროცესის მონიტორინგი ადვილი არ არის. შეცდომების, დარღვევების, ნაკლოვანებების და ხარვეზების აღმოჩენისას მენეჯმენტის ზომიერი, პროპორციული და ადეკვატური რეაგირება პრინციპულ ხასიათს ატარებს, ვინაიდან აღმოჩენილ შეცდომაზე ან დარღვევაზე არაობიექტური გადაწყვეტილების მიღებამ შესაძლებელია გაართულოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების მონაწილეობა.

ზოგადად, სამედიცინო სერვისების მონიტორინგისას ტოლერანტობა მნიშვნელოვანია; შეცდომების ძიებისას თავიდან უნდა იქნეს აცილებული ცილისწამება და სხვისი გაკილვა. ეს მორალურად არასწორია და ექიმებს აიძულებს, თავი შორს დაიჭირონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განხილვის პროცესში მონაწილეობისაგან. ხარისხის უზრუნველყოფის მიზანი არის სამედიცინო პერსონალის განათლება და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების დახვეწა: ის უნდა დაუკავშირდეს ყველა ექიმის მუშაობის გაუმჯობესებას და არამარტო იმ ექიმების დასჯას, რომლებიც შეცდომებს უშვებენ. მხოლოდ ასეთი მიდგომითაა შესაძლებელი, დამყარდეს ახალი სახის ნდობა;

ორმხრივი ობიექტური კრიტიკა არ არის პირადი და დამამცირებელი, არამედ ის გამოხატავს ორმხრივ პატივისცემას და პაციენტების მდგომარეობის გაუმჯობესების სურვილს. დაუშვებელია არაობიექტური კრიტიკა, ხოლო, თუ კრიტიკა აუცილებელია, ის უნდა იყოს ობიექტური, კორექტული, კრიტიკის ობიექტის დაცინვის, დამცირების, განკითხვისა და განსჯისგან თავისუფალი (McIntyre N, Popper H. 1983, "The critical attitude in medicine: the need for a new ethics". BMJ; 287:1919-23).

ხარისხის უზრუნველყოფა ხელს უწყობს გუნდის მოტივირებას პრობლემების გადასაწყვეტად და ხარისხის გასაუმჯობესებლად. მიდგომას, რომელიც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების ჩართულობას ითვალისწინებს, ორი უპირატესობა გააჩნია. პირველ რიგში, მეტია იმის ალბათობა, რომ მიღებული სერვისი (პროდუქტი) მაღალხარისხიანი იქნება, რადგან გუნდის თითოეულ წევრს შეაქვს საკუთარი, უნიკალური ხედვა და მიდგომა ხარისხის გაუმჯობესების მცდელობაში. თანამშრომლობა ხელს უწყობს პრობლემის ზედმინევენით ანალიზს და ზრდის მისაღები გადაწყვეტილების შემუშავების ალბათობას. მეორე ფაქტორი იმაში მდგომარეობს, რომ ნაკლები იქნება წინააღმდეგობა თანამშრომლების მხრიდან; სამედიცინო პერსონალი უფრო ადვილად დაეთანხმება ცვლილებებს და მიიღებს მათ. იმის გათვალისწინებით, რომ თანამშრომლებმა თავად მიიღეს მონაწილეობა ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით დაგეგმილი ცვლილებების შემუშავებაში, კარგი შედეგების მიღების ალბათობა მნიშვნელოვნად იზრდება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მონაწილეობა ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში კონსენსუსის მიღწევის კარგი საშუალებაა და ამცირებს ცვლილებებისადმი თანამშრომელთა რეზისტენტობას და ნეგატიურ დამოკიდებულებას. უნდა აღინიშნოს, რომ ხარისხის უზრუნველყოფის განმარტება შესაძლოა ძალიან ფართო იყოს და მოიცავდეს პროგრამის მენეჯმენტის ყველა აქტივობას. ხარისხის უზრუნველყოფაში შეიძლება შედიოდეს ყველაფერი,

დანყებული განხორციელებული კვლევებიდან, დამთავრებული მენეჯმენტის და ტექნიკური პერსონალის აქტივობების სრული შეფასებით. პრაქტიკაში ხარისხის უზრუნველყოფის სფეროთა სიმრავლე და მასშტაბურობა დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულების საჭიროებებსა და შესაძლებლობებზე. როგორც ნესი, ხარისხის უზრუნველყოფის გეგმის შემუშავება ხდება შეზღუდული რესურსებით, ვინაიდან მენეჯმენტი სიფრთხილეს იჩენს და დამატებითი ხარჯების განწევას ერიდება; ერიდება იმ მიდგომებისა და მართვის მეთოდების მკვეთრ ცვლილებებსაც, რომელიც ინტეგრირებულია მენეჯმენტის არსებულ სისტემაში. თუმცა, თუ ორგანიზაციას ექნება ნება-სურვილი, ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდებისა და მიდგომების შემუშავების საქმეში თანამშრომლებს შორის ერთსულოვნების მიღწევა სავსებით შესაძლებელია. სამედიცინო დაწესებულებების ქსელში ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდოლოგიის ეტაპობრივი, თანმიმდევრული დანერგვა დაწესებულების მენეჯმენტის გაუმჯობესების პროგრამის ტოლფასია, რომელიც ცალკეული პროდუქციის და სერვისის ხარისხის გაუმჯობესების სახით გამოვლინდება.

მაღალი კლასის სამედიცინო მომსახურება. რას ნიშნავს CLAS

სამედიცინო სერვისების ნაციონალური სტანდარტები კულტურულად და ლინგვისტურად შესაბამისი უნდა იყოს პაციენტთა მოთხოვნებთან; ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია საუბარი მაღალი კლასის სამედიცინო სერვისებზე (CLAS – Culturally and Linguistically Appropriate Services).

მაღალი კლასის (CLAS) ნაციონალური სტანდარტების მიზანია, უზრუნველყოს ხელმისაწვდომობა და თანასწორობა ჯანდაცვაში, ასევე გააუმჯობესოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, შეიტანოს წვლილი ჯანდაცვის სფეროში არსებული უთანასწორობის შემცირებაში. აღნიშნულის მიღწევა შესაძლებელია ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის სპეციალური პროგრამებისა და პროექტების შემუშავების გზით.

მაღალი კლასის სამედიცინო სერვისების მიმართ ნაყენებული პრინციპული ხასიათის მოთხოვნები

მაღალპროფესიულ დონეზე სამედიცინო მომსახურების გარდა, სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსის ძირითადი პრინციპების და ფასეულობების აღიარება სამედიცინო სერვისების მიწოდების დროს (ყველა სახის დისკრიმინაციისაგან თავისუფალი სამედიცინო მომსახურება, პატივისცემა, თანასწორობა, ხელმისაწვდომობა, სამართლიანობა და ეფექტურობა).

1. სამედიცინო დაწესებულებამ პაციენტს უნდა მიაწოდოს თანასწორობის პრინციპებზე დაფუძნებული კვალიფიციური, ეფექტური, გასაგები და მისაღები სამედიცინო სერვისები. სამე-

დიცინო მომსახურება პაციენტის მიმართ გამოხატული პატივისცემითა და ღირსების დაცვით უნდა განხორციელდეს. სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა შეძლოს მაღალი ხარისხის ისეთი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, რომელიც პასუხობს განსხვავებული რწმენის, კულტურის, ტრადიციების, შეხედულებების და წეს-ჩვეულებების მქონე პაციენტის საჭიროებებს. მანვე უნდა შეარჩიოს სამედიცინო პერსონალი და ხელი შეუწყოს, დაეხმაროს კულტურულად და ლინგვისტურად განსხვავებული პაციენტების მართვას; დაწესებულების მართვა წარმართოს იმგვარად, რომ სერვისები პასუხობდეს კლინიკის კონტინგენტის და მომსახურების არეალში მცხოვრებთა საჭიროებებს.

2. სამედიცინო დაწესებულება ირჩევს მართვის, ხელმძღვანელობის, ლიდერობის იმგვარ ფორმებს, რომელიც ხელს შეუწყობს CLAS-ს სერვისების მიწოდებას, ასევე ხელმისაწვდომობის და თანასწორობის პოლიტიკის გატარებას სამედიცინო დაწესებულებაში.

3. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია, გაატაროს შესაფერისი პოლიტიკა და დანერგოს პრაქტიკა, რისთვისაც უწყვეტ რეჟიმში უნდა ჩაატაროს სწავლება და ტრენინგები მართვის, ხელმძღვანელობის, ლიდერობის და ადამიანური რესურსების მიმართულებით, იმუშაოს ისეთ საკითხებზე, როგორცაა კულტურულად და ლინგვისტურად მისაღები, პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი, მეგობრული გარემო სამედიცინო დაწესებულებაში, პაციენტების სამედიცინო მომსახურება დისკრიმინაციის გარეშე.

კომუნიკაცია და დახმარება ლინგვისტური ბარიერის დასაძლევად. ძირითადი პრინციპები

4. შესთავაზეთ დახმარება ლინგვისტური ბარიერის დასაძლევად იმ პაციენტებს, რომელთაც მშობლიური ენის გარდა სხვა ენების შეზღუდული ცოდნა და/ან სხვა საკომუნიკაციო საჭიროებები გააჩნიათ. როგორც წესი, მაღალი კლასის სამედიცინო დაწესებულებებში (ასევე სერვისების მიმწოდებელ სხვა დაწესებულებებში)

ბებში, მაგ., სასტუმრო) მათთვის ეს მომსახურება თავისუფალი უნდა იყოს ანაზღაურებისაგან, ანუ უფასო უნდა იყოს, რათა მენეჯმენტმა ხელი შეუწყოს სამედიცინო სერვისებზე წვდომას და არ შეფერხდეს სერვისების რეალიზაცია.

5. სამედიცინო დაწესებულების მიმღებში, რეცეფციაში, ვებგვერდზე უნდა განთავსდეს ინფორმაცია, რომ დაწესებულება უზრუნველყოფს ყველა ინდივიდისთვის ლინგვისტურად და კულტურულად მისაღები სერვისების მიწოდებას. პაციენტებმა წინასწარ უნდა იცოდნენ, რომ, ენობრივი ბარიერის არსებობის შემთხვევაში, სამედიცინო დახმარების მიღების დროს კომუნიკაცია შესაძლებელია როგორც ვერბალურ, ისე წერით ასპექტში.

6. სამედიცინო მომსახურების წინ პაციენტთან კომუნიკაციის მნიშვნელობის შესახებ სერვისის ყველა მიმწოდებელი კარგადაა ინფორმირებული, ამიტომ სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტმა უნდა უზრუნველყოს ენობრივი ბარიერის დაძლევა კომპეტენტური და კვალიფიციური პირის დახმარებით. დაუშვებელია თარგმნაში მოუშაადებელი პირის ან არასრულწლოვნების ჩართვა. ხშირად, მაღალი კლასის დაწესებულებების რეცეფციასა და მიმღებში თანამშრომლები რამდენიმე ენაზე საუბრობენ, რაც ხელს უწყობს სერვისების რეალიზაციას, ასევე მომხმარებელთა კეთილგანწყობას და კმაყოფილებას იწვევს.

7. სამედიცინო სერვისების მომხმარებლებს სამედიცინო დაწესებულებამ ინფორმაცია მარტივად და გასაგებად, სხვადასხვა სახის მულტიმედიური საშუალებებით უნდა მიიწოდოს. კლინიკამ უნდა გამოიყენოს სურათები ან მინიშნებები იმ ენაზე, რომელიც ფართოდაა გავრცელებული სამედიცინო დაწესებულების მოქმედების არეალში მცხოვრებთა შორის. არ არის გამორიცხული, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში საჭირო გახდეს შესტების ენის გამოყენებაც. ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოში, **სახელმწიფო ცნობს შესტების ენას პიროვნებათაშორის ურთიერთობის საშუალებად და უზრუნველყოფს აუცილებელი პირობების შექმნას მისი გამოყენებისა და განვითარებისათვის (საქართველოს კანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის**

მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“, მუხლი 5 – ჟესტების ენა). ამდენად, მენეჯმენტი კომუნიკაციაში შესაძლო ბარიერებისთვის მზად უნდა იყოს.

ჩართულობა, უწყვეტი გაუმჯობესება და ანგარიშვალდებულება

8. სამედიცინო დაწესებულების ვალდებულებაა, დასახოს კულტურულად და ლინგვისტურად შესაბამისი გეგმები, გაატაროს პოლიტიკა და უზრუნველყოს სერვისების მომხმარებელთათვის მენეჯმენტის ანგარიშის წარდგენა, სისტემატურად გაითვალისწინოს ყოველივე აღნიშნული ორგანიზაციის დაგეგმვასა და ოპერაციებში.

9. სისტემატურად ჩატარდეს ორგანიზაციის CLAS-თან დაკავშირებული აქტივობების შეფასება, რისთვისაც გამოყენებული უნდა იქნეს CLAS-ის გაზომვის საყოველთაოდ აღიარებული კრიტერიუმები. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებათა ნუსხაში, წმინდა პროფესიული საკითხების გვერდით, აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული სერვისების CLAS-ის გაზომვა/შეფასება.

10. დაწესებულება ვალდებულია, შეაგროვოს ზუსტი, სანდო და სარწმუნო დემოგრაფიული მონაცემები იმ მოსახლეობის შესახებ, რომელიც დაწესებულების მოქმედების არეალში ცხოვრობს, რათა მოახდინოს სამედიცინო სერვისების პოტენციური მომხმარებლების საჭიროებებთან მისადაგებული მაღალი CLAS-ის სერვისების მიწოდება. პრინციპი „თანასწორობა ჯანდაცვაში“ გულისხმობს სამედიცინო სერვისებზე მოსახლეობის გეოგრაფიულ, ფინანსურ, კულტურულ და ლინგვისტურ ხელმისაწვდომობას. „თანასწორობა ჯანდაცვაში“ მოითხოვს მოსახლეობის პერიოდულ ინფორმირებას შედეგებზე, რისთვისაც აუცილებელია შედეგებზე მორგებული სერვისების მონიტორინგი და შეფასება.

11. სამედიცინო დაწესებულებამ რეგულარულად უნდა ჩაატაროს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოსახლეობის საჭი-

როებების შეფასება და გამოიყენოს შედეგები ისეთი სერვისების დასაგეგმად და განსახორციელებლად, რომლებიც შეესაბამება როგორც მოსახლეობის სამედიცინო საჭიროებებს, ისე სერვისის არეალში მცხოვრებთა კულტურულ და ლინგვისტურ განსხვავებებს.

12. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტმა მჭიდროდ უნდა ითანამშრომლოს მოსახლეობასთან, ასევე სამედიცინო საკითხებით დაინტერესებულ სათემო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რათა მისაწოდებელი სამედიცინო სერვისების დიზაინი, დანერგვის, მიწოდების და სამედიცინო პროგრამების განხორციელების პოლიტიკა კულტურულ და ლინგვისტურ შესაბამისობაში იყოს მოსახლეობის საჭიროებებთან.

13. სამედიცინო დაწესებულებამ სამედიცინო მომსახურების პროცესში წარმოქმნილი არცერთი კონფლიქტური სიტუაცია ან პრობლემა რეაგირების გარეშე არ უნდა დატოვოს. საჭიროა დაინერგოს კონფლიქტისა და საჩივრის გადაჭრის კულტურული და ლინგვისტური პრაქტიკა, რათა დროულად მოხდეს კონფლიქტების გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიცირება, აღმოფხვრა და პრობლემის გადაწყვეტა. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტმა უყურადღებოდ არ უნდა დატოვოს არც ინტერპერსონალური კონფლიქტები; დეტალურად განიხილოს როგორც ფუნქციური, ისე დისფუნქციური კონფლიქტები და მიიღოს პროპორციული ზომები. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტისთვის განსაკუთრებული განხილვის საგანი უნდა იყოს პაციენტისა და სამედიცინო პერსონალის კონფლიქტები, საჩივრები, ყველა შენიშვნა და საქმიანი წინადადება, რომელსაც პაციენტი ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი მენეჯმენტს წარუდგენს.

14. მენეჯმენტის ვალდებულებაა, ორგანიზაციის ყველა აქციონერს, სერვისების მიწოდებაში მონაწილე სუბიექტებს, იურიდიულ თუ ფიზიკურ პირებს, ადგილობრივ თუ საერთაშორისო ორგანიზაციებს და, ზოგადად, საზოგადოებას მიაწოდოს ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია პროგრესი მაღალი CLAS-ის მომსახურების დანერგვისა და შენარჩუნების

მიმართულებით. ტრანსფარენტულობა და გამჭვირვალობა ჯანდაცვაში, პირველ რიგში, გულისხმობს ფართო საზოგადოებისათვის სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის შედეგების ღიად წარდგენას. საზოგადოებამ უნდა იცოდეს სამედიცინო მომსახურების შედეგებისა და მასთან დაკავშირებული ხარჯების შესახებ.

უთანასწორობის ყველა ფორმას შორის, უსამართლობა ჯანდაცვაში ყველაზე შოკისმომგვრელი და არაჰუმანურია.
დოქტორი მარტინ ლუთერ კინგი

თანასწორობა ჯანდაცვაში – ეს ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზანია, ვინაიდან ყველას აქვს მისაღები (ნორმალური) ხარისხის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უფლება. ამჟამად მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში განსხვავებული ეთნოსის, კულტურის, რწმენისა და შეხედულებების ინდივიდებს არ შეუძლიათ ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების მიღება რამდენიმე მიზეზის გამო. მათ შორისაა ისეთი სოციალური დეტერმინანტები, როგორებიცაა: განათლება, სიღარიბე, დასაქმება, ასაკი ან ის პირობები და გარემო, სადაც ინდივიდები დაიბადნენ, გაიზარდნენ, ცხოვრობდნენ და მუშაობდნენ (World Health Organization, 2012). ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და მოსახლეობის განათლების დონე მნიშვნელოვნად განაპირობებს ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას (HHS Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2010). სოციალური უსამართლობა და უთანასწორობა ჯანდაცვაში სერიოზული ბარიერია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში, ვინაიდან სამედიცინო დანესებულების მიერ „წარმოებული პროდუქტი“ – სამედიცინო სერვისები თუ მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომი არ იქნება, ჯანდაცვის დანესებულებათა ძალისხმევა უშედეგო და არაეფექტური აღმოჩნდება. სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის საქმეში ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია კულტურულად და ლინგვისტურად შესაბამისი სერვისების ნაკლებობა. მიუხედავად ჯანდაცვის სისტემაში არსებული დიდი ტექნოლოგიური ძვრების, წინსვლისა და განვითარებისა, ჯერ კიდევ პრობლემად რჩება სამედიცინო მომსახურების მიწოდება პაციენტის ღირსების დაცვით; ისეთი სამედიცინო

სერვისების მიწოდება, რომელიც პასუხობს ყველა ინდივიდის კულტურულ და ლინგვისტურ მოთხოვნებს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე საუბარი არ შეიძლება, თუ ადგილი აქვს პაციენტის დისკრიმინაციას. ამავე დროს, დისკრიმინაცია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უთანასწორობის შედეგია, რომელიც პირდაპირ გავლენას ახდენს ყველა ინდივიდის სიცოცხლის ხარისხზე. უთანასწორობა ჯანმრთელობის საკითხებში უარყოფით გავლენას ახდენს თემზე, სამეზობლოზე, მოსახლეობაზე და ფართო საზოგადოებაზე, რაც აღნიშნულ საკითხს არა მარტო ინდივიდუალური შემთხვევების საგნად, არამედ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემადაც აქცევს. აშშ-ში დათვლილ და შეფასებულ იქნა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უთანასწორო და შეუსაბამო დახმარების მიღების შედეგად გარდაცვალების შემთხვევების კომბინირებული ჯამი, რომელიც 1.24 ტრილიონ დოლარს შეადგენს (LaVeist, Gaskin, & Richard, 2009). კულტურულად და ლინგვისტურად შესაბამისი სერვისები დღეს უფრო მეტად აქტუალური და მნიშვნელოვანია, ვინაიდან CLAS სტანდარტების დანერგვა თავისთავად გამოიწვევს დისკრიმინაციას და სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების საქმეში ეფექტურ ღონისძიებად მიიჩნევა (Beach et al., 2004; Goode, Dunne, & Bronheim, 2006).

სამედიცინო დანებსებულებაში კულტურულად და ლინგვისტურად შესაბამისი სერვისების დასაწერად გარემოს მომზადება და სტრუქტურის შექმნა, ნაციონალური CLAS სტანდარტების დანერგვა შეამცირებს უთანასწორობას ჯანდაცვაში, შეამცირებს ჯანდაცვასთან დაკავშირებულ შეუსაბამობებს და გააუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

CLAS სტანდარტების შემუშავებასთან და დანერგვასთან დაკავშირებით, საერთაშორისო ორგანიზაციების მონოდება ეხმარება სხვადასხვა ქვეყანაში სამედიცინო სერვისების ხარისხის ერთმანეთთან მიახლოებას. გლობალური ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მიზანი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების საქმეში სამართლიანობის, ხელმისაწვდომობის და თანასწორუფლებიანობის

თაობაზე სრულ შესაბამისობაშია ჰუმანური ჯანმრთელობის სერვისების HHS-ის სამოქმედო გეგმასთან, რომელიც, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების გარდა, პროფესიული სამედიცინო სტანდარტების დახვეწასა და ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებას მოითხოვს. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა, პირველ რიგში, ჯანმრთელობის სერვისების მიღების საქმეში თანასწორობის მიღწევას გულისხმობს (**HHA National Partnership for Action to End Health Disparities, 2011**). სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის გეგმა ან პროექტი აუცილებლად უნდა შეიცავდეს ღონისძიებებს, რომლებიც ჯანმრთელობის თანასწორობის პოპულარიზაციას უკავშირდება.

ნაციონალური CLAS სტანდარტების შემუშავებისკენ მონოდება მიმართულია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში თანასწორუფლებიანობის გაძლიერებისაკენ, სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ. საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის სამედიცინო მომსახურების CLAS სტანდარტების შემუშავების დაგეგმვა და სწავლება მიმართულია ისე, რომ მოხდეს კულტურულად და ლინგვისტურად შესაბამისი სერვისების დანერგვა. აღნიშნული სტანდარტების მიღება ხელს შეუწყობს ყველა ქვეყანაში, საზღვრების მიუხედავად, ჯანმრთელობის სერვისების და, ზოგადად, ჯანდაცვის გაუმჯობესებას.

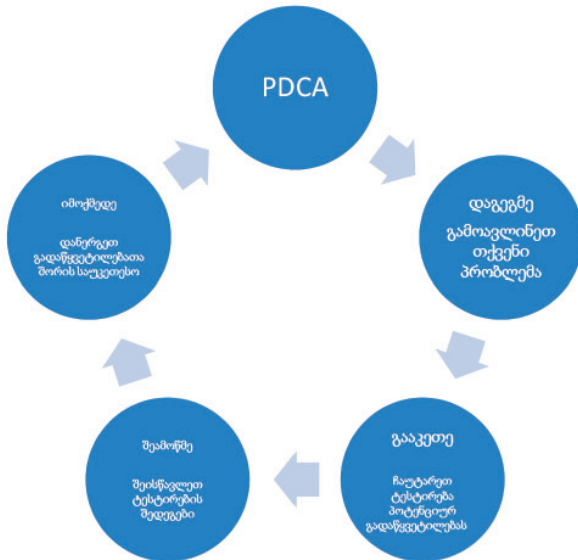
ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესი

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამები, ძირითადად, წარსულში განხორციელებული ხარისხის უზრუნველყოფის პროექტებიდან მიღებულ გამოცდილებას ეყრდნობა. დაბალ- და საშუალოშემოსავლიანი ქვეყნებისთვის განსაკუთრებით საინტერესოა ის პროექტები, რომლებიც უკვე განხორციელებულია ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მხარდაჭერით.

ზოგიერთი ამერიკული მოდელი მოიცავს ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლს, რომელიც მონოდებულ იქნა **R. Heather Palmer**-ის მიერ ამბულატორიული მომსახურების ნორმების დასადგენად. ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის ღრმა და დეტალურ განხილვამდე აუცილებელია ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლის შესწავლის მეთოდოლოგიის გაცნობა.

სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფა მუდმივ, განუწყვეტელ მუშაობას მოითხოვს. ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლს სხვაგვარად „დემინგის ბორბალს“ (**“Deming Wheel”**), „შევარტის ციკლს“ (**“Shewhart Cycle”**), **PDCA (Plan-Do-Check-Act)** ან **PDSA (Plan-Do-Study-Act)** უწოდებენ. „დაგეგმე, გააკეთე, შეამოწმე და ხარვეზების აღმოჩენისთანავე იმოქმედე“ წარმოადგენს ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლს. ამ მეთოდოლოგიური მიდგომით სარგებლობის კარგი მაგალითია პაციენტთა შთაბეჭდილებების სისტემატური შესწავლა როგორც კლინიკაში, ისე სოციალური ქსელების საშუალებით. ერთ-ერთი კლინიკის მენეჯერმა შენიშნა, რომ მათი სამედიცინო სერვისების მომხმარებელთა კმაყოფილების რეიტინგი პოპულარულ სოციალურ ქსელში კლებულობს. ბოლო კომენტარების მიხედვით ჩანს, რომ პაციენტების უმრავლესობა უჩივის მიმღებში სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას დიდი დაგვიანებით, ასევე საკვების მიწოდებას დაზიანებული კონტეინერით. მენეჯერმა მიიღო გადაწყვეტილება

ერთი თვის განმავლობაში მცირე მასშტაბის ექსპერიმენტული პროექტის განხორციელების თაობაზე. კერძოდ, მიმღებში დაამატა ერთი თანამშრომელი, ხოლო პაციენტთა კვების ორგანიზაციისთვის გამოსაცდელი ვადით სხვა კომპანია დაიქირავა. საკვების მომწოდებელ კომპანიას კლინიკის პაციენტების მცირე ჯგუფისთვის საკვების მიწოდება დაევალა. ერთი თვის შემდეგ მენეჯერი მიღებული შედეგით ნასიამოვნები დარჩა: სოციალურ ქსელში ექსპერიმენტულ პროექტში ჩართული პაციენტების ჯგუფში დადებითი კომენტარების რაოდენობა გაიზარდა. საბოლოოდ მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება საკვები პროდუქტების მომწოდებელ კომპანიასთან თანამშრომლობის გაგრძელების შესახებ. ზემოაღწერილი ნარმოდგენილი შემთხვევა კარგად წარმოაჩენს ე.წ. PDCA (Plan-Do-Check-Act) მეთოდოლოგიის სარგებელს. ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლი მენეჯმენტს ეხმარება სერვისების ხარისხის უწყვეტ გაუმჯობესებაში.



სურათი 3. PDCA – ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლი დაგეგმე-გაკეთე-შეამოწმე-იმიოქმდე

„დაგეგმე-გააკეთე-შეამოწმე-იმოქმედე“ (PDCA) ციკლი აღიარებულია, როგორც ეფექტიანი მართვის უწყვეტი ციკლი: მიზანი, შესაძლებლობების შეფასება, პრობლემის გამოვლენა, რამდენიმე ალტერნატივის გამოვლენა, მოვლენების ანალიზი, შერჩევა, პროგრამირება, კომუნიკაცია და მართვა, შედეგების შეფასება, ტენდენციებზე დაკვირვება. ლიტერატურული წყაროების მიხედვით, მრავალი მეცნიერი ავტორის მიერ დასაბუთებულია ამ პროცესების თანმიმდევრულად გამოყენების ეფექტიანობა.

„დაგეგმე-გააკეთე-შეამოწმე-იმოქმედე“ ციკლი ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის ერთ-ერთი ცნობილი თავისებურებაა. ის გულისხმობს, რომ ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემამ შემდეგნაირად უნდა იმუშაოს: პირველ ეტაპზე უნდა დაიგეგმოს (მაგალითად, „სწავლების გეგმა“); მეორე ეტაპზე უნდა განხორციელდეს („გააკეთე“); მესამე ეტაპზე უნდა ჩაირთოს კონტროლის მექანიზმები, თუ რა მუშაობს და რა არ მუშაობს, და, შესაბამისად, მოიძებნოს მიზეზები („შეამოწმე“); საბოლოო ეტაპზე შედეგები უნდა შეჯამდეს და ამ შედეგებს ახალი ციკლის დაწყებისაკენ მივყავართ („იმოქმედე“). ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლი 10-საფეხურიან პროცესს მოიცავს, რომელიც შეიმუშავა აშშ ჯანდაცვის ორგანიზაციების აკრედიტაციის ერთობლივმა კომისიამ JCI (Joint Commission International) და ხარისხის უწყვეტ გაუმჯობესებას CQI-ს (Continuous Quality Improvement) ითვალისწინებს. ხარისხის უზრუნველყოფის 10-საფეხურიანი ციკლი ჯანდაცვის დანესებულებაში ხარისხის მენეჯმენტისთვის შემუშავებულ საერთო მიდგომებს მოიცავს. განვითარებულ ქვეყნებში აპრობირებული ხარისხის უზრუნველყოფის მოდელი ხელს უწყობს სხვადასხვა მოდელის ძლიერი თვისებების ინტეგრირებას, ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობათა დაგეგმვის და დანერგვის მარტივ, ლოგიკურ პროცესში. ხარისხის უზრუნველყოფისთვის ადრეული მოდელების მსგავსად, ხარისხის უზრუნველყოფის მოდელი განსაზღვრავს ნორმებს, სტანდარტებსა და ინდიკატორებს; ახდენს ხარისხის ანალიზსა და შეფასებას, მუშაობს ჯანდაცვის პროვაიდერებთან თანამონაწილეობის პრინციპის საფუძველზე და უპი-

რატესობას პარიტეტულ საწყისებზე აგებულ ურთიერთობას ანიჭებს, ახორციელებს ქმედებებს შეფასებისა და მონიტორინგის შედეგებზე დაყრდნობით. **ხაზგასმით აღსანიშნავია, რომ შეფასების ინდიკატორების თაობაზე სერვისების მიმწოდებელნი წინასწარ უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი, უფრო მეტიც, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორები სერვისების მიმწოდებლებთან ერთად უნდა იქნეს შემუშავებული.** სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ინდიკატორებისთვის სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება შესაძლებელი უნდა იყოს იმ სტატისტიკური ფორმებიდან, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულება რუტინულად აწარმოებს. ხარისხის უზრუნველყოფის ციკლის დანერგვის დროს მეთოდოლოგიური თვალსაზრისით შესაძლოა ყველაზე მნიშვნელოვანი იყოს ის, რომ იგი წინა პლანზე აყენებს სამედიცინო სერვისების მიწოდების ხარისხის გაუმჯობესების განმეორებად პროცესებს. დროთა განმავლობაში შესაძლებელია აღნიშნული პროცესის ინტეგრირება მენეჯმენტის მიერ უკვე დაწყებულ და მიმდინარე პროგრამებში. ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის განსახორციელებლად ხარისხის უზრუნველყოფის არჩეული მოდელი საჭიროებს ხარისხის საწყისი დონის შეფასებას. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი საწყის ეტაპზე უნდა შეფასდეს როგორც „მისაღები“ ან „ნორმალური“, რათა შესაძლებელი გახდეს კარგი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიღწევა.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესი რესურსტევადი სამუშაოების ჩატარებას უკავშირდება. პროფესიულ ცოდნათან ერთად იგი მოითხოვს მენეჯმენტის სურვილს, გააუმჯობესოს ხარისხი, რისთვისაც მენეჯმენტმა უნდა შეიმუშაოს ხარისხის გაუმჯობესების პროგრამა/პროექტი. მენეჯმენტი უნდა ფლობდეს ზედმინევნიტ კარგ საკომუნიკაციო უნარებს; დაწესებულების ხელმძღვანელობამ გუნდის წევრებთან დამაჯერებელი და დამარწმუნებელი საუბრით უნდა მიაღწიოს შეთანხმებას ცვლილებების განხორციელების აუცილებლობის თაობაზე.

„ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემების 94%-ზე პასუხისმგებლობა მენეჯმენტს ეკისრება. მენეჯმენტის პირველი ნაბიჯი მიმართული უნდა იყოს იმ წინააღმდეგობების აღმოფხვრისკენ, რომლებიც თანამშრომლებს ხელს უშლის საქმის სათანადოდ შესრულებაში“ (E.Deming, 1986).

ხარისხის უზრუნველყოფის ქვემოთ მოცემული პროცესის ნაკითხვისას შესაძლოა ბევრმა სამედიცინო დაწესებულებამ ჩათვალოს, რომ ხარისხის გაუმჯობესების გზაზე იგი უკვე კონკრეტულ ნაბიჯებს დგამს. შესაძლოა, თავისი აქტივობების აღწერისას არ იყენებს ტერმინს „ხარისხის უზრუნველყოფა“, მაგრამ შინაარსით მსგავს ღონისძიებებს ატარებს. თუმცა ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების გზაზე თითოეული ნაბიჯის განსახორციელებლად საჭიროა დრო და ძალისხმევა. რესურსების განსაზღვრა დამოკიდებული იქნება იმაზე, თუ რა სახის ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობები იყო წარსულში განხორციელებული. მაგალითად, ორგანიზაცია, რომელსაც გააჩნია მოქმედი მონიტორინგის სისტემა, ნაკლებ დროს დახარჯავს ნაბიჯი 4-ის (ხარისხის მონიტორინგის) განსახორციელებლად, ვიდრე ის ორგანიზაცია, რომელიც პირველად იწყებს ხარისხის მონიტორინგს. ნაბიჯი 2-ის (სტანდარტების და სპეციფიკაციების დადგენა) განხორციელებისას შესაძლოა ზოგიერთმა ორგანიზაციამ უბრალოდ გადაახალისოს არსებული ნორმები ან პრაქტიკული საქმიანობის სახელმძღვანელოები, სხვებს კი შესაძლოა საკმაოდ დიდი დროის დახარჯვა მოუხდეს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) შემუშავებაზე. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტი, ვიდრე ფაქტობრივად დაიწყებს ხარისხის გაუმჯობესების ეტაპის მიხედვით აქტიურობას, უეჭველად უნდა გაეცნოს ხარისხის უზრუნველყოფის ათივე საფეხურს. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ორგანიზაციამ, რომელიც ახლა ეცნობა ხარისხის უზრუნველყოფას, ზედაპირულად მაინც, მისი ყველა ნაბიჯი გაიაროს. ამ გზით შეძლებს, არ გამოტოვოს არცერთი საკვანძო კომპონენტი და, ამასთანავე, პროცესში ჩართულ ყველა პირს საბაზისო ინფორმაცია მიაწოდოს.

პრაქტიკაში ხარისხის გაუმჯობესება არის ციკლური, ინტერაქტიული პროცესი, რომლის დანერგვა უნდა მოხდეს მოქნილად, კონკრეტული პროგრამის საჭიროებათა გათვალისწინებით (იხილეთ ქვემოთ მოცემული გრაფიკული გამოსახულება „ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის ათი ნაბიჯი“).

პროცესის დაწყება შესაძლებელია საერთო სტანდარტების და ნორმების განსაზღვრის გზით, როგორც ეს 1-3 ნაბიჯებშია აღწერილი, ან ხარისხის გაუმჯობესების მცირემასშტაბიანი აქტივობებით (ნაბიჯები 5-10). პროცესის დაწყების ალტერნატიულ გზას მონიტორინგი წარმოადგენს (ნაბიჯი 4). შესაძლოა, ზოგიერთმა გუნდმა პარალელურად ორი ფაზის განხორციელებაც კი გადაწყვიტოს. მაგალითად, სრული მონიტორინგის და პრობლემების გადაწყვეტაზე ფოკუსირების დაწყება შესაძლებელია კოორდინირებულად, პარალელურად დაგეგმილი ღონისძიებების სახით.

ხარისხის უზრუნველყოფის დაგეგმვა

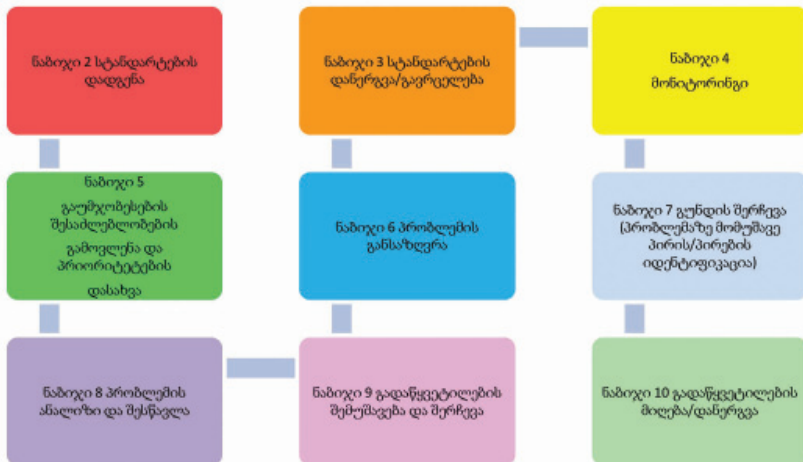
სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების პროცესის წარმართვა პრინციპით „არ ავნო“, ასევე სამედიცინო სერვისების მიწოდებისას გარანტირებული უნდა იყოს:

- უსაფრთხოება
- ეფექტურობა
- პაციენტზე ორიენტირებულობა
- დროულობა
- ეფექტიანობა
- თანასწორობა

(წყარო: IOM ჯანმრთელობის ინსტიტუტი, აშშ)

ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის ათი ნაბიჯი

ნაბიჯი 1 – გეგმა



ნაბიჯი 1 – გეგმა

ხარისხის უზრუნველყოფის დაგეგმვის პროცესში პირველი ნაბიჯი სწორედ გეგმის შედგენაა, რომელიც გულისხმობს ორგანიზაციის მომზადებას, ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების აქტივობების განხორციელებას. დაგეგმვა – ეს არის უმთავრესი პროცესი, რომლის მიხედვით კონკრეტული ღონისძიება რეალიზდება წინასწარ შედგენილი კონცეფციითა და მიზნის მიხედვით შერჩეული საჭირო რესურსებით. დაგეგმვა ნიშნავს:

- სწორად განისაზღვროს, რატომ კეთდება ესა თუ ის ღონისძიება;
- გაიგო, რას ემსახურება მისი უმთავრესი მიზანი;
- დარწმუნდე, რა ამოცანები უნდა გადაწყდეს მოცემული ღონისძიების წარმატებით რეალიზებისთვის.

დაგეგმვის პროცესი იწყება არსებითი თემის ანუ კონცეფციის ჩამოყალიბებით. აქ იგულისხმება იდეების განხილვა, მათ შორის ყველაზე საუკეთესო ვარიანტის შერჩევა და მის გარშემო სცენარის შემუშავება. მენეჯმენტის სახელმძღვანელოების ავტორების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ წინასწარ მოფიქრებული გეგმის გარშემო ქმედება წარუმატებლობის საწინდარია. მხოლოდ კარგად მოფიქრებული და კარგად დაგეგმილი ღონისძიება არის შედეგიანი.

ღონისძიებათა დაგეგმვა იწყება დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის არეალის (პროფილის) განსაზღვრით, იმის მიხედვით, თუ რომელი სერვისების მიწოდებას ან რა სახის სამედიცინო მომსახურებას უნდა შეეხოს პროცესი.

მენეჯმენტის მონდომების, ძალისხმევის და დიდი მატერიალური რესურსების ხარჯვის მიუხედავად, სამედიცინო დაწესებულებათა უმრავლესობისთვის შეუძლებელია ხარისხის უზრუნველყოფა და გაუმჯობესება ერთდროულად ყველა სფეროში, ყველა მიმართულებით. ამის ნაცვლად, ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებათა დანერგვა ხდება რამდენიმე კრიტიკულ სფეროში. ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის დაწყებისას, ხშირად,

განსაკუთრებული ყურადღება პრიორიტეტულ და, ამავე დროს, პრობლემურ სფეროებს ეთმობა.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების არეალის განსაზღვრის თაობაზე სამედიცინო დანებსებულების მენეჯმენტის მიერ გადანყვეტილების მიღების შემდეგ აუცილებლად უნდა იქნეს შერჩეული ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების მეთოდოლოგიური მიდგომა. **შესაძლოა დანებსებულების ხელმძღვანელობამ გაუმჯობესების სფეროების განსაზღვრის მიზნით ყურადღება გაამახვილოს მონიტორინგის ჩატარებაზე ან სტატისტიკური მონაცემების შესწავლაზე, ან იმ შემთხვევების გაანალიზებაზე, სადაც სამედიცინო მომსახურებას სასურველი შედეგი არ მოჰყვა.** სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების დაგეგმვის ფაზაში კიდევ ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს მოვალეობათა გადანაწილება, რომელიც გუნდის წევრებს შორის ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობათა შესრულებასთან დაკავშირებული ფუნქცია-მოვალეობების სწორად გადანაწილებას გულისხმობს. აღნიშნული მიდგომის არჩევის შემთხვევაში, შესაძლოა აუცილებელი გახდეს ხარისხის სამსახურის შექმნა, ხარისხის უზრუნველყოფის კომიტეტის შეკრება ან ხარისხის უზრუნველყოფის საწყისი აქტივობების შესრულებაზე პასუხისმგებელი სპეციალური გუნდის ჩამოყალიბება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების პროგრამის შედგენისას თუ:

- პროგრამის/პროექტის მიზანი გაუგებარია,
- მკაფიოდ არ არის დიფერენცირებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებები და ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობები,
- პროგრამა/პროექტი არ შეესაბამება დანებსებულების და სამედიცინო სერვისების მომხმარებელთა საჭიროებებს,
- საერთო ორგანიზაციული დაგეგმვა და მენეჯმენტი სუსტია, სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა/პროექტი შესაძლებელია ჩავარდეს ან აუცილებელი გახდეს

პროგრამის/პროექტის გადახედვა და სიღრმისეული, სტრატეგიული ცვლილებების განხორციელება.

სამედიცინო დაწესებულების სტრატეგიული დაგეგმვა რთული, ხანგრძლივი და რესურსტევადი პროცესია. ის იწყება ორგანიზაციის მისიის, ადგილისა და როლის განსაზღვრით მთლიანად ჯანდაცვის სისტემაში, ასევე კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში სამედიცინო ბაზრის კვლევით და ამ ბაზარზე მისი მნიშვნელობის განსაზღვრით, დაწესებულების სამედიცინო სერვისების პოტენციური მომხმარებლების და საკუთარი ნიშის განსაზღვრით სამედიცინო ბაზარზე. სტრატეგიული დაგეგმვის შემდგომ ეტაპს წარმოადგენს ბიზნესგარემოს შესწავლა, რაც გულისხმობს როგორც გარემოს შესაძლებლობებისა და შეზღუდვების, ასევე ორგანიზაციის შიდა უპირატესობებისა და სისუსტეების შეფასებას. იმ შემთხვევაში, თუ ლოკალურ სამედიცინო ბაზარზე იმავე პროფილის სხვა სამედიცინო დაწესებულებებიც არსებობს, სწორად უნდა შეფასდეს კონკურენციასთან დაკავშირებული რისკები და საფრთხეები. საერთოდ, სტრატეგიული დაგეგმვა ნათელ სურათს იძლევა იმის შესახებ, თუ რა უნდა გააკეთოს ორგანიზაციამ დასახული მიზნების მისაღწევად. გეოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და სხვა გარემო პირობების შესწავლა-შეფასების შემდეგ, პროგრამის/პროექტის მისიისა და ხედვის საფუძველზე ორგანიზაციას შეუძლია განსაზღვროს ხარისხის უზრუნველყოფის პრიორიტეტები. ყოველივე ჩამოთვლილი წარმოადგენს ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის/პროექტის მომზადების წინაპირობას.

2. სტანდარტების დადგენა

სტანდარტები და სპეციფიკაციები

სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში უაღრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს თანმიმდევრულობას დაგეგმვის დროს.

მაღალი ხარისხის სამედიცინო სერვისების მიწოდების საქმეში თანმიმდევრულობის უზრუნველსაყოფად, ორგანიზაციამ უნდა გადაიტანოს თავისი პროგრამული მიზნები და ორიენტირები ოპერაციული პროცედურების შედგენაზე. „ოპერაციული პროცედურები“ გულისხმობს კონკრეტული სამედიცინო სერვისის მიწოდების პროცესის ზედმიწევნით დეტალურ აღწერას სერვისის შექმნიდან პაციენტთან მისი მიტანის, სამედიცინო მომსახურების განწვევის პროცესის აღწერის ჩათვლით. ფართო გაგებით, სტანდარტი ნიშნავს დოკუმენტს, რომელიც რაიმე ტიპის პროდუქციის, მომსახურების, პროცესის ტექნიკურ მახასიათებლებს ან წარმოების წესებს ადგენს. თუ პროდუქციის წარმოებისას ეს მახასიათებლები დაცულია, ამბობენ, რომ პროდუქცია ან სერვისი სტანდარტს შეესაბამება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, „სტანდარტი“ არის დადგენილება, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს და ინფორმაციას იძლევა იმის შესახებ, რომ მოსალოდნელი სამედიცინო მომსახურება ნორმას შეესაბამება და მისაღებია, ეფუძნება აღიარებულ ლიტერატურულ წყაროებს და მეცნიერულ მტკიცებულებებს. სამედიცინო დაწესებულებაში „სტანდარტის“ ცნება ხშირად გულისხმობს ტექნიკურ რეგლამენტს, პრაქტიკულ სახელმძღვანელოს, გაიდლაინს, კლინიკურ ოქმს (პროტოკოლს), ადმინისტრაციული პროცედურების ან სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების აღწერას, პროდუქტების ჩამონათვალს და აღწერილობას, ასევე შესრულების თანმიმდევრობის დეტალურ აღწერას და წესებს. ლიტერატურულ წყაროებში „სტანდარტის“ სხვადასხვა განმარტებაა მოცემული, მაგალითად:

ა) „სტანდარტი“ არის კონსენსუსის საფუძველზე შემუშავებული და კომპეტენტური ორგანოს მიერ რეგისტრირებული დოკუმენტი, რომელიც საყოველთაო და მრავალჯერადი გამოყენებისათვის ადგენს წესებს, ზოგად პრინციპებს ან მახასიათებლებს სხვადასხვა საქმიანობისათვის, მოქმედებისათვის ან მისი შედეგებისათვის, გარკვეულ სფეროში მოქმედებათა უნიფიცირების და ოპტიმიზაციის მიზნით.

ბ) სამედიცინო დაწესებულების (სანარმოს) „შიდა სტანდარტი“ არის სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტის მიერ (მენარმის) შემუშავებული სტანდარტი, სადაც დეტალურადაა მოცემული ამა თუ იმ დაავადების ან ჩარევის აღწერილობა, მითითებულია ის სპეციფიკური ტექნიკური მოთხოვნები, რომლებსაც აკმაყოფილებს პროდუქტი, პროცესი ან მომსახურება. ერთი კონკრეტული კლინიკის (სანარმოს) „შიდა სტანდარტი“ სხვა იურიდიული პირისათვის სტანდარტად არ განიხილება, ასევე, „შიდა სტანდარტი“ მარეგულირებელ ორგანოებში რეგისტრაციას არ საჭიროებს. სამედიცინო დაწესებულების „შიდა სტანდარტის“ ბოლოს მითითებული უნდა იყოს ის ლიტერატურული წყაროები, რომელსაც სტანდარტი ეფუძნება.

კონკრეტული დაავადების მკურნალობის და მისანოდებელი სამედიცინო სერვისის სტანდარტი შესაძლებელია მოიცავდეს ლაბორატორიული გამოკვლევების, საჭირო სპეციალისტების კონსულტაციების, მედიკამენტების და სამედიცინო დანიშნულების საგნების ჩამონათვალს. სამედიცინო საზოგადოება სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებს მოკლედ “SOP”-ს უწოდებს, რომელსაც თავისი განმარტება გააჩნია: სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა (სოპ) – კომპეტენტური პირებისთვის ერთგვაროვანი (სტანდარტული) გზით განხორციელებული, სამედიცინო დაწესებულების მიერ დამტკიცებული და დანერგილი დოკუმენტია, რომელიც კონკრეტული ფუნქციის, დავალების, პროცესისა და მეთოდის დეტალური ინსტრუქციაა.

გაიდლაინი ან პრაქტიკული სახელმძღვანელო, რომელსაც ზოგჯერ კლინიკურ ოქმს ან პრაქტიკული ღონისძიებების ჩამონათვალს უწოდებენ, განსაზღვრავს, როგორ წარიმართება კლინიკური პროცესები, მაგალითად „გაიდლაინი და პროტოკოლი ორსულობის ანტენატური მეთვალყურეობის შესახებ“. გაიდლაინი სტანდარტების ნაკრები და ერთგვარი სახელმძღვანელოა, რომელიც განიხილება როგორც „განვითარების სისტემატურ პროცესში მყოფი დადგენილება“. გაიდლაინი ეხმარება მედიკოსს და პაციენტს სპეციფიკური კლინიკური შემთხვევებისას მოსალოდ-

ნელი სამედიცინო მომსახურების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების აღწერის დოკუმენტი ხშირად შეიცავს ინფორმაციას არაკლინიკური საკითხების თაობაზე. მაგალითად, სოპ ლაბორატორიული კვლევებისთვის შეიცავს საჭირო რეაქტივების დასახელებას, სამედიცინო დანიშნულების საგნების ჩამონათვალს, ლაბორატორიული გამოკვლევის პროცესის აღწერილობას, აპარატურის დასახელებას, სერიას, ნომერს, ასევე გამოყენებული აღჭურვილობის ან ინსტრუმენტების ტექნიკურ სპეციფიკაციას და სხვა.

სამედიცინო ჩარევის, მანიპულაციების, სხვადასხვა ინვაზიური პროცედურების შესრულების სტანდარტი წარმოადგენს სპეციფიკური კრიტერიუმების ნაკრებს, რომელიც გამოიყენება მომსახურების მიწოდების და მისი თანმიმდევრი აქტივობების შედეგების შესაფასებლად. ის ასევე გამოიყენება კონკრეტული სამედიცინო მომსახურების თაობაზე მოწოდებულ ლიტერატურულ წყაროებთან, მეცნიერულ კვლევებთან, სახელმძღვანელოებთან და გაიდლაინებთან შესაბამისობის გასაზომად. სამედიცინო ჩარევის განსახორციელებლად შექმნილი სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების თანმიმდევრული აღწერილობა თავისი შინაარსით გარკვეულწილად განსხვავდება გაიდლაინისაგან, ვინაიდან სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები შექმნილია კლინიკური პრაქტიკის შესაფასებლად. სტანდარტები განიხილება, როგორც „ჯანდაცვის შესაბამისი ავტორიტეტული ორგანოს დადგენილებით (ბრძანებით) დამტკიცებული ნორმატიული აქტი, რომელიც გამოიყენება (1) მისაღები შედეგის მინიმალური დონის განსაზღვრისთვის, (2) შესრულების ან შედეგების სრულყოფილი დონის განსაზღვრისთვის ან (3) მისაღები შესრულების ან შედეგების არეალის განსაზღვრისთვის“. სამედიცინო მომსახურების სტანდარტი ეყრდნობა ავტორიტეტულ ლიტერატურულ წყაროებს, მას ქმნიან დარგის აღიარებული სპეციალისტები და, ხშირად, ჯანდაცვის შედეგების შესაფასებლად გამოიყენება. თუ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ამსახველი მაჩვენებლები გაუარესდება ან კონკრეტული დაავადების მკურნალო-

ბა ხშირ შემთხვევაში არაეფექტურია და სასურველ შედეგს არ იძლევა, დარგის ექსპერტები იწყებენ მსჯელობას მკურნალობის სტანდარტების გადახედვასთან დაკავშირებით. ზოგჯერ, ჯანმრთელობის შედეგების გაზომვა რთულია და ხარჯებთანაა დაკავშირებული. სამედიცინო პროგრამების ეფექტურობის შეფასებისას, ხშირად, შესაძლებელია შუალედური შედეგების მონიტორინგი, მაგალითად, დასახული ღონისძიებების შესრულების დონე ან დაფარვის ზონა, ანუ პროგრამის მოსარგებლეთა რაოდენობა. მაგალითად: ორსულთა ანტენატური მეთვალყურეობის პროგრამის მონიტორინგისას შუალედური შეფასებისთვის გამოიყენება დროის გარკვეულ მონაკვეთში რეგისტრირებული ორსულების რაოდენობა; პროგრამის ეფექტურობაზე მსჯელობისას განიხილება პროგრამის რეგისტრირებულ მოსარგებლეთა შორის 12 კვირის ორსულობის ვადამდე აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების %-ული რაოდენობა. პროგრამის ეფექტურობაზე ასევე მსჯელობენ რეგისტრირებულ მოსარგებლეთა შორის იმ პაციენტების რაოდენობის მიხედვით, რომელთაც პროგრამით გათვალისწინებული ყველა ვიზიტი დადგენილ ვადებში შეასრულეს. თუ დროულად აღრიცხვაზე აყვანილი ორსულების რაოდენობა მოსალოდნელზე მეტია, თუ რეგისტრირებულ ორსულთა შორის მაღალია იმ ორსულთა ხვედრითი წილი, რომელთაც პროგრამით გათვალისწინებული ყველა ვიზიტი დროულად შეასრულეს და, მიუხედავად ამისა, ორსულობის შედეგები მაინც შორსაა სასურველისაგან: მაღალია სპონტანური აბორტების, ნაადრევი მშობიარობის, ორსულობის და მშობიარობის გართულებების რაოდენობა, დარგის ექსპერტები ორსულთა მეთვალყურეობის დამტკიცებული სტანდარტების გადახედვის აუცილებლობაზე იწყებენ მსჯელობას. ანუ დღის წესრიგში დგება საკითხი ორსულთა ანტენატური მეთვალყურეობის პროგრამის ფარგლებში მიწოდებული სერვისების ხარისხის შესწავლის შესახებ. სამედიცინო მომსახურების სტანდარტი მონიტორინგის სისტემის საკვანძო ფაქტორს წარმოადგენს; აღწერილია მე-4 ნაბიჯში.

სახელმძღვანელოები, გაიდლაინები, პროტოკოლები, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, ინსტრუქციები, წესები და შესრულების/საქმიანობის სტანდარტები შემუშავებულ უნდა იქნეს როგორც კლინიკური, ასევე მენეჯმენტის სფეროსთვის. სტანდარტები უნდა ასახავდეს სამედიცინო სერვისების მომხმარებლების, საზოგადოების და ჯანდაცვის სპეციალისტების ხედვას. ორივე მხარის ხედვის გათვალისწინება აუცილებელია დაგეგმილი აქტივობების ეფექტურობის და საზოგადოებისათვის მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად. მედიცინის მეცნიერების განვითარების კვალდაკვალ, ახალი ტექნოლოგიების და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შემუშავებასთან ერთად, სამედიცინო პერსონალმა პერიოდულად უნდა მოახდინოს გაიდლაინების, პროტოკოლების, სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების გადახედვა, შემოწმება და განახლება.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ზოგიერთი პროგრამისთვის სტანდარტების და სპეციფიკაციების დადგენა მოიცავს არსებული სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების განხილვა- გადახედვას, მათ აქტუალურობაში დასარწმუნებლად. სხვა შემთხვევაში, სხვა პროგრამებისთვის შესაძლოა მნიშვნელოვანი იყოს პროფესიონალებს შორის მსჯელობის გამართვა და კონსენსუსის, დარგის სპეციალისტების უმრავლესობის მხარდაჭერის მიღწევა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების ზოგიერთ პროგრამას შესაძლოა ახალი სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტების ჩამოყალიბება დასჭირდეს, განსაკუთრებით იმ პროგრამების შემთხვევაში, რომლის ანალოგიც ქვეყანას არ გააჩნია. ამ დროს რეკომენდებული და სასარგებლოა საყოველთაოდ აღიარებული რესურსების გამოყენება. მაგალითად, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია თავისი რეკომენდაციებით განვითარებადი ქვეყნების ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებს ეხმარება სამედიცინო სერვისების მიწოდების ოქმების (პროტოკოლების) შედგენაში. მაგალითად, ჯანმოს პროექტ PRICOR (Primary Health Care

Operations Research Project)-ის ფარგლებში შემუშავებულ იქნა განვითარებადი ქვეყნების პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში გამოყენებისთვის განკუთვნილი კლინიკური სახელმძღვანელოები. PRICOR-ის ცნობარი ასახავს ბავშვის გადარჩენისთვის აუცილებელი შვიდი მომსახურების სახელმძღვანელოს: იმუნიზაცია, ორალური რეჰიდრატაციული თერაპია, ორსულთა მეთვალყურეობა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და ოჯახის დაგეგმვა, ბავშვის ზრდის მონიტორინგი, მწვავე რესპირაციული დაავადებების და მალარიის მკურნალობა. პროექტის ფარგლებში ასევე შემუშავებულ იქნა მენეჯმენტის სახელმძღვანელო შვიდი მიმართულებით: დაგეგმვა, კონტროლი, ტრენინგი, ლოჯისტიკა, ფინანსური მენეჯმენტი, საინფორმაციო სისტემის მენეჯმენტი და საზოგადოების ორგანიზება. მთლიანობაში, სახელმძღვანელოთა ნაკრები საკმაოდ ღირებული ინტელექტუალური პროდუქტია სტანდარტებზე მუშაობის დაწყების წინ.

ჯანდაცვის თანამშრომლები ყველა დონეზე მონაწილეობენ სახელმძღვანელოების მომზადებასა და სტანდარტების შემუშავებაში. ხშირად, ჯანდაცვის მუშაკები უფრო უკეთესად იცნობენ მოსახლეობის მოთხოვნებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და სამედიცინო სერვისების მიწოდების ლოკალურ პირობებს, ვიდრე მაღალი დონის მენეჯერები. შედეგად, ჯანდაცვის პროფესიონალთა მიერ მომზადებული სახელმძღვანელოების ეფექტურობის შანსი უფრო მაღალია. გარდა ამისა, სამედიცინო პერსონალის აქტიური ჩართვა და მონაწილეობა სამედიცინო სერვისების სტანდარტების მომზადების საქმეში პასუხისმგებლობის ამაღლებას განაპირობებს და ხელს უწყობს ხარისხის დაცვის ვალდებულების ჩამოყალიბებას, ვინაიდან ჯანდაცვის პროფესიონალები უფრო მეტი მონდომებით დაწერგავენ ხარისხის სტანდარტებს და დაიცავენ იმ მოთხოვნებს, რომელთა ჩამოყალიბებაში თავად მიიღეს მონაწილეობა. პრაქტიკამ ცხადყო, რომ სამედიცინო სერვისების მიწოდებლები, ჯანდაცვის პროფესიონალები, ექიმები, ზოგადად, გუნდის წევრები უფრო ადვილად იღებენ სიახლეებს და ცდილობენ ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობების დაწერ-

გვას ყოველდღიურ კლინიკურ საქმიანობაში მაშინ, როცა სამედიცინო დაწესებულების გუნდის წევრები თავად არიან ჩართულნი ხარისხის წესების შემუშავებაში. ხარისხის სტანდარტების და პროგრამების მომზადების პროცესში ჩართული თანამშრომლები სხვებთან შედარებით უკეთ გააცნობიერებენ, რომ მიწოდებული სამედიცინო სერვისების ხარისხის შეფასებისას პაციენტები თუ სხვა დაინტერესებული პირები სწორედ მათ მიერ შემუშავებული სტანდარტების მიხედვით იმსჯელებენ.

3. სტანდარტების დანერგვა/გავრცელება

სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტების დანერგვა

სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტების და სახელმძღვანელოების შემუშავების დროს მეტად მნიშვნელოვანია ცვლილებების განხორციელების აუცილებლობის დასაბუთება, ასევე პრაქტიკული სახელმძღვანელოების, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების და შესრულების სტანდარტების განსაზღვრის დროს სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა, ხოლო შემდგომ პერიოდში უმნიშვნელოვანესია კლინიკურ პრაქტიკაში მათი დანერგვა; სამედიცინო პერსონალმა თავად უნდა დაამკვიდროს სამედიცინო სერვისების მიწოდების დროს ხარისხის სტანდარტებით სარგებლობის კულტურა და ხელი შეუწყოს მათ პოპულარიზაციას. ამ გზით, ჯანდაცვის თითოეული პროფესიონალი, ზედამხედველი, მენეჯერი და დამხმარე პერსონალი გააცნობიერებს, თუ რა არის მათი მხრიდან საჭირო. გუნდის წევრთა ჩართულობა ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, მით უფრო მაშინ, როცა მიმდინარე ტრენინგში და ზედამხედველობის პროცესში ნაკლოვანებები აღინიშნება. თუ სახელმძღვანელოები და პროცედურები ახალი შემუშავებულია, მოსალოდნელია სისუსტეები და ხარვეზები, რამაც შესაძლებელია თანამშრომელთა შორის მცდა-

რი ინფორმაციის გავრცელება გამოიწვიოს. ასევე, ახალი სტანდარტების დანერგვის ხარვეზებსა და ნაკლოვანებებს შესაძლოა სამედიცინო მომსახურების პროცესში მონაწილე ადამიანების მცდარი დადანიშნულება მოჰყვეს, მაშინ, როდესაც უხარისხო სამედიცინო სერვისების მიწოდების მიზეზს შეიძლება სისტემატური ნაკლოვანებები წარმოადგენდეს. გარდა ამისა, ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებები, რომელიც ძირითადად კონტროლით და ზედამხედველობით იწყება, თანამშრომელთა შორის ეჭვს უფრო იწვევს, ვიდრე მხარდაჭერას. ხარისხის უზრუნველყოფის სპეციალისტების მრავალწლიანი დაკვირვებით გამოიკვეთა, რომ სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველსაყოფად უმნიშვნელოვანესია სამედიცინო პერსონალის მხრიდან მხარდაჭერის მიღწევა და ასევე შემდეგი თანმიმდევრობის დაცვა: ხარისხის უზრუნველყოფის ღონისძიებების დაგეგმვა, სტანდარტების შემუშავება, თანამშრომელთა სწავლება და ცვლილებების განხორციელება, განხორციელებულ ცვლილებებზე დაკვირვება და ზედამხედველობა, ნაკლოვანებების აღმოჩენის შემთხვევაში მყისიერი ჩარევა და საჭირო მოქმედებების განხორციელება.

სამედიცინო დანებსებულების მენეჯერებსა და პროფესიონალთა გუნდს, ხარისხთან დაკავშირებით, ორმხრივი პასუხისმგებლობა ეკისრება: კლინიკის მენეჯმენტის და თანამშრომლების პარტნიორობას სამედიცინო სერვისების ხარისხის უზრუნველყოფის საქმეში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება. თანამშრომლობა აგებულია ხარისხის უზრუნველყოფის აუცილებლობის განმარტებაზე. სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტების გავრცელებასთან ერთად უნდა შედგეს დიალოგი სტანდარტებისა და სახელმძღვანელოების შესახებ. ყოველი ახალი რეგულაცია, ახალი სტანდარტი ან ახალი ინსტრუქცია, რომელიც შემუშავებული იქნება ჯანდაცვის სისტემის მარეგულირებელი კომპეტენტური ორგანოს ან თვით დანებსებულების მენეჯმენტის მიერ, აუცილებლად უნდა იქნეს განხილული იმ პროფესიონალთა მონაწილეობით, რომელთა ვალდებულებასაც წარმოადგენს ხარისხის სტანდარტების შესრულება. სიახლეების შესახებ სათანადო გან-

მარტებების მიღების გარეშე ჯანდაცვის პროფესიონალები ვერ შეძლებენ ახალი სტანდარტებით სარგებლობას, შესაბამისად, ვერ უზრუნველყოფენ ხარისხის სტანდარტების დანერგვასა და გავრცელებას.

ახალი სტანდარტების დანერგვის ღონისძიებები, როგორც წესი, მოიცავს: თითოეული თანამშრომლისთვის სამუშაოთა აღწერილობის მომზადებას, თანამშრომელთათვის მათ გაცნობას და განხილვას, დასმულ კითხვებზე ამომწურავი პასუხების გაცემას და სიახლეების დანერგვის დაწყებას საცდელ რეჟიმში, რასაც ზოგჯერ სამედიცინო სერვისების გაუმჯობესების პროექტის „პილოტირებასაც“ უწოდებენ. სახელმძღვანელოებისა და სტანდარტების გავრცელების აქტივობები შესაძლებელია მოიცავდეს სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლის მიერ ძირითადი, ფუნდამენტური სახელმძღვანელოებისაგან დამხმარე, მოკლე ინსტრუქციების შექმნას, ტრენინგის პროგრამების შემუშავებასა და წარმართვას, ახალი პროცედურების შესახებ ოფიციალური კონფერენციების ან არაოფიციალური პრეზენტაციების გამართვას ზედამხედველობის ღონისძიებათა გამოყენებით; სამუშაო ადგილას, სამუშაოსაგან მოუწყვეტლად, პარალელურ რეჟიმში სწავლების უზრუნველყოფას და პროვაიდერების ინფორმირებას სამედიცინო სერვისების მიწოდების ახალი წესების თაობაზე, ასევე სიახლეებისა და ცვლილებების შესახებ ადმინისტრაციული განცხადებების გავრცელებას.

4. სამედიცინო სერვისების ხარისხის მონიტორინგი

სამედიცინო სერვისების ხარისხის თაობაზე ინფორმაციის შეკრება, სისტემატიზაცია და ანალიზი ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის ერთ-ერთი მთავარი, შეიძლება ითქვას, საკვანძო საკითხია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესახებ ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია აუდიტის, მონიტორინგის ან კვლევის ჩატარების საშუალებით. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესახებ ინფორმაციის მოპოვებასთან დაკავშირებულ

აქტივობებს ხშირად ხარისხის გაზომვას უწოდებენ. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესწავლა, გაზომვა და შეფასება რთული, მრავალმხრივი, კომპლექსური, ძვირადღირებული, დროისა და რესურსების დიდ დანახარჯებთან დაკავშირებული პროცესია, რომელიც მენეჯმენტს ეხმარება ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზომვის პროცესს ხშირად ხელს უშლიან თანამშრომლები, ვინაიდან ყველას უნდა, რომ სხვა თავად გაზომოს; თანამშრომელთა ნაწილისთვის სათანადოდ არ არის განმარტებული ხარისხის გაზომვის აუცილებლობა, ასევე არ არის მიწოდებული ინფორმაცია გაზომვის წესებთან დაკავშირებით, რაც მენეჯმენტის შეცდომად შეიძლება ჩაითვალოს. ხარისხის გაზომვის და შესწავლის ძირითადი მიზანია პრობლემების, ხარვეზების, ნაკლოვანებების, ჩავარდნების, ნაპრალების გამოვლენა და აღმოჩენილი ხარვეზების დროულად შესწორება. მონიტორინგი წარმოადგენს ინფორმაციის სტანდარტულ შეგროვებას და განხილვას, რაც საჭიროა იმის შესაფასებლად, თუ რამდენად ხდება პროგრამით დადგენილი ნორმების დაცვა და შედეგების გაუმჯობესება. საკვანძო საკითხების მონიტორინგით მენეჯერებს და მაკონტროლებლებს შეუძლიათ განსაზღვრონ, მიმდინარეობს თუ არა მომსახურების მიწოდება დადგენილი პრაქტიკის შესაბამისად და აღწევს თუ არა იგი სასურველ შედეგს. ხარისხის უზრუნველყოფა მოიცავს პროცესის ახალ მიმართულებას, რამაც განვითარებად ქვეყნებში დიდი გავლენა მოახდინა მონიტორინგსა და ინფორმაციის შეგროვებაზე. მხოლოდ შედეგების შეფასება ან სხვა მომსახურების სტატისტიკის გამოყენება, რაც ტრადიციულად განვითარებადი ქვეყნების მონიტორინგის სისტემისთვის არის დამახასიათებელი, პრობლემების გადაჭრის კუთხით შეზღუდულ სურათს იძლევა. პროცესის დეტალური შეფასება სპეციალური საერთო კვლევების მეშვეობით ან, თუნდაც, სტანდარტული შეფასება, იძლევა ინფორმაციას მომსახურების მიწოდების სპეციფიკური პრობლემების შესახებ.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამაში მონიტორინგის სისტემას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება. სამუხაზოდ, განვითარებად ქვეყნებში ინფორმაციის შეგროვების არსებულ სისტემათა უმრავლესობა რთული გამოსაყენებელია ხარისხის უზრუნველყოფაში. გარკვეული თვალსაზრისით, შესაძლოა წარმოიქმნას არსებული მონიტორინგის სისტემების გარდაქმნის საჭიროება. თუმცა აღნიშნულის განხორციელება რეკომენდებული არ არის სანყისი აქტივობის სახით; ამას შესაძლოა ბევრი დრო დასჭირდეს და დიდი წინააღმდეგობა მოჰყვეს. ხშირად, პროგრამის პერსონალის ჩართვა პრობლემების მოსაგვარებლად ინფორმაციის გამოყენებასა (იხილეთ ნაბიჯები 5-11) და სისტემის გარდაქმნის სამუშაოებში უკეთეს შედეგს იძლევა.

მონიტორინგის სისტემის შექმნა (ან გარდაქმნა) მოითხოვს მოსალოდნელი ხარისხის შესახებ დადგენილებათა გადაყვანას საზომ ერთეულებში. იგი ასევე საჭიროებს შესრულების ზღვრული ბარიერის დადგენას, ინფორმაციის წყაროების შერჩევას, სისტემის ჩამოყალიბებას ინფორმაციის შეგროვებისა და შედეგების დამუშავებისთვის, ასევე მონიტორინგის განხორციელებას (მოცემულ აქტივობათაგან თითოეული ქვემოთ არის განხილული). მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, თუ რა სახის ინფორმაცია იქნება გამოყენებული სისტემის სხვადასხვა დონეზე. მაგალითად, ქვედა დონის მენეჯერს შეუძლია შეაგროვოს საკმაოდ მოცულობითი ინფორმაცია მომსახურების ხარისხისა და მიწოდების შესახებ, თუმცა შეუძლია შეაჯამოს ამ ინფორმაციის მხოლოდ მცირე ნაწილი ზედა დონის მენეჯერებისთვის. ზოგადად, ყველა დონეზე მომუშავე პერსონალი უნდა იყოს ჩართული მონიტორინგის სისტემის შექმნაში, რათა თითოეულმა მათგანმა საჭირო ინფორმაცია მიიღოს.

▪ *მაჩვენებლების შერჩევა:* მაჩვენებელი არის არსებული შესრულების სისტემის საზომი მახასიათებელი, რომელიც განსაზღვრავს, თუ რამდენად მოხერხდა სასურველი შედეგის მიღწევა ან რა დონეზე ხდება სახელმძღვანელო სტანდარტების და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შესრულება. მაჩვენებელი

ნებლები გამოიყენება ხარისხის მონიტორინგის ან მნიშვნელოვან კლინიკურ და მენეჯერულ აქტივობათა შესაბამისობის განსაზღვრისთვის. ყველა სტანდარტისა და სპეციფიკაციისთვის მაჩვენებლის შერჩევა საჭირო არ არის. მაჩვენებელთა რიცხვი მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი საკვანძო პრობლემების შეფასებისა და პოტენციურად პრობლემური სფეროების განსაზღვრისას.

▪ *ზღვარის დადგენა*: პროგრამაში ზღვარი განსაზღვრავს მისაღები შესრულების დონეს, რომელიც მაჩვენებლების მეშვეობით იზომება კონკრეტულ მონაკვეთში, კონკრეტულ დროს. ისინი საშუალებას აძლევენ პროგრამის პერსონალს, გამოავლინოს პოტენციური პრობლემები და სფეროები, სადაც გაუმჯობესება საჭირო. შესრულების ზღვარი შესაძლოა ეფუძნებოდეს რისკების და ოპერაციული შესრულებადობის კლინიკურ ან სამედიცინო ცოდნას. მაგალითად, იმუნიზაციის ზოგიერთი პროგრამა ზღვარის სახით ადგენს 80-პროცენტთან დაფარვას. შესრულების მისაღები დონე შედარებითია და უნდა გადაიხედოს პირობების ან პრიორიტეტების ცვლილების შემთხვევაში. ზღვარის როლი მოტივაციის სტიმულირებაში მდგომარეობს, მაშინ, როდესაც მაჩვენებლები პროგრამის არაადეკვატურ შესრულებაზე მიანიშნებს. შესრულების ზღვარი ყველა შემთხვევაში აუცილებელი არ არის და მისი დადგენა მხოლოდ პროგრამის პერსონალთან კონსულტაციის შემდეგ უნდა მოხდეს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების მიღებისას ზღვარის დადგენას პოტენციური საფრთხეები ახლავს. მუდმივი გაუმჯობესების მოტივირების ნაცვლად, ზღვარის დადგენამ შესაძლოა გამოიწვიოს მცდარი შეხედულება იმის თაობაზე, რომ ზოგიერთი შეცდომა მისაღებია და ზღვარის მიღწევის შემთხვევაში შემდგომი გაუმჯობესების აუცილებლობა აღარ არსებობს. ამ პოტენციური საფრთხის მიუხედავად, სწორად გამოყენების შემთხვევაში, შესრულების ზღვარი დაეხმარება გუნდს პრიორიტეტების დასახვასა და მუდმივი გაუმჯობესების პოპულარიზაციაში.

▪ *ინფორმაციის წყაროების შერჩევა:* იმის გამო, რომ ბევრი ორგანიზაცია უკვე ეწევა ინფორმაციის შეგროვებას, პირველი ინფორმაციის წყარო, რომელიც გამოკვლევას საჭიროებს, არის არსებული საინფორმაციო სისტემა. ზოგჯერ შესაძლებელია მცირე ცვლილების შეტანა, რაც უზრუნველყოფს ინფორმაციის მოპოვებას მასშტაბური ზომების მიღების გარეშე. ინფორმაციის სხვა წყაროები მოიცავს შემოთავაზების ყუთებს, პრეტენზიების რეესტრს, კლინიკურ ჩანაწერებს, სამედიცინო დაწესებულების რეესტრს, გამოკითხვებს, ინვენტარიზაციას და სამუშაოს შესრულებაზე დაკვირვებას. იმის გამო, რომ მონიტორინგი სტანდარტულ პროცედურას წარმოადგენს, დამატებითი ინფორმაციის შეგროვება მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ დიდი მოცულობის ინფორმაციის შეგროვების ტვირთი ჯანდაცვის დამხმარე თანამშრომლებს არ დაანევს. ზოგადად, ჯანდაცვის თანამშრომლებს არ უნდა დაევალოს იმ ინფორმაციის შეგროვება, რომელსაც ისინი საკუთარ პრაქტიკაში ვერ გამოიყენებენ. ინფორმაცია, რომელიც ლოკალურ დონეზე გამოიყენება, ხოლო შემდეგ დამუშავებული სახით გადაეცემა ზედა დონის მენეჯერებს, უფრო მეტად უწყობს ხელს კონსტრუქციულ დიალოგს ჯანდაცვის თანამშრომლებსა და მენეჯერებს შორის, პრობლემებისა და პრიორიტეტების თაობაზე.

▪ *სისტემის ჩამოყალიბება ინფორმაციის შეგროვებისა და დამუშავებისთვის:* მნიშვნელოვანია იმის განსაზღვრა, თუ ვინ შეაგროვებს და დაამუშავებს ინფორმაციას, განსაზღვრავს მისი შეგროვების და დამუშავების სიხშირეს, ჩამოაყალიბებს მისი შედეგების გამოცხადების მექანიზმს და გრაფიკს. ამ სისტემის შემუშავება უნდა მოხდეს ყველა დონეზე მომუშავე პერსონალის მონაწილეობით და იგი პერიოდულად უნდა გადაიხედოს. დროთა განმავლობაში, პერსონალის წევრებს უნდა ჩამოუყალიბდეთ თვითმონიტორინგის უნარი და ისინი ნაკლებად უნდა იყვნენ დამოკიდებული საშუალო და ცენტრალური დონის მენეჯერებზე.

▪ *მონიტორინგის აქტივობათა დანერგვა:* სისტემის ჩამოყალიბების და ვალდებულებათა გადანაწილების შემდეგ შესაძლებელია

ბელია ინფორმაციის შეგროვების და დამუშავების დაწყება. მონიტორინგის სისტემის სანყისი ფაზის განმავლობაში ჯანდაცვის თანამშრომლებს დასჭირდებათ დახმარება ინფორმაციის შეგროვებასა და გამოყენებაში. აქ მხარდაჭერა უმნიშვნელოვანესია, თუ მონიტორინგი მაკონტროლებელი საშუალების სახით იქნება გამოყენებული.

ყველა აქტივობის მუდმივი მონიტორინგის ნაცვლად, შესაძლებელია მონიტორინგის სისტემაში აქტივობათა ინდექსის ან შემთხვევის მაჩვენებლის გამოყენება, რაც პროგრამის სხვადასხვა სფეროს მოიცავს. მაგალითად, პროგრამის მენეჯერს შეუძლია მოახდინოს იმუნიზაციის, ჰიპერტონიისა და პნევმონიის მკურნალობის მონიტორინგი. შემთხვევის აღნიშნული მაჩვენებლები ერთად მოიცავს პრევენციული მომსახურების და ქრონიკულ და მწვავე დაავადებათა მენეჯმენტს როგორც ბავშვებში, ისე ზრდასრულებში. შემდეგ უნდა მოხდეს მონიტორინგის შედეგად გამოვლენილი შემთხვევების ჩანაცვლება ან მოდიფიცირება, რათა დაკმაყოფილდეს საზოგადოების ცვალებადი საჭიროებები. ასევე უნდა მოხდეს მათი გაფართოება ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების ფარგლებში. მნიშვნელოვანია მონიტორინგის სისტემის შეზღუდვა მხოლოდ უმნიშვნელოვანესი ინფორმაციის შეგროვებით და გამოყენებით.

სისტემების ანალიზი კიდევ ერთი შეფასების მეთოდია, რომლის გამოყენება შესაძლებელია მომსახურების მიწოდების პრობლემების გამოსავლენად. მომსახურების ხარისხის შეფასების ტექნიკა, რომელიც პირველად განვითარებადი ქვეყნების პირველად სამედიცინო მომსახურებაში PRICOR-ის მიერ დაინერგა, შედგება სტანდარტული პროცედურების და ჯანდაცვის თანამშრომელთა მუშაობის სრული შეფასებისგან. იგი, ძირითადად, რეალურ და იმპროვიზებულ მუშაობაზე დაკვირვებას ეფუძნება. მსგავსი სისტემის ანალიზების განხორციელება შესაძლებელია საბაზისო ფარგლებში, პრობლემების გამოსავლენად და გასაზომად, იქამდე, სანამ ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა დაიწყება. ასევე შესაძლებელია მათი პერიოდული განხორციელება, სრულად ან

ნანილობრივ, ზოგადი გაუმჯობესების შესაფასებლად და პროგრამის თავსებადობის დასადასტურებლად.

5. გაუმჯობესების შესაძლებლობების გამოვლენა და პრიორიტეტების დასახვა

პროგრამის მენეჯერებს შეუძლიათ გამოავლინონ ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობები აქტივობათა მონიტორინგით და შეფასებით. ეფექტური მონიტორინგის სისტემის საშუალებით, ჯანდაცვის პროგრამებს შეუძლიათ საზოგადოების და პაციენტების სპეციალური გამოკითხვების ან სრულმასშტაბიანი შეფასების ჩატარება, როგორც არის PRICORII-ის სისტემების ანალიზის მეთოდოლოგია. ეს კვლევები მომსახურების მიწოდების საყურადღებო პრობლემებს გამოავლენს. სხვა საშუალებები მოიცავს პრიორიტეტების შემოთავაზებებს ჯანდაცვის თანამშრომლებისგან, შესრულების სისტემის პროცესის ანალიზს, პაციენტების გამოხმაურებათა და პრეტენზიების განხილვას და იდეების ჩამოყალიბებას კოლექტიური განხილვის შედეგად ან გუნდის სხვა მეთოდოლოგიის საფუძველზე. პრობლემის გამოვლენაში თანამონაწილეობის მიდგომის დანერგვას რამდენიმე უპირატესობა გააჩნია. პირველ რიგში, შეფასების და წინასწარი ანალიზის ხარისხი შესაძლოა უკეთესი იყოს, რადგან მონაწილეობენ ისინი, ვინც უშუალოდ არიან ჩართულნი პროცესში. მეორე უპირატესობა იმაში მდგომარეობს, რომ პერსონალის წევრებს უფრო დიდი სურვილი ექნებათ, ითანამშრომლონ პროგრამასთან და საკუთარი წვლილი შეიტანონ მასში, თუ თავად მიიღებენ მონაწილეობას პრობლემების გამოვლენაში.

მას შემდეგ, რაც სამედიცინო დანესებულების გუნდი გამოავლენს რამდენიმე პრობლემას, მან უნდა დაადგინოს ხარისხის გაუმჯობესების პრიორიტეტები, ერთი ან ორი პრობლემური სფეროს შერჩევით, რომელზეც მოხდება ყურადღების გამახვილება. შერჩევის კრიტერიუმები მერყეობს სხვადასხვა პროგრამას შორის. პროცესი უნდა წარიმართოს ორი მნიშვნელოვანი პრინციპის

საფუძველზე. კრიტერიუმები უნდა ასახავდნენ გუნდურ და არა ინდივიდუალურ პრიორიტეტებს. გარდა ამისა, ისინი დეტალურად უნდა იქნეს ჩამოყალიბებული ისე, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესი რაც შეიძლება ობიექტური და ზედმინვენით შესაბამისი იყოს. კრიტერიუმები შესაძლოა მოიცავდეს პრობლემის გადაწყვეტის ტექნიკურ განხორციელებას, ხარისხის გაუმჯობესების პოტენციურ გავლენას საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ან საჭირო, ხელმისაწვდომი რესურსების ადეკვატურობას.

PRICORII-ის მიერ განვითარებად ქვეყნებში განუღმმა ხარისხის გაუმჯობესების სამუშაოებმა პრიორიტეტების დასახვის საკითხში რამდენიმე მნიშვნელოვანი ფაქტორი გამოავლინა. პირველ რიგში, პრობლემა უნდა შედიოდეს ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების გამტარებელი პირების პასუხისმგებლობის და უფლებამოსილების ფარგლებში. რაიმეს შეცვლის მცდელობა, როდესაც აღნიშნული ლოკალურ კონტროლს არ ექვემდებარება, როგორც წესი, ნარუმატებლობით სრულდება. იმავე თვალსაზრისით, ყოველთვის უკეთესია ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების გატარების დაწყება მცირე, მართვად პრობლემებზე ყურადღების გამახვილებით და არა რთულ, კომპლექსურ პრობლემებთან შეჭიდებით. მოგვარებადი პრობლემების გადაწყვეტა გაზრდის ნდობას ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის მიმართ. გუნდს შეუძლია შეარჩიოს პრიორიტეტები სხვადასხვა ჯგუფური გადაწყვეტილების მიღების მეთოდოლოგიის გამოყენებით, როგორცაა: რიგითობა, ხმის მიცემა ან გადაწყვეტილების მატრიცა, რომელიც ითვალისწინებს რამდენიმე კრიტერიუმს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

6. პრობლემის განსაზღვრა

პრობლემის შერჩევის შემდეგ გუნდმა უნდა მოახდინოს მისი ოპერაციული განსაზღვრა – დაადგინოს სხვაობა ფაქტობრივ შესრულებასა და სახელმძღვანელოებითა და სტანდარტებით დადგენილ შესრულებას შორის. პრობლემის ფორმულირება უნ-

და განსაზღვრავდეს პრობლემას და მის გამოხატულებას. მასში ნათლად უნდა იყოს ასახული, თუ სად იწყება პრობლემა და სად მთავრდება, ასევე, როგორ უნდა იქნეს დადგენილი, რომ პრობლემა ამოიწურა. პრობლემის ფორმულირების შემუშავება გადამწყვეტ ნაბიჯს წარმოადგენს ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესში, ხოლო მისი სიმარტივე შესაძლოა მატყუარა აღმოჩნდეს. ხშირად პრობლემის საწყისი ფორმულირება მხოლოდ მის მიზეზს მოიცავს – „ჩვენ არ გვაქვს ლაბორატორია“ ან მის არასრულ გადანიშნულებას – „ჩვენ გვჭირდება მეტი პერსონალი“. ზოგჯერ პრობლემა მეტისმეტად ზოგადია და არ ითვალისწინებს კონკრეტულ, ეტაპობრივ გადანიშნულებას – „ჩვენ არ ვმუშაობთ გუნდურად“. ასევე, შესაძლოა, შეცდომა პრობლემის ფორმულირებაში უკავშირდებოდეს ყურადღების გამახვილებას დადანიშნულებაზე და არა პრობლემის აღწერილობაზე – „ექთნები პაციენტებს ზრდილობიანად არ ექცევიან“. პრობლემები მკაფიოდ უნდა უკავშირდებოდეს მომსახურების ხარისხს ან მოსახლეობის ჯანმრთელობას; ისინი უნდა ეხებოდეს კონკრეტულ პროცესს ან აქტივობას ისე, რომ შესაძლებელი გახდეს გაუმჯობესების ზომებზე ფოკუსირება და მათი შეფასება.

პრობლემის განსაზღვრა განმეორებადი პროცესია: როდესაც გუნდის წევრები შეეცდებიან პრობლემის განსაზღვრას, ისინი ყურადღებას გაამახვილებენ საკუთარი ნაბიჯების გადახედვაზე. მათ შესაძლოა გადანიშნულებით პრობლემის შეზღუდვა ან შეარჩიონ მრავალი ასპექტის მქონე პრობლემის ერთი მიზეზი. კონკრეტული ოპერაციული პრობლემის განსაზღვრისას, სავარაუდოდ, გუნდის წევრები დაიწყებენ მერყეობას დიდ, უმართავ პრობლემებსა და მცირე პრობლემას შორის. მათ შესაძლოა იგრძნონ, რომ მრავალნახნაგიანი ოპერაციული პრობლემა, რომლის განსაზღვრასაც ცდილობენ, ყურადღებად არ ღირს, რადგან იგი უფრო დიდი პრობლემის მცირე ნაწილია. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ გუნდმა საკმარისი დრო დაუთმოს პრობლემის გარკვევას და მის მნიშვნელობასთან დაკავშირებით კონსენსუსის მიღწევას. ზემოხსენებული ფაქტორების გათვალისწინების გარეშე, ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესი წინ არ წავა.

7. გუნდის შერჩევა (პრობლემაზე მომუშავე პირის/პირების იდენტიფიკაცია)

მას შემდეგ, რაც ჯანდაცვის პერსონალი პრობლემის შერჩევისა და განსაზღვრაში თანამონაწილეობის მიდგომას დანერგავს, მან უნდა დანიშნოს მცირე გუნდი კონკრეტულ პრობლემაზე სამუშაოდ. გუნდი გაანალიზებს პრობლემას, შეიმუშავებს ხარისხის გაუმჯობესების გეგმას, დანერგავს და შეაფასებს ხარისხის გაუმჯობესების ზომას. გუნდში უნდა შევიდნენ ისინი, ვინც დაკავშირებული არიან პრობლემატურ აქტივობასთან (ან აქტივობებთან), მის რესურსებთან და/ან სარგებელს იღებენ მისგან. ეს უზრუნველყოფს პროცესთან დაკავშირებით ყველაზე მცოდნე პირების ჩართულობას.

ცხრილი. პრობლემის განსაზღვრა

მწირი პრობლემის ფორმულირება	პრობლემის ფორმულირების სისუსტეები	გაუმჯობესებული პრობლემის ფორმულირება
პრობლემა 1: ჩვენ არ გვაქვს ლაბორატორია.	პრობლემის ფორმულირება შეიცავს მხოლოდ მიზეზს.	ტუბერკულოზზე ეჭვისას პირველ რიგში უნდა ჩატარდეს ნაცხის ანალიზი. ამ მომენტისთვის კი ანალიზი ჩატარდა შემთხვევათა მხოლოდ 25 პროცენტში.
პრობლემა 2: ჩვენ გვჭირდება მეტი პერსონალი.	პრობლემის ფორმულირება შეიცავს მის არასრულ გადანყვეტას.	კლინიკაში მოსული პაციენტების ოცდაათ პროცენტს უარს ეუბნებიან სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე.

პრობლემა 3: ჩვენ არ ვმუშაობთ გუნდურად.	პრობლემის ფორმულირება მეტისმეტად ზოგადია კონკრეტული ქმედებისთვის.	სამედიცინო დანესებულების გუნდის წევრები ერთად არ გეგმავენ კლინიკის გაუმჯობესების ზომებს.
---	--	--

ეფექტური გუნდური მუშაობა გამონვევებით აღსავსე, მუდმივი პროცესია. სამედიცინო ცენტრის გუნდებს ხშირ შემთხვევებში დასჭირდება ტრენინგი დაგეგმვასთან და მხარდამჭერ შეხვედრებთან, ეფექტურ კომუნიკაციასთან, ჯგუფური გადაწყვეტილებების მიღებასა და კონფლიქტების მოგვარებასთან დაკავშირებულ ძირითად უნარებში. ქმედითი გუნდის ჩამოყალიბებას დრო, მოთმინება და მდგრადობა სჭირდება.

8. პრობლემის გაანალიზება და შესწავლა საწყისი მიზეზის გამოსავლენად

მნიშვნელოვანი და მდგრადი ხარისხის გაუმჯობესების ზომების მიღწევა დამოკიდებულია პრობლემისა და მისი საწყისი მიზეზის გააზრებაზე. სამედიცინო მომსახურების მინოდების კომპლექსურობის გათვალისწინებით, საწყისი მიზეზების ნათელი განსაზღვრა მოითხოვს სისტემატურ, სიღრმისეულ ანალიზს.

პროცესის ან პრობლემის გასაანალიზებლად შესაძლებელია ისეთი ანალიტიკური საშუალებების გამოყენება, როგორებიცაა: სისტემური მოდელირება, ნაკადების სქემები და მიზეზზე დამოკიდებულების გრაფიკი. რამდენიმე პოტენციური მიზეზის განსაზღვრის შემდეგ, გუნდმა უნდა დაადგინოს რომელი მათგანია ყველაზე საზიანო, რადგან, შესაძლოა ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემების 80 პროცენტი ორი ან სამი მიზეზიდან გამომდინარეობდეს. ამ კრიტიკულ მიზეზებზე ყურადღების გამახვილებით, პრობლემების მოგვარებისთვის შექმნილ გუნდს მინიმალური ძალისხმევით მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების მიღწევა შეუძლია.

მხოლოდ ანალიტიკური საშუალებები არ იძლევა საკმარის ინფორმაციას. შესაძლოა პრობლემების გადაწყვეტის გუნდს სიღრმისეული კვლევის ჩატარება დასჭირდეს. მსგავსი კვლევა შესაძლოა ეფუძნებოდეს კლინიკური ჩანაწერების განხილვას, სამედიცინო ცენტრის რეესტრის ინფორმაციას, პერსონალის ან პაციენტების გამოკითხვას, მომსახურების მიწოდებაზე დაკვირვებას ან ზემოთ მოცემულის ნებისმიერ კომბინაციას. კვლევა უნდა გასცდეს პრობლემის დოკუმენტირებას და გამოიკვლიოს საწყისი მიზეზი. აღნიშნულ ფაზაში პრობლემების გადაწყვეტა ხშირად საჭიროებს საბაზისო სტატისტიკური ხელსაწყოების გამოყენებას. ეს შესაძლოა მოიცავდეს საკონტროლო სიების, ჰისტოგრამების, სკატერგრამების, პარეტოს დიაგრამების, პროგრამის გაშვების სქემების და კონტროლის გრაფიკების გამოყენებას. საკონტროლო სია წარმოადგენს ინფორმაციის შეგროვების ხელსაწყოს, რომელიც გამოიყენება კონკრეტულ პროცესთან დაკავშირებული ცვლადების შეფასებაში. შედეგად, მიღებული ინფორმაციის გადატანა შესაძლებელია ჰისტოგრამაში, რომელიც აფასებს ცვალებადობას, ან გადანაწილების სკატერგრამაში, რომელიც აჩვენებს ძირითად მიმართულებებს, ან პარეტოს დიაგრამაში, რომელიც ახდენს პრობლემების კლასიფიცირებას მათი მიზეზის მიხედვით, მნიშვნელოვნების თანმიმდევრობის შესაბამისად. გაშვების სქემები აადვილებს დაკვირვებას დროთა განმავლობაში პროცესში მომხდარ ცვლილებებზე. კონტროლის გრაფიკები გამოიყენება მერყეობაზე დაკვირვებისთვის და გამოავლენს საშიშროებას, რომლებიც ხელს უწყობს მერყეობის ტიპის განსაზღვრას. ზოგიერთი მიზეზი პროცესის თანამდევია, ზოგის საწყისი კი პროცესის მიღმა იმალება.

9. გადაწყვეტილების შემუშავება და შერჩევა

ზემოთ ჩამოთვლილი ქმედებების განხორციელების შემდეგ, პრობლემების გადაწყვეტის გუნდმა უნდა შეიმუშაოს და შეაფასოს პოტენციური გადაწყვეტილებები. თუ აღნიშნული პროცედურა

რა ერთი პირის პასუხისმგებლობით არ შემოიფარგლება, გადაწყვეტილების შემუშავებაში მთელმა გუნდმა უნდა მიიღოს მონაწილეობა. შესაძლოა საჭირო გახდეს საწყის მიზეზთან დაკავშირებულ პროცესზე პასუხისმგებელი პერსონალის ჩართვა.

ხარისხის პრობლემების ან ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობათა გადაწყვეტილებების რამდენიმე ფორმა არსებობს. შესაძლოა გადაწყვეტილება პირდაპირი იყოს: – მოიცავდეს მხოლოდ პერსონალისთვის კლინიკური სახელმძღვანელოების არსებობის შეხსენებას, კონტროლზე ან მომსახურებასთან დაკავშირებულ ტრენინგზე ყურადღების გამახვილების გზით; ასევე, შესაძლოა გადაწყვეტილება გამოიხატოს მუშაობაში დამხმარე მასალის მიწოდების ფორმით, მაგალითად, კედლის ცხრილების და შემონემების შედეგების სახით. ისინი წარმოადგენენ პროცესის ნაწილს, რომელიც აწვდის პერსონალს ინფორმაციას და ახდენს შემონემებას მომსახურების მიწოდების მომენტში, რაც, თავის მხრივ, მერყეობაში შეცდომებს ამცირებს. ხშირად, გადაწყვეტილებების და გაუმჯობესების დაწერგვა კონტროლთან, ტრენინგთან და ლოგისტიკასთან დაკავშირებულ მენეჯმენტის სისტემაში ხორციელდება.

თუმცა ზოგიერთი პრობლემა ბევრად უფრო რთული გადასაწყვეტია, რადგან იგი პროცედურების გარდაქმნას მოითხოვს. აღნიშნული გათვალისწინებულ უნდა იქნეს, თუ გუნდი დაადგენს, რომ პრობლემურ სფეროში არ არსებობს მიმდინარე პროცესი, ან განსაზღვრული პროცესი არ პასუხობს კლიენტის მოთხოვნებს და მოლოდინს. მსგავს შემთხვევებში მნიშვნელოვანია ნაკადების სქემებისა და პროექტირების მატრიცების გამოყენება, რაც ხელს შეუწყობს გადაწყვეტილების შემუშავებას არსებული პრაქტიკის ძლიერი მხარეებისა და კლიენტის მოთხოვნათა გათვალისწინებით.

პრობლემის გადაწყვეტის გუნდებს შეუძლიათ კრეატიულობის გამოვლენა და გადაწყვეტილების უამრავი მექანიზმის გამოყენება. არჩევანი პოტენციურ გადაწყვეტილებებს შორის უნდა ეფუძნებოდეს მექანიზმის პოტენციური ხარჯის და ეფექტურო-

ბის შემომწმებას. გუნდებს შეუძლიათ მრავლობითი კრიტერიუმების სარგებლის შემომწმების ან მრავალჯერადი ხმის მიცემის ტექნიკის გამოყენება, რაც მათ გადანყვეტილებების შეფასებასა და არჩევანის გაკეთებაში დაეხმარება. გუნდმა ასევე უნდა შეაფასოს პოტენციური ოპოზიცია და შეიმუშაოს წინააღმდეგობის შემცირების გეგმა.

10. ხარისხის გაუმჯობესების ღონისძიებების დანერგვა და შეფასება

ხარისხის გაუმჯობესების დანერგვა ზედმიწევნით დაგეგმვას საჭიროებს. გუნდმა უნდა განსაზღვროს საჭირო რესურსები და დრო, ასევე გადანყვიტოს, ვინ იქნება პასუხისმგებელი დანერგვაზე; დაიწყოს დანერგვა საპილოტე ტესტის სახით, შეზღუდულ სივრცეში, თუ ფართო მასშტაბებით. საპილოტე პროექტი გამართლებულია, თუ გადანყვეტილება მოითხოვს მნიშვნელოვან რესურსებს, ან არსებობს არსებითი გაურკვევლობა გადანყვეტილების პოტენციურ ეფექტურობასთან დაკავშირებით.

გუნდმა უნდა დაადგინოს მაჩვენებლები იმის შესაფასებლად, მოხდა თუ არა გადანყვეტილების სწორად დანერგვა და შეძლო თუ არა მან შესაბამისი პრობლემის გადანყვეტა. ხარისხის გაუმჯობესების გეგმის დანერგვის შემდეგ უნდა დაიწყოს სიღრმისეული მონიტორინგი და გაგრძელდეს მანამ, სანამ არ დადგინდება, რომ გადანყვეტილება ეფექტური და მდგრადია, ან არაეფექტურია და უნდა მოხდეს მისი გაუქმება ან გარდაქმნა. თუ გადანყვეტილება ეფექტურია, გუნდმა უნდა გააგრძელოს შეზღუდული მონიტორინგი. გუნდებმა საჭიროებისამებრ უნდა მოახდინონ შედეგების და მიღებული გამოცდილების სრული დოკუმენტირება.

მას შემდეგ, რაც დადგინდება, რომ გადანყვეტილება ეფექტურია, პროგრამის მენეჯერებმა უნდა მოახდინონ ახალი პროცესის დანერგვა სისტემაში და გავრცელება იმისათვის, რომ სხვებმა შეძლონ სწავლა აღნიშნული გამოცდილების საფუძველზე. ხარისხის უზრუნველყოფის გუნდმა ასევე უნდა დასახოს გეგ-

მები ახალი პრობლემის გამოსავლენად, გუნდური პროცესის ან არსებული მონიტორინგის სისტემიდან მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე. გუნდს შეუძლია გაიმეოროს ხარისხის გაუმჯობესების ციკლი.

მუდმივად ზრუნვა ხარისხზე. ხარისხის ტოტალური მართვის ფილოსოფია

ხარისხის ტოტალური მართვის (TQM) მიზანია კორპორაციული მიზნის მისაღწევად და დასახული ამოცანების შესასრულებლად ენთუზიაზმის გამოწვევა, მოტივაციის შექმნა თანამშრომლებში, პრინციპით „ზევიდან ქვევით“. ამასთან, ამ მეთოდის მოქმედება სცდება ერთი ორგანიზაციის ფარგლებს და ვრცელდება როგორც სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლებზე, ასევე მომხმარებლებზე (პაციენტებზე). სწორედ პაციენტზე ხდება კომპანიის მოქმედებათა ფოკუსირება, ვინაიდან პაციენტი ჯანდაცვის სისტემის ცენტრალური ფიგურა და მისი მამოძრავებელია, პაციენტის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მთავარი განმსაზღვრელი ფაქტორია.

ხარისხის ტოტალური მართვის მიდგომის აღწერა მოკლედ შემდეგნაირად შეიძლება: პირველ რიგში, მომხმარებლის მოთხოვნილებების დადგენა, რაც სხვადასხვა მეთოდით ხორციელდება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ მომხმარებელთა ცოდნა-დამოკიდებულების და შეხედულებების შესწავლის ყველაზე გავრცელებული საშუალებაა: გამოკითხვა, ინტერვიუ, ფოკუსჯგუფებზე დაკვირვება, სამედიცინო სერვისების ხარისხის შესწავლის და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის და/ან მისი წარმომადგენლების ჩართვა. სერვისის ხარისხის შეფასების პროცესში მომხმარებლის მონაწილეობა უზრუნველყოფს ისეთი საქონლის ან მომსახურების მიწოდებას, რომელიც მომხმარებლის მოთხოვნილებების შესაბამისი იქნება ან მის მოლოდინს გადააჭარბებს; სამედიცინო ბაზარზე ზოგიერთი ტიპის პროდუქციის ან სერვისის ხარისხის უზრუნველსაყოფად სამი უმ-

თავრესი პირობა არსებობს: სამედიცინო საქმიანობის წამოწყებისა და სერვისების წარმოების სიმარტივე, გამჭვირვალობა და უსაფრთხოება; სამუშაო პროცესის ისე დაგეგმვა/დაპროექტება, რომ მისი მიმდინარეობის სიზუსტე უზრუნველყოფილი იყოს დასაწყისიდანვე; სავარაუდო რისკებისა და მოსალოდნელი შეცდომების წინასწარ განჭვრეტა, განსაზღვრა და მათი თავიდან აცილება; ხარვეზების გამომწვევი მიზეზების დროულად გამოვლენა და მათი გამოსწორება; სამედიცინო საქმიანობის პროცესის „შეცდომისადმი მდგრადობის“ უზრუნველყოფა; ზედამხედველობისა და კონტროლის შედეგების გამოვლენა, მათი გამოყენება სამედიცინო სერვისების მიწოდების სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესებისათვის; მდგრადი განვითარებისა და სრულყოფის პროცესის შენარჩუნება; ხარისხის ტოტალური მართვის კონცეფციის ძირითადი პრინციპების გავრცელება ყველა მონაწილე სუბიექტზე; სამედიცინო მომსახურების პროცესებში როგორც შემსრულებლების, ასევე ტომენჯმენტის აქტიური მონაწილეობა და მათზე პასუხისმგებლობის დაკისრება.

TQM-ის შესახებ სრულფასოვანი ხედვის ჩამოყალიბებისათვის აუცილებელია მასთან დაკავშირებული რამდენიმე კონცეფციის აღწერა, რომელიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს როგორც ხარისხის უზრუნველყოფის, ისე მართვისა და გაუმჯობესების საქმეში.

ხარისხის მუდმივი სრულყოფა. ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება (CQI Continuous Quality Improvement), მომხმარებლისთვის მაღალი ხარისხის პროდუქციისა და სერვისის მიწოდების გზების ძიება მუდმივი და დაუსრულებელი პროცესი უნდა იყოს, წინააღმდეგ შემთხვევაში უპირატესობას კონკურენტები მოიპოვებენ და მომხმარებლებსაც გადაიბირებენ. სრულყოფის პროცესის შეფერხება იწვევს კომპანიის მიერ კონკურენტული ბრძოლისა და მომხმარებლის კმაყოფილების გამოწვევის უნარების დაკარგვას. „ბიზნესს გაჩერება არ უყვარს“ – ამის შესახებ სახელმძღვანელოებში არ წერენ, თუმცა ბიზნესელიტა ყოველთვის იცავს ამ ოქროს ნესს.

სამედიცინო სერვისების ხარისხის მუდმივი სრულყოფა ხარისხის ტოტალური მართვის დოქტრინის განუყოფელი ნაწილია, რომლის თანახმადაც, პროდუქციის და ტექნოლოგიების დახვეწა განიხილება, როგორც უსასრულო პროცესი. ამ დროს მიიღწევა თუნდაც მცირე მასშტაბის გაუმჯობესება, მაგრამ ამას პერმანენტული ხასიათი გააჩნია. უფრო კონკრეტულად რომ ითქვას, **ხარისხის მუდმივი სრულყოფა მოიცავს სამედიცინო ტექნოლოგიების მუდმივ განახლებას, რაც, თავის მხრივ, უკავშირდება აპარატ-ალჭურვილობის, სამედიცინო დანადგარების, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, სახარჯი მასალების, სამკურნალო საშუალებების, ადამიანური რესურსების გამოყენებისა და სანარმოო მეთოდების მუდმივად დახვეწას, ასევე, ამ პროცესში ყველა სასარგებლო წინადადებისა და იდეის ჩართვას.** მენეჯმენტის ეს ფილოსოფია აშშ-ში წარმოიშვა, მისი პრაქტიკული გამოყენება კი პირველად იაპონელებმა დაიწყეს და ბევრი სიახლე შესძინეს არა მარტო მუდმივი სრულყოფის დოქტრინას, არამედ, ზოგადად, ხარისხის მენეჯმენტს.

იაპონელ მეცნიერთა ხარისხის ფილოსოფიით დიდი დაინტერესების და ღვაწლის მიმანიშნებელია ისიც, რომ მათ მუდმივი სრულყოფის პროცესის აღმნიშვნელად საკუთარი ტერმინი „კაიზენი“ შემოიღეს, რომელიც საკმაოდ ფართოდ გავრცელდა მსოფლიოში. მუდმივი სრულყოფის პროცესი ყველაზე კარგად ასახულია ე.წ. დემინგის ბორბლის (სურ.3), ანუ “PDCA” (Plan-Do-Check-Act) ციკლის მეშვეობით. იგი მოიაზრებს შემდეგი ეტაპების პერმანენტულ მონაცვლეობას: გაუმჯობესების გეგმის შემუშავებას, მის განხორციელებას, შემოწმებას და მაკორექტირებელი ან სხვა სახის მოქმედებების გატარებას. გარდა „დემინგის ბორბლისა“, ცნობილია ხარისხის მუდმივი სრულყოფის კიდევ ერთი მეთოდი, რომლის სახელწოდება “5W2H” ინგლისური სიტყვების პირველი ასოებიდან მომდინარეობს (What – რა, Why – რატომ, Where – სად, When – როდის, Who – ვინ, How – როგორ, How much – რამდენი). ამ მიდგომის მეშვეობით ხორციელდება გაუმჯობესების შესაძლებლობების იდენტიფიცირება და ხარისხის სრულყოფის გზების დეტალური განსაზღვრა.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში, ერთი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებათა სიმრავლის ან დიდი სამედიცინო ჰოლდინგების შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესების მიზნით, ხშირად მიმართავენ ერთი საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის მქონე სამედიცინო დაწესებულების გამოცდილების გაზიარებას სხვა, იმავე ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში. აღნიშნული გულისხმობს კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულების (კომპანიის) მიერ საკუთარ საქმიანობაში კარგი მიღწევების მეთოდოლოგიის დუბლირებას სხვა დაწესებულებებში. ასე დაედო საფუძველი ქსელური სამედიცინო დაწესებულებების ჩამოყალიბებას (მაგ.: მეიოს კლინიკების ქსელი 17 სამედიცინო დაწესებულებას მოიცავს, სადაც ერთი „ხელნერით“ ხორციელდება სამედიცინო სერვისების მიწოდება). ერთი კომპანიის კარგი გამოცდილების დუბლირების პროცესს სხვა დაწესებულებებში ბიზნესის ენაზე „ბენჩმარქინგი“ ეწოდება, რაც დარგში ლიდერის პოზიციაზე მყოფი კომპანიის გამოცდილების კოპირებას ნიშნავს. ბენჩმარქინგი შემდეგი ეტაპების განხორციელებას მოიცავს: ეტალონური მაჩვენებლების განსაზღვრა, ბენჩმარქინგის გუნდის შექმნა, ბენჩმარქინგის პარტნიორების იდენტიფიცირება, ბენჩმარქინგის ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი, ეტალონური მაჩვენებლების მიღწევის ან გადაჭარბებისთვის ღონისძიებების გატარება. მიუხედავად იმისა, რომ კლასიკური გაგებით ბენჩმარქინგი კომპანიის გარეთ მიმართული საქმიანობაა, უკანასკნელ პერიოდში მკვიდრდება შიდა ბენჩმარქინგის ცნებაც, რაც კომპანიის შიგნით ცალკეულ სტრუქტურულ ერთეულებს შორის გამოცდილების გაზიარებას გულისხმობს. ეს პრაქტიკა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დიდი, კონგლომერატული კომპანიების და ჰოლდინგების შემთხვევაში.

დეცენტრალიზაცია – თანამშრომლებისთვის უფლებამოსილებების გადაცემა

ამ კონცეფციას საფუძვლად უდევს თანამედროვე მენეჯმენტში მიმდინარე ცვლილებები. განვითარებულ ქვეყნებში საშუალო სტატისტიკური დაქირავებულის კვალიფიკაცია, განათლე-

ბის დონე და პროფესიონალიზმი განუხრელად მაღლდება. ამავე დროს, ის ეკონომიკური თუ საკანონმდებლო თვალსაზრისით სულ უფრო დაცული ხდება. გამომდინარე აქედან, მისი მოტივირებისთვის აღარ არის საკმარისი ტრადიციული მეთოდების გამოყენება, ხოლო გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მისი ჩართვა ერთ-ერთი ძლიერი მოტივაციური ფაქტორი ხდება. შესაბამისად, თანამშრომლებისთვის მუდმივი სრულყოფის პროცესში უფლებამოსილებების გადაცემა და სათანადო პასუხისმგებლობის დაკისრება მათ მძლავრ მოტივირებას იწვევს. გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესი გადაეცემა მათ, ვინც მჭიდროდ არის დაკავშირებული სამედიცინო სერვისების მიწოდების პროცესთან და ნათელი წარმოდგენა გააჩნია პრობლემებზე და მათი გადაწყვეტის გზებზე.

ჯგუფური მიდგომა. დროითი შეზღუდვების არარსებობის პირობებში, პრაქტიკამ დიდი ხანია დაადასტურა გადაწყვეტილების მიღების ჯგუფური პროცესის უპირატესობა. გარდა იმისა, რომ კოლექტიური აზროვნება პლურალიზმის საუკეთესო საშუალებაა, პრობლემების გუნდურად გადაწყვეტა კოლექტივში თანამშრომლობის და ერთიანობის სულისკვეთებას ამკვიდრებს. ხარისხის მართვის პროცესში ყველაზე ცნობილი ჯგუფური მეთოდია ე.წ. „ხარისხის წრეები“. ის კლინიკის ერთი ქვეგანყოფილების თანამშრომლებისგან ნებაყოფლობით შემდგარი ჯგუფია, რომელიც რეგულარულ თათბირებზე იკრიბება ხარისხთან დაკავშირებული საკითხების განსახილველად. ჯგუფის წევრები, ჩვეულებრივ, საგანგებო მომზადებას გადიან, რაც მათ ხარისხის მართვის დროს წამოჭრილი პრობლემების გადაწყვეტაში ეხმარება. ჯგუფის მუშაობაში ზოგჯერ კლინიკის მენეჯმენტის წარმომადგენლები და ექსპერტებიც იღებენ მონაწილეობას, თუმცა „ხარისხის წრეების“ წარმატებას მასში სწორედ ჩვეულებრივი თანამშრომლების მონაწილეობა განაპირობებს. ამასთან, „ხარისხის წრეებში“ მონაწილეობა ხელს უწყობს თვით მისი წევრების პროფესიულ სრულყოფას, კოლექტივში კომუნიკაბელურობის და მორალური განწყობის ზრდას.

საქმის შესრულება ზუსტად – დროზე (JIT Just-In-Time).

ხარისხის ტოტალური მართვის საქმეში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს დროის ფაქტორი. სისტემა „ზუსტად – დროზე“ ღონისძიებათა ერთიანი კომპლექსია, რომელიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დიდ კლინიკებში სამედიცინო მომსახურების მასშტაბური პროცესების მინიმალური საშუალებებით წარმართვისას. აღნიშნულის კარგი მაგალითია დიდი, მრავალსაწლოვანი კლინიკის ლაბორატორიული სერვისები, როცა დადგენილ დროს კლინიკის ქვედანაყოფებში სხვადასხვა ანალიზისთვის გროვდება ნიმუშები, რომელიც დროულად მიეწოდება ლაბორატორიას. აპარატურაში ნიმუშების ჩატვირთვა ხდება დროულად და აპარატის ერთი ჩართვით ასეულობით ანალიზი კეთდება (ელ.ენერჯის მოხმარების ეკონომია, რეაქტივების ხარჯვის ოპტიმიზაცია, გახსნილი რეაქტივების ვარგისიანობის კარგის თავიდან აცილება, აპარატის თვითგარეცხვის/განმუხრისთვის აუცილებელი ძვირადღირებული ხსნარების დაზოგვა, ლაბორატორიის პერსონალის დროის დაზოგვა და სხვ.). სისტემა „ზუსტად – დროზე“ პროდუქციის, მატერიალურ-სასაქონლო, რეაქტივების, სხვა დამხმარე მასალების, მარაგების ოპტიმალური გამოყენების შესაძლებლობას იძლევა, როგორც, მაგალითად, ცენტრალიზებულ სასტერილიზაციოში გასასტერილებლად ინსტრუმენტების და სხვადასხვა მასალის „ზუსტად – დროზე“ მიწოდება იძლევა როგორც ელექტროენერჯის დაზოგვის, ისე თვით სასტერილიზაციო აპარატ-დანადგარების ექსპლოატაციის წესების ზუსტად დაცვის შესაძლებლობას. სისტემა „ზუსტად – დროზე“ გულისხმობს კლინიკის სტრუქტურული ქვედანაყოფების შექმნისდაგვარად შეთანხმებულ, ჰარმონიულ ურთიერთთანამშრომლობას. ხშირად, ერთი განყოფილების მიერ შესრულებული სამუშაო მეორე განყოფილებისთვის მუშაობის დაწყების საფუძველია. მაგ., რადიოლოგიური კვლევის შედეგების დროულად მიწოდება ქირურგიული განყოფილებისთვის მკურნალობის ტაქტიკის დროულად განსაზღვრის საშუალებას იძლევა. სისტემა „ზუსტად – დროზე“ ეფუძნება ლოჯისტიკურ კონცეფციას „არაფრის წარმოება არ მოხდება, თუ ამის

აუცილებლობა არ იქნება“. ისევე, როგორც ნებისმიერ კომპანიაში, სამედიცინო დაწესებულებაშიც სისტემა „ზუსტად – დროზე“ მოიაზრებს უფრო სრულყოფილ სამედიცინო მომსახურების სისტემას, მცირე მარაგებს, რაც, თავის მხრივ, ნიშნავს მაღალი ხარისხის ოპერაციებს. ამავე დროს, ამ სისტემის დანერგვის პროცესში კომპანიაში გამოაშკარავდება და აღმოიფხვრება არსებული ნაკლოვანებები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, პროცესების მაღალი სინქრონიზაცია ვერ მოხერხდება, ეს კი მთავარი ფაქტორია JIT-ისთვის.

ტაგუჩის კონცეფცია. 1970-1990 წლებში განვითარდა მიდგომა, რომელსაც შემდგომ, მისი შემქმნელის გვარის მიხედვით, ტაგუჩის კონცეფცია ეწოდა. დიდია მისი ღვაწლი ხარისხის მართვის პრინციპების განვითარების საქმეში. ტაგუჩი საკუთარ მიდგომაში ეხება ხარისხის მიმართ მოთხოვნების ჩამოყალიბების ფორმას, რომელიც მის კონცეფციაში ღირებულებითი სახით არის წარმოდგენილი, რის საფუძველზეც დგება ე.წ. ტაგუჩის დანაკარგების ფუნქცია. მისი არსი მარტივია და იმაში მდგომარეობს, რომ საწარმოო დანაკარგები მაშინაა მინიმალური, როდესაც ხარისხის მაჩვენებლები ემთხვევა მიზნობრივს და, პირიქით, დანაკარგები იზრდება, როდესაც ხარისხის პარამეტრები გადახრების ზღვარს უახლოვდება. ამიტომ საჭიროა პროდუქციის თვისებების და/ან პროცესების ვარიაციულობის შემცირება, რის შედეგადაც ცვლილებებისადმი მედეგი პროცესები მიიღება. გარდა ამისა, ეს მიდგომა საფუძვლად დაედო ე.წ. „მტკიცე პროექტირების“ მეთოდს, რის შესახებაც ჩვენ უკვე გვქონდა მსჯელობა.

კონცეფცია „ექვსი სიგმა“ ანუ DMAIC (Define-Measure-Analyze-Control-Improve-) მიდგომა:

კონცეფცია „ექვსი სიგმა“ წარმოების მართვის კონცეფციის არსი, რომელიც კორპორაცია Motorola-მ 80-იან წლებში შეიმუშავა და დღეს ცნობილია „ექვსი სიგმა“ სახელით, მდგომარეობს ყოველი პროცესის შედეგის ხარისხის გაუმჯობესებასა და ოპერაციულ საქმიანობაში სტატისტიკური გადახრების მინიმალურ დონემდე დაყვანაში. ამ კონცეფციის ერთ-ერთი ამოსავალი



სურათი 4

პრინციპია მომხმარებლის მაქსიმალური კმაყოფილების მიღწევა. აღნიშნული მიდგომა ხარისხის მართვის რამდენიმე მეთოდს იყენებს, რომელთაგან მთავარია სტატისტიკური მეთოდები. გამომდინარე აქედან, იგი როგორც მიზნების, ასევე შედეგების რაოდენობრივ შეფასებებს ეყრდნობა. აღსანიშნავია, აგრეთვე, ე.წ. DMAIC მიდგომა, რომელიც, დემინგის ბორბლის თანახმად, ციკლურ პროცესს გულისხმობს და შემდეგ ეტაპებს მოიცავს: ყოველი პროცესის კრიტიკული გამოსავალის განსაზღვრა და მათი გაუმჯობესებისთვის შესაძლებლობების იდენტიფიცირება; სამუშაოს გაზომვა და პროცესების რაოდენობრივი მაჩვენებლების შეგროვება; მონაცემთა ანალიზი; პროცესის გაუმჯობესება; ახალი პროცესის კონტროლი მწარმოებლურობის შესამოწმებლად.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის ფორმირება

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა წარმოადგენს ხარისხის შეფასების და გაუმჯობესების აქტივობათა ერთობლიობას, რომელიც დანერგილი უნდა იყოს ორგანიზაციის სტანდარტული მენეჯმენტის ფუნქციების სახით. რაც უფრო მეტ ინფორმაციას იღებენ ჯანდაცვის ორგანიზაციები ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის შესახებ, მით უფრო მეტად აცნობიერებენ ისინი, რომ მათ სისტემაში არსებული ზოგიერთი აქტივობა ხარისხის გაუმჯობესებას უკავშირდება. ფაქტობრივად, ორგანიზაციათა უმრავლესობას უკვე გააჩნია ხარისხის უზრუნველყოფის გარკვეული სახეობა. ეს არსებული აქტივობები წარმოადგენს საფუძველს, რომელზეც შესაძლებელია ხარისხის უზრუნველყოფის ყოვლისმომცველი პროგრამის აგება. წინა თავში აღვწერეთ, თუ როგორ შეუძლიათ პროგრამის მენეჯერებს და პერსონალს ხარისხთან დაკავშირებული აქტივობების უფრო სიღრმისეულად წარმართვა. წინამდებარე თავი აღწერს, რა გზით არის შესაძლებელი ხარისხის უზრუნველყოფის მუდმივი ინტეგრირება განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის პროგრამების მენეჯმენტში.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის ჩამოყალიბებაში გამოიკვეთა ორი მკვეთრი მიდგომა. პირველ მათგანს ხარისხის უზრუნველყოფის საერთო სტრატეგია წარმოადგენს; მეორეს – პრობლემაზე ორიენტირებული სტრატეგია. აღნიშნული ორი მიდგომა შედარებულია წინამდებარე თავში, რათა ნათლად გამოიხატოს პროგრამის მენეჯერებისათვის ხელმისაწვდომი, სტრატეგიული მექანიზმების სრული სპექტრი. პრაქტიკაში, ორგანიზაციათა უმრავლესობა, ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, აღნიშნული ორი მიდგომის კომბინირებას ამჯობინებს.

საერთო მიდგომაში, ხარისხის უზრუნველყოფის პოლიტიკის, პროცედურების და პროცესების დანერგვა ხორციელდება პარალელურ რეჟიმში, ორგანიზაციის სათავიდან დაწყებული, მისი სტრუქტურის ქვედა დონეებამდე. საერთო მიდგომა, როგორც წესი, იწყება სტანდარტების და სპეციფიკაციების განხილვით. ამას შეიძლება მოჰყვეს ჯანდაცვის და მისი თანმდევი მომსახურების შეფასება. აღნიშნული შეფასების განხორციელება შესაძლებელია არსებული მენეჯმენტის საინფორმაციო სისტემის ან, სპეციალურად, მომსახურების ხარისხის შესაფასებლად შექმნილი მონიტორინგის სისტემის მეშვეობით. სანყისი ეტაპი ასევე მოიცავს სიღრმისეულ ტრენინგს ტექნიკური კომპეტენციის გასაძლიერებლად და ხარისხის გაუმჯობესების ცოდნის და უნარების შესაძენად.

მომსახურების ხარისხის სრული შეფასება საგულისხმოა იმ ქვეყნებისთვის, სადაც საინფორმაციო სისტემა არაადეკვატურია. სისტემების ანალიზი საშუალებას აძლევს მენეჯერებს, გამოიყენონ კითხვარები და დაკვირვება, პირველადი სამედიცინო მომსახურების და მისი თანმდევი მომსახურების შესაფასებლად. ხარისხის გაუმჯობესების პრიორიტეტული სფეროების განსაზღვრა შესაძლებელია საერთო მონიტორინგის ან სისტემების ანალიზის შედეგებზე დაყრდნობით. საერთო მიდგომა განსაკუთრებით ეფექტურია, როდესაც მთელ სისტემაში არსებობს კონსენსუსი სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მუშაობასთან დაკავშირებით და როდესაც ორგანიზაციას გააჩნია აუცილებელი რესურსები ფართომასშტაბიანი ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის განსახორციელებლად.

ხარისხის უზრუნველყოფის პრობლემაზე ორიენტირებული მიდგომა მოიცავს პრაქტიკულ, მცირემასშტაბიან, ხარისხთან დაკავშირებულ აქტივობებს, რომლებიც იწვევენ ხარისხის ეტაპობრივ გაუმჯობესებას. ყოვლისმომცველი შეფასების ნაცვლად, ცალკეული პირები ან გუნდები ყურადღებას ამახვილებენ კონკრეტულ პრობლემაზე, რომლის მოგვარება მათთვის მნიშვნელოვანია. აღნიშნულ მოდელში სრული შეფასება და მონიტორინგი

უფულებელყოფილია დაუყოვნებელი ქმედების სასარგებლოდ. ეს ეფუძნება მოსაზრებას, რომ მონიტორინგის სისტემების და უფრო სისტემატური მიდგომის შემუშავება შესაძლებელია დროთა განმავლობაში, მას შემდეგ, რაც პრობლემების გადანყვეტის ტენდენცია ორგანიზაციული კულტურის ნაწილად იქცევა. ხშირად, პრობლემაზე ორიენტირებული მიდგომა ინერგება ადრეულ სტადიაზე, რამდენიმე კლინიკაში და არა მთელ ორგანიზაციაში. ეს საშუალებას აძლევს ორგანიზაციას, მოახდინოს პრობლემების გადანყვეტის სტრატეგიის მოდიფიცირება და მოარგოს იგი ორგანიზაციას, მის უფრო ფართომასშტაბიან დანერგვამდე.

ზედმინევენითი დაგეგმვის პირობებში, შესაძლოა, პრობლემაზე ორიენტირება უფრო ფართომასშტაბიან მიდგომაში გადაიზარდოს. შემდეგ შესაძლებელია ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების დანერგვა ყველა ტიპის მომსახურებაში და მონიტორინგის მარტივი სისტემის შემოღება. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ საერთო მიდგომაში მცირემასშტაბიანი, პრობლემაზე ორიენტირებული აქტივობების დანერგვას დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია. მხოლოდ საერთო მიდგომის დანერგვის ერთ-ერთი რისკი უკავშირდება იმ ფაქტს, რომ შესაძლოა ყველა დონეზე მომუშავე პერსონალი დაიღალოს სისტემის ფორმირების მოსაბეზრებელი პროცესით და იმ ტრენინგებში მონაწილეობით, რომლებიც დაუყოვნებლივ კონკრეტულ შედეგს არ იძლევიან. პოტენციური წინააღმდეგობის თავიდან აცილება შესაძლებელია ხარისხის გაუმჯობესების მცირემასშტაბიანი აქტივობების ჩატარებით, რომლებიც სწრაფ, მოკლევადიან შედეგებს იძლევა. გარდა ამისა, ამ შედეგების ჩართვა ასევე შესაძლებელია ტრენინგის ზომებში, რაც აკმაყოფილებს ხარისხის უზრუნველყოფის ლოკალური მაგალითების არსებობას.

არ არსებობს ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის შემუშავების რეცეპტი. იგი წარმოადგენს კრეატიულ პროცესს, რომელიც საჭიროებს მოქნილობას მოცემული ჯანდაცვის პროგრამის უნიკალურ მახასიათებლებთან მორგებისთვის. წინამდებარე თავი აღწერს იმ საკვანძო აქტივობებს, რომლებიც, როგორც წესი,

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის შექმნისას გამოიყენება. აღწერილ საკვანძო აქტივობათა უმრავლესობა ამჟამად მსვლელობის ფაზაშია. პროგრამის განვითარებასთან და გარემოებების ცვლილებასთან ერთად, შესაძლებელია მათი სისტემატური გადახედვა.

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის შემუშავების საკვანძო აქტივობები

- ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომის ჩამოყალიბება
- ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული აქტივობების წინასწარი განხილვა
- ხარისხის უზრუნველყოფის ზომასთან დაკავშირებული მიზნის და ხედვის შემუშავება
- ხარისხის უზრუნველყოფის სანცის აქტივობათა დონის და მასშტაბის განსაზღვრა
- ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ვალდებულებების გადანაწილება
- ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული რესურსების გადანაწილება
- ხარისხის უზრუნველყოფის წერილობითი გეგმის შემუშავება
- ხარისხის უზრუნველყოფის უნარების და კრიტიკული მენეჯმენტის სისტემების გაძლიერება
- ხარისხის უზრუნველყოფის გამოცდილების გავრცელება
- ცვლილებების მართვა

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის შემუშავება შესაძლებელია ეტაპობრივი, ზედმინეწით დაგეგმილი, ფაზებად დაყოფილი პროცესის ფარგლებში ან შესაძლოა დაინერგოს ერთ ფაზად, ფუნდამენტური ორგანიზაციული ცვლილების ნაწილის სახით. ეტაპობრივი, ფაზებად დაყოფილი მიდგომა უფრო შესაფერისია ორგანიზაციისთვის, სადაც მენეჯმენტის სისტემა ნაკლებად არის განვითარებული.

ხარისხზე ორიენტირებული მიდგომის ჩამოყალიბება

მუდმივად მოქმედი ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის ჩამოყალიბება მოითხოვს მის საწყის სტადიაზე ზედა და საშუალო დონის მენეჯერების მხარდაჭერას. დროთა განმავლობაში, ხარისხის უზრუნველყოფაზე ორიენტირებული მიდგომა მთელმა პერსონალმა უნდა გაიზიაროს, რაც აისახება ორგანიზაციის მისიაზე, მიზანსა და მის პროცედურებზე. ორიენტაციის შემუშავების და განვითარების პროცესი იზოლირებული აქტივობა არ არის; იგი უნდა გაგრძელდეს პროექტის მსვლელობის მანძილზე, ორგანიზაციის ყველა დონეზე.

მიმართულების ჩამოყალიბება ხორციელდება ცნობადობის გაზრდით და ზედა დონის მენეჯერებს შორის დიალოგის სტიმულირებით. აღნიშნულის განხორციელება შესაძლებელია გაცნობითი სემინარების, სპეციალურად დაგეგმილი შეხვედრების მონყობით ან ორგანიზაციის ლიდერებთან პირისპირ დისკუსიების გამართვით. გაცნობითი პროცესის განმავლობაში ხდება ხარისხთან, მისი შეფასებისა და გაუმჯობესების მეთოდებთან დაკავშირებული ძირითადი კონცეფციების წარდგენა. ხარისხის მნიშვნელობის განხილვა და ადგილობრივ დონეზე ხარისხის პრობლემებთან დაკავშირებული გამოცდილების პრეზენტაცია ასევე უწობს ხელს ხარისხზე ორიენტაციის, ხარისხზე ფოკუსის ჩამოყალიბებას.

ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული აქტივობების წინასწარი განხილვა

ხარისხის უზრუნველყოფის ახალი აქტივობების წარდგენამდე, მნიშვნელოვანია ორგანიზაციის წინასწარი ანალიზის ჩატარება და არსებული სისტემის ზოგადი აღწერილობის შემუშავება. აღნიშნული ანალიზი მნიშვნელოვანია იმისათვის, რომ მოხდეს ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების განსაზღვრა არსებული უპირატესობების გათვალისწინებით.

ხარისხის უზრუნველყოფის ზომები უფრო მდგრად ხასიათს მიიღებს, თუ არსებულ სისტემაში მათი ლოგიკური ინტეგრირება მოხდება. მაგალითად, არსებული მაკონტროლებელი სისტემა, რომელიც ტექნიკურ ნორმებთან შესაბამისობას აკონტროლებს, ლოგიკური სფეროა ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობათა დასაწერად. მსგავსი შესაძლებლობის უგულებელყოფამ შესაძლოა გამოიწვიოს ბრძოლა გავლენისთვის მენეჯერებს შორის და დაბნეულობა მომსახურების პროვაიდერებში. სანყისი შეფასების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფუნქციას, ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობების დასაწყებად, ორგანიზაციაში საუკეთესო ადგილის განსაზღვრა წარმოადგენს.

წინასწარი განხილვა შესაძლოა მოიცავდეს:

- პროგრამის კლინიკური და მენეჯერული სტანდარტების ან ტექნიკური ნორმების განხილვას: – შეესაბამება თუ არა ისინი ლოკალურ პირობებს; აქვთ თუ არა დასრულებული სახე; არიან თუ არა აქტუალური; არიან თუ არა ხელმისაწვდომი პერსონალისთვის.
- ამჟამად მიწოდებული მომსახურების, ასევე პაციენტის და საზოგადოების მომსახურებით კმაყოფილების ხარისხის შეფასებას.
- მაკონტროლებელი სისტემის და მასთან დაკავშირებული მენეჯერული აქტივობების განხილვას იმის განსაზღვრისთვის, თუ ხარისხის უზრუნველყოფის რა სახეობები არსებობს სისტემაში; რა პრობლემები ექმნება მაკონტროლებლებს; შეუძლიათ თუ არა მათი გადაწყვეტა.
- მენეჯმენტის საინფორმაციო სისტემის შემოწმებას. შემოწმებულ მაჩვენებელთა მასშტაბურობის, აქტუალობის, სენსიტიურობის, სპეციფიკისა და სანდოობის განხილვას: – გამოიყენება თუ არა მიღებული ინფორმაცია მენეჯმენტში და გადაწყვეტილებების მიღებისას; შესაძლებელია თუ არა არსებული ინფორმაციის გამოყენება ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამაში.

- ტრენინგის არსებული შესაძლებლობების განხილვას: – შეუძლია თუ არა ორგანიზაციას თავად განახორციელოს ტრენინგი, თუ გარე დახმარება იქნება საჭირო; მოიცავენ თუ არა ტრენინგის მიმდინარე პროგრამები იმ უნარებს, რომელთა გამოყენება ხარისხის უზრუნველყოფაში იქნება შესაძლებელი.
- ორგანიზაციული სტრუქტურის შესწავლას. ორგანიზაციის საკომუნიკაციო ხაზისა და უფლებამოსილი პირების აღწერას: ვინ მუშაობს ხარისხის უზრუნველყოფაზე ამჟამად; ვინ უნდა იმუშაოს ხარისხის უზრუნველყოფაზე.
- რესურსების, ლოჯისტიკის და აღჭურვილობის ადეკვატურობის შეფასებას.

წინასწარი განხილვის განსახორციელებლად შესაძლებელია სხვადასხვა მიდგომის გამოყენება. ხელმისაწვდომი რესურსებიდან გამომდინარე, შეფასება შესაძლოა მოიცავდეს სრულ კვლევას. ასევე შესაძლოა მან მოიცვას ახალი ინფორმაციის შეგროვება ან დაჩქარებული შეფასება ხელმისაწვდომ ინფორმაციაზე და სპეციალისტების მოსაზრებებზე დაყრდნობით.

ხარისხის უზრუნველყოფის ზომებთან დაკავშირებული მიზნისა და ხედვის შემუშავება

ორგანიზაციაში ხარისხის უზრუნველყოფაზე ორიენტირებული მიდგომის ჩამოყალიბება მოითხოვს, რომ ზედა დონის მენეჯერებმა და მათმა პერსონალმა გაიზიარონ ხარისხის გაუმჯობესების საერთო ხედვა.

შეხედულებების, ხედვის ფორმულირების მიზანს წარმოადგენს კონსენსუსის ჩამოყალიბება მენეჯერებს შორის და ზღვარის დადგენა ხარისხის უზრუნველყოფის ზომებში. ხედვის ფორმულირება დაეხმარება ყველა დონეზე მომუშავე პერსონალს მათი ყოველდღიური საქმიანობის გაცნობიერებაში, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს ხარისხის გაუმჯობესებას. მისი ჩამოყალიბება შესაძლებელია

ბელია კონსენსუსის მიღწევის უამრავი ტექნიკის მეშვეობით, რომელიც აღმასრულებელი მენეჯერების გუნდმა უნდა დაამკვიდროს. ხედვის ფორმულირება შემუშავებული უნდა იქნეს ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების საწყის ეტაპზე და პერიოდულად უნდა გადაიხედოს, თუ ორგანიზაციაში ხორციელდება მნიშვნელოვანი სტრატეგიული ცვლილებები ან პერსონალი ხშირად იცვლება.

ხარისხის უზრუნველყოფის საწყის აქტივობათა დონის და მასშტაბის განსაზღვრა

ხარისხის უზრუნველყოფის საწყის აქტივობათა დონე და მასშტაბი დამოკიდებულია ხელმისაწვდომ რესურსებზე, დანერგვის დროის შეზღუდვებზე და იმაზე, თუ რამდენად მისაღებია ხარისხის უზრუნველყოფის იდეა მენეჯმენტისა და პროგრამის პერსონალისათვის. ორგანიზაციამ ასევე უნდა გაითვალისწინოს გარე პოლიტიკური ფაქტორები.

ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების დანერგვა შესაძლებელია სახელმწიფო, რეგიონალურ ან საოლქო დონეზე, ან ერთ კონკრეტულ სამედიცინო დანესებულებაში. იქ, სადაც მომსახურება ვერტიკალური პროგრამების ფორმით არის ორგანიზებული, შესაძლებელია ერთი პროგრამა ხარისხის უზრუნველყოფის საწყის აქტივობებს დაეთმოს.

ორგანიზაციამ ასევე უნდა გამოიყენოს მცირემასშტაბიანი ზომები, მაგალითად, საპილოტე კვლევები ან პროექტების პრეზენტაციის სერია, ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგიის შემოწმებისას და ადგილობრივი პირობების შესაბამისად მოდიფიცირებული ვერსიის შესწავლისას. მცირემასშტაბიანი ზომები, ხშირად, უფრო მეტად იზიდავს მენეჯერებს, რადგან ისინი უზრუნველყოფენ წინსვლას მცირე რისკის პირობებში და შესაძლებელია წარმატებული პროგრამების გამეორება ან გაფართოვება. სამწუხაროდ, შემუშავებული მოდელების გამეორება, ხშირად, საკმაოდ ძნელია იმის გამო, რომ კონკრეტულ ტერიტორიულ ერთეულებს, ორგანიზაციის დანაჩენ ნაწილებთან შედარებით, უპირატესობები გააჩნიათ.

ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ვალდებულებების გადანაწილება

ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობათა ხანგრძლივობის და ავტორიტეტულობის უზრუნველსაყოფად, ხარისხის უზრუნველყოფა უნდა იქცეს მკვეთრად გამოხატულ, ორგანიზაციულ ტენდენციად. შესაძლოა ზოგიერთ ორგანიზაციაში ხარისხის უზრუნველყოფაზე ერთი პიროვნება იყოს პასუხისმგებელი, ხოლო სხვა ორგანიზაციებში მას ხარისხზე მომუშავე კომიტეტები განაგებდნენ. ზოგიერთ შემთხვევაში, არსებული კომიტეტი ან მენეჯმენტის ორგანო იღებს პასუხისმგებლობას ხარისხის უზრუნველყოფაზე და ხდება მისი ინტეგრირება ზოგადი მენეჯმენტის სტრუქტურაში. სხვა შემთხვევაში, ხდება ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის შემუშავება და განისაზღვრება მისი როლი სხვა დეპარტამენტებთან ურთიერთობის თვალსაზრისით. ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ვალდებულებების აღმნიშვნელი დასახელებები უნდა გამოხატავდეს კეთილგანწყობის გამომწვევ და არა მაკონტროლებელ როლს, მაგალითად, ხარისხის კოორდინატორები, მსაჯები ან მრჩეველები. ხარისხის უზრუნველყოფის კოორდინატორები და ხარისხის უზრუნველყოფის კომიტეტი პასუხისმგებელნი არიან ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობათა მონიტორინგსა და მხარდაჭერაზე, გუნდებისთვის ტექნიკური მხარდაჭერის გაწევაზე, პერსონალის დანიშვნაზე, მაჩვენებლების შემუშავებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხებთან დაკავშირებით, ზედა დონის მენეჯმენტსა და პერსონალს შორის კომუნიკაციის ხელშეწყობაზე.

ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული რესურსების გადანაწილება

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამაში უნდა მოხდეს ლოკალური რესურსების გადანაწილება, რათა იგი ჯანდაცვის ორგანიზაციის განუყოფელ ნაწილად იქცეს. ხშირ შემთხვევაში, ხარისხის

უზრუნველყოფის საწყისი ზომების განხორციელება შესაძლოა დამოკიდებული იყოს გარედან მიღებულ ტექნიკურ და ფინანსურ დახმარებაზე. დროთა განმავლობაში, ორგანიზაციამ უნდა შეძლოს ხარისხის უზრუნველყოფის საკუთარი პროგრამის მართვა, გარე წყაროებზე მინიმალური დამოკიდებულების ფარგლებში. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა ხარისხის უზრუნველყოფის ზომები მათი დაწყებისთანავე თვითფინანსირებადი ვერ გახდეს, ორგანიზაციამ უნდა გაითვალისწინოს რესურსების საკითხი მათი ჩამოყალიბების ფაზაში. გარედან დაფინანსებული ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობები ისე უნდა იქნეს ფორმულირებული, რომ შესაძლებელი იყოს მათი ჩანაცვლება შიდა რესურსებით. უნდა აღინიშნოს, რომ ხარისხის უზრუნველყოფის ის პროგრამებიც კი, რომელთა ინტეგრირება შესაძლებელია მენეჯმენტის არსებულ სისტემაში, ხშირად საჭიროებს საწყის რესურსებს, ტრენინგებს და სხვადასხვა წვრილმან ხარჯებს. იმის მიუხედავად, რომ ხარისხის უზრუნველყოფის პერსონალის სახით შესაძლებელია მენეჯმენტის პერსონალის გამოყენება, მას დასჭირდება რესურსები დასახული აქტივობების განსახორციელებლად. შესაძლოა, ხარისხის უზრუნველყოფის პერსონალს უფრო ხშირად მოუწიოს მგზავრობა სამედიცინო დაწესებულებებში ან დასჭირდეს დამატებითი მასალები ინფორმაციის შესაგროვებლად.

ხარისხის უზრუნველყოფის წერილობითი გეგმის შემუშავება

ხარისხის უზრუნველყოფის გეგმა არის წერილობითი დოკუმენტი, რომელიც ასახავს პროგრამის მიზნებსა და მასშტაბს, განსაზღვრავს პასუხისმგებლობის ხაზს და უფლებამოსილებას, აღწერს გეგმის დანერგვის სტრატეგიებს. გეგმა უნდა დაეხმაროს პერსონალის წევრებს, დაუკავშირონ ხარისხის მიზნები და დანიშნულება მათ ყოველდღიურ საქმიანობას. იგი ასევე უნდა წარმოადგენდეს განახლებად დოკუმენტს, რომელიც რეგულარულად განიხილება და გადაიხედება.

ხარისხის უზრუნველყოფის უნარებისა და მენეჯმენტის კრიტიკული მნიშვნელობის უბნების გაძლიერება

ხარისხის უზრუნველყოფის აქტივობები მენეჯმენტის მნიშვნელოვან ასპექტს წარმოადგენს და, რიგ შემთხვევაში, შესაძლებელია მათი გარდაქმნა საერთო ხარისხის მენეჯმენტის სისტემაში. თუმცა, ზოგადად, ხარისხის უზრუნველყოფის ზომები კონცენტრირებულია მენეჯმენტის სისტემების უფრო ვიწრო სპექტრზე, კონკრეტულად, სამ ძირითად სფეროზე: კონტროლზე, ტრენინგსა და საინფორმაციო სისტემების მენეჯმენტზე. ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის განვითარებასთან ერთად, აუცილებელია სპეციალური ძალისხმევა აღნიშნული სისტემების გასაძლიერებლად.

ორგანიზაციამ უნდა ჩამოაყალიბოს კონტროლის სისტემა, რომელიც არა მხოლოდ აფასებს და მართავს აქტივობებს, არამედ ხელს უწყობს ჯანდაცვის თანამშრომლებს მათი პროფესიული ზრდის გზაზე. გრძელვადიან პერსპექტივაში აღნიშნული მიდგომა შესაძლოა თვითკონტროლირებად, თვითმართვად ინდივიდუალურ და კოლექტიურ მუშაობაში გადაიზარდოს. ერთი შეხედვით, ეს შესაძლოა რთული იყოს, თუმცა აუცილებელია, რადგან განვითარებად ქვეყნებში, პერიფერიაზე, ყოველდღიური კონტროლის გარეშე ჯანდაცვის სფეროს უამრავი პროვაიდერი მუშაობს. მაკონტროლებლებს შეუძლიათ საკუთარ თავზე აიღონ ხარისხის უზრუნველყოფის ზომების გატარების ინიციატივა და ამ გზით შექმნან თანამონაწილეობაზე დაფუძნებული ლიდერობის და პრობლემის გადაწყვეტის უნარების მაგალითი. დროთა განმავლობაში, ჯანდაცვის თანამშრომლები შეძლებენ ხარისხის გაუმჯობესების აქტივობათა წამოწყებას. შესრულების გაუმჯობესების მიზნით, მაკონტროლებლებს შეუძლიათ ისეთი მეთოდების შემოღება, როგორც არის თვითმენეჯმენტი, ხარისხის უზრუნველყოფის ერთობლივი დანერგვა, მაგალითად, ჯანდაცვის თანამშრომლის და მაკონტროლებლის თვითშეფასება და სხვა სახის დახმარება მუშაობაში.

ტრენინგის სისტემა უნდა აერთიანებდეს კომპეტენციაზე დაფუძნებულ ტრენინგს სპეციფიკური სტანდარტული დავალებების შესასრულებლად, მათ შორის მომსახურების მიწოდების, კონსულტაციის განწესისა და სამედიცინო განათლების, ასევე მენეჯმენტის მხარდამჭერი მომსახურების კუთხით. მაღალხარისხიანი მომსახურების განწესისთვის აუცილებელ სფეროებში, ტრენინგის გაუმჯობესების გარდა, ტრენინგის მასშტაბი უნდა გაფართოვდეს და მოიცვას ხარისხის უზრუნველყოფის ისეთი უნარები, როგორებიცაა: პრობლემების გადაწყვეტა, შეფასება და გუნდური მუშაობა. ასევე მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის საინფორმაციო სისტემის გადახედვა, რათა იგი ხარისხის უზრუნველყოფის მონიტორინგის ეფექტურ სისტემად იქცეს. აღნიშნულის განხორციელება შესაძლებელია ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესის ადრეულ სტადიაზე ან მოგვიანებით, მას შემდეგ, რაც მენეჯმენტს და პერსონალს უკვე შეექმნება წარმოდგენა იმის შესახებ, თუ რა სახის ინფორმაცია სჭირდებათ და როგორ უნდა გამოიყენონ იგი ეფექტურად. აღნიშნულ სფეროში წარმოქმნილი ცვლილებების მიმართ წინააღმდეგობა უფრო ადვილი სამართავი იქნება მას შემდეგ, რაც ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა გარკვეულ, საწყის წარმატებას მიაღწევს.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების საქმეში უდიდეს როლს კლინიკური მენეჯერი ასრულებს, ამიტომ კლინიკური მენეჯერის შერჩევა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია.

რეკომენდაცია კლინიკური მენეჯერის შესარჩევად

მრავალპროფილური სამედიცინო დაწესებულების კლინიკური მენეჯერის შესარჩევად აუცილებელი:

I. საკვალიფიკაციო მოთხოვნები:

1. უმაღლესი განათლება: სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ან ჯანდაცვის ადმინისტრირების მიმართულებით;
2. სამუშაო გამოცდილება: მნიშვნელოვანია სამედიცინო დახმარების ხარისხის მართვის ან/და მენეჯერულ პოზიციაზე მუშაობის გამოცდილება კლინიკაში;
3. ამ თანამდებობაზე დანიშვნისას პრიორიტეტულია: სამუშაო გამოცდილება სტაციონარული დაწესებულების ხელმძღვანელის ან კლინიკური მენეჯერის პოზიციაზე (არანაკლებ 3 წელი). ასევე, პრიორიტეტულია ჯანდაცვის სისტემის მმართველობითი სტრუქტურების ყოფილი თანამშრომლები, რომლებსაც გააჩნიათ შესაბამისი პროფესიული გამოცდილება და პიროვნული უნარ-ჩვევები.

II. პიროვნული უნარები:

4. პასუხისმგებლობის მაღალი გრძნობა;
5. პრობლემის დანახვის და მისი აღმოფხვრის გზების დასახვის უნარი;
6. გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღების უნარი;
7. გუნდის მართვის უნარი;
8. გუნდური მუშაობის უნარი;
9. კომუნიკაბელურობა;

10. მიზანდასახულობა;
11. ორგანიზებულობა;
12. პრინციპულობა, ობიექტურობა, კორექტულობა;
13. დეტალებზე და შედეგებზე ორიენტირებულობა;
14. მულტინაციონალურ გარემოში მუშაობის უნარი;
15. პარალელურ რეჟიმში რამდენიმე საქმეზე მუშაობის უნარი;
16. კრიზისული სიტუაციის მართვის უნარი;
17. დაძაბულ რეჟიმში მუშაობის უნარი;
18. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების ინსტრუქციების ზედმინწევნით შესრულების უნარი;
19. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის, მართვის და გაუმჯობესების ღონისძიებების დაგეგმვის, განხორციელების, კონტროლის და ნაკლოვანებების გამოსწორების უნარი გუნდთან ერთად.

კლინიკური მენეჯერის თანამდებობრივი ინსტრუქცია

ზოგადი ნაწილი:

1. კლინიკურ მენეჯერს სამსახურში იღებს და ანთავისუფლებს გენერალური დირექტორი.

2. კლინიკური მენეჯერი სტრუქტურულად ექვემდებარება გენერალურ დირექტორს და გენერალური დირექტორის მოადგილეებს.

3. კლინიკური მენეჯერი ზედამხედველობას უწევს ყველა თანამშრომლის საქმიანობას.

4. კლინიკური მენეჯერი ვალდებულია უზრუნველყოს:

4.1. კლინიკაში შინაგანანგის მოთხოვნების დაცვა:

– თანამშრომელთა სამსახურში გამოცხადებაზე და გარეგნულ იერსახეზე ზედამხედველობა.

– კლინიკაში სანიტარულ-ჰიგიენური რეჟიმის კონტროლი. ასევე, სამედიცინო ნარჩენების მოძრაობის მართვა და ზედამხედველობა. ექიმების, უფროსი მედდების, მედდების და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის მიერ სამუშაოს შესრულების ხარისხის სისტემატური ზედამხედველობა და შემოწმება.

– კლინიკაში არსებული აპარატ-დანადგარების და ტექნიკური აღჭურვილობის მდგომარეობის ზედამხედველობა დეპარტამენტების ხელმძღვანელებთან და უფროს მედდებთან ერთად. შეფერხების აღმოჩენის შემთხვევაში, შესაბამისი სპეციალისტის დროული გამოძახება და ხარვეზის აღმოფხვრა.

– თანამშრომელთა სამსახურებრივი ინსტრუქციების მომზადება კლინიკის იურისტთან, ადამიანური რესურსების მართვის სამსახურთან და სამედიცინო პროცესების წარმართვაზე პასუ-

ხისმგებელ პირებთან ერთად (სავარაუდოდ, გენერალური დირექტორის მოადგილე სამკურნალო დარგში).

4.2. პაციენტებთან მჭიდრო ურთიერთობა და მათი მოსაზრებების სისტემატურად მოსმენა; ყოველდღიური გასაუბრება; პერიოდულად სპეციალური კითხვარით გამოკითხვა; კითხვარების დამუშავება და ანალიზი; გამოვლენილი მნიშვნელოვანი საკითხების თაობაზე კლინიკის მენეჯმენტის ინფორმირება:

– კლინიკის შესაძლებლობებისა და სერვისების შესახებ პაციენტების ინფორმირება ყოველდღიურად (საკონსულტაციო-სადიაგნოსტიკო ცენტრი, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრი, ესთეტიკური მედიცინის ცენტრი, სტომატოლოგიური კლინიკა, სტაციონარული სერვისები და სხვა).

4.3. კლინიკაში პაციენტთა ნაკადის მართვა და ინფორმაციის მიღება სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში აღრიცხვაზე აყვანილ თუ გატარებულ პაციენტთა შესახებ.

4.4. მონაწილეობის მიღება კლინიკაში ფინანსური წესრიგის დაცვის საქმეში:

– სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დროულად ანაზღაურებაზე ზედამხედველობა.

– პაციენტებისთვის განეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურების საქმეში პრობლემების არსებობის შემთხვევაში კლინიკის მენეჯმენტის დროული ინფორმირება.

– კლინიკის საჭიროებიდან გამომდინარე, სამსახურში გამოცხადება არასამუშაო საათებში (შაბათ-კვირას და უქმე დღეებში), ფინანსური და სხვა საკითხების მოსაწესრიგებლად.

4.5. კლინიკის ქონების გაფრთხილება და ხანძარსაწინააღმდეგო და შრომის უსაფრთხოების წესების დაცვა.

4.6. კლინიკის მატერიალურ ფასეულობათა დაცვა; ასევე, არ უნდა დაუშვას წყლისა და ელექტროენერჯის არარაციონალური, უყაირათო ხარჯვა.

5. კლინიკური მენეჯერი უფლებამოსილია:

მისცეს მითითებები ექიმებს, უფროს მედებს, საშუალო და უმცროს მედპერსონალს.

შეიტანოს წინადადებები ადმინისტრაციაში მათი წახალისების ან დასჯის შესახებ.

კლინიკური მენეჯერი ვალდებულია, კლინიკის მენეჯმენტთან მჭიდრო თანამშრომლობით უზრუნველყოს:

1. სამედიცინო დანესებულების სალიცენზიო და სანებართვო პირობების დაცვა; ანგარიშის მომზადება სალიცენზიო და სანებართვო პირობების დაცვის შესახებ.

2. სამედიცინო დანესებულებაში ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების განხორციელება.

3. სამედიცინო დანესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების შეფასების ეფექტური შიდა სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

4. ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის მოთხოვნათა უზრუნველყოფა და დაცვა.

5. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მოთხოვნების უზრუნველყოფა და დაცვა.

6. სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობისა და უწყვეტობის უზრუნველყოფა.

7. პაციენტთა სამართლებრივი უფლებების რეალიზაციის უზრუნველყოფა.

ხარისხის უზრუნველყოფის გამოცდილების გავრცელება და გაზიარება

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის საწყის ეტაპზე უნდა მოხდეს გავრცელების სტრატეგიის შემუშავება, ორგანიზაციის შიგნით და მის გარეთ, გამოცდილების გაზიარების მიზნით. გავრცელების ზოგიერთი პროგრამა მოიცავს ბუკლეტებს, რომ-

ლებიც შეიცავს საგანმანათლებლო ინფორმაციას და პროექტის წინსვლის ანგარიშს. ბუკლეტები ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ლოკალური პირის ან გუნდის ინიციატივის აღიარებაში. ეფექტურია ასევე კონფერენციების გამართვა ლოკალურ, რეგიონულ, სახელმწიფო და საერთაშორისო დონეზე, რადგან ისინი აძლიერებენ წარმატებას, ასტიმულირებენ დიალოგს და კრეატიულობას, ასევე ხელს უწყობენ პროგრამის პოლიტიკურ მხარდაჭერას. ხარისხის უზრუნველყოფის რესურსცენტრის ჩამოყალიბება გავრცელების კიდეც ერთ, ეფექტურ სტრატეგიად მოიაზრება. იგი პერსონალისათვის ხელმისაწვდომს ხდის ინფორმაციას ხარისხის უზრუნველყოფის მეთოდების და გამოცდილების შესახებ, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ინიციატივების გამოვლენას და განათლების დონის ზრდას. რესურსცენტრებს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ პროგრამის ლიდერებისთვის და ტრენერებისთვის, რადგან ისინი იძლევიან თვითგანათლების საშუალებას. ისეთი პროფესიონალური საზოგადოებების წევრობა, როგორცაა ადგილობრივი მედიცინის მუშაკთა და ექთანთა ასოციაციები ან ხარისხის უზრუნველყოფის საერთაშორისო საზოგადოება, ხარისხის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული გამოცდილების გავრცელების შესანიშნავ გზას წამოადგენს.

Story Telling-ი ანუ სიახლეების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება კარგ საშუალებას წარმოადგენს. იგი გულისხმობს ადგილობრივი გუნდების მიერ ხარისხის გაუმჯობესების პროცესის აღწერას და დოკუმენტირებას. ეს არის ხარისხის გაუმჯობესების დოკუმენტირების სანდო და ეფექტური საშუალება, რომელიც იყენებს გრაფიკულ ტექნიკას და არ საჭიროებს შრომატევადი ანგარიშის შედგენას. როგორც წესი, გუნდს შეუძლია აწარმოოს საკუთარი „ისტორიის წიგნი“, რომელიც შეიცავს პრობლემის ფორმულირებას, გუნდის წევრთა სიას, პრობლემასთან დაკავშირებული ნაკადების სქემას, მიზეზზე დამოკიდებულების გრაფიკს და მასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას. იგი ასევე შეიძლება შეიცავდეს ინფორმაციას მონიტორინგის შესახებ და გადაწყვეტილების აღწერას. ინფორმაციის შეტანა შესაძლებელია „ისტორიის

დაფაზე“ ან პოსტერში, რომელიც ხილვად ადგილას გამოიფინება და პერსონალის წევრებს შეეძლება, თვალი ადევნონ გუნდის პროგრესს. მსგავსი ფორმატის გამოყენება შესაძლებელია სამედიცინო ცენტრში, ორგანიზაციაში გამართულ ფორმალურ პრეზენტაციებზე ან კონფერენციაზე. ერთად აღებული, ხარისხის გაუმჯობესების აღნიშნული ისტორიები წარმოადგენს ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამისა და მეთოდოლოგიის მნიშვნელობის დადასტურებას.

ცვლილებების მართვა

ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის დანერგვის მცდელობისას წინააღმდეგობა გარდაუვალია. თავდაპირველად, ზოგიერთ მენეჯერსა და პერსონალის წევრებს უჩნდებათ შიში კრიტიკის, ძალაუფლების დაკარგვისა და თვით ცვლილების მიმართ. პერსონალის წევრებს, რომელთათვისაც ლიდერობა და გადაწყვეტილებების მიღება სიახლეა, შესაძლოა შიში ან ნევროზი დაეუფლოთ ახალი პასუხისმგებლობის გამო. ჯანსაღი ცვლილებებიც კი იწვევს დისკომფორტს, გაურკვეველობას და კონფლიქტებს. წინააღმდეგობის შესამცირებლად, მნიშვნელოვანია ფრთხილი, ეტაპობრივი მიდგომა და ღია, ნდობით აღსავსე გარემო. იმის მიუხედავად, რომ ცვლილების მართვის სტრატეგიები უნდა მოერგოს ორგანიზაციის ინდივიდუალურ საჭიროებებს, რამდენიმე რეკომენდაცია საყოველთაოდ მისაღებია.

თუ ექიმის შრომის ანაზღაურება დამოკიდებულია პაციენტებისთვის განუულ სამედიცინო მომსახურებაზე, როგორ შეიძლება მას მოსთხოვო იზრუნოს პრევენციული ღონისძიებების გატარებაზე, ეს ნიშნავს, რომ თვითონ თქვას უარი შემოსავლების ზრდაზე, რაც არარეალურია... მეიოს კლინიკაში შესაძლებელი გახდა ექიმისა და პაციენტის ინტერესებს შორის კონფლიქტის შემცირება, – შრომის ანაზღაურება ხდება ისე, როგორც მისაღებია ექიმისა და პაციენტისათვის ...

პრაქტიკული საკითხები

შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკა სამედიცინო დაწესებულებაში

შესავალი

სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება კომპლექსური სისტემაა, რომელიც ბევრი კომპონენტისგან შედგება. თითოეული კომპონენტი მასში ჩართული ადამიანებისგან სპეციფიკურ ცოდნასა და მართვის უნარებს მოითხოვს. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მართვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ნაწილს ინფრასტრუქტურის მოწყობა, პაციენტთა მიღება, სამედიცინო სერვისების წარმოება და მიწოდება წარმოადგენს, რომლის ძირითადი მიზანია სამედიცინო საქმიანობის წარმართვა პრინციპით „არ ავნო“, სხვა სიტყვებით, სერვისების მიწოდება იმგვარად, რომ ზიანი არ მიადგეს პაციენტებს, თანამშრომლებსა და სოციალურ გარემოს. შრომის უსაფრთხოება მხოლოდ დასაქმებულთა უსაფრთხო მუშაობას არ ითვალისწინებს, ის პირდაპირ კავშირშია პაციენტთა უსაფრთხოებასთან და სერვისების უსაფრთხო, ხარჯთეფექტურ უტილიზაციასთან სამედიცინო დაწესებულებაში.

შრომის უსაფრთხოების წინამდებარე პოლიტიკა მომზადებულია სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებისთვის და მისი მიზანია, კლინიკის თანამშრომლებს, პაციენტებს და ვიზიტორებს მიაწოდოს ინფორმაცია კლინიკაში სამუშაო პროცესში ან სტუმრობისას არსებული ძირითადი საფრთხეების და რისკების, ასევე მათი შემცირების გზების შესახებ. შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკის დოკუმენტი წარმოადგენს კლინიკაში შრომის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის ძირითად დოკუმენტს.

სამედიცინო დანესებულებაში შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკის ძირითადი პრიორიტეტებია:

რისკების კონტროლის მექანიზმების შემუშავება
საფრთხის იდენტიფიცირება და პრევენციული ღონისძიებების გატარება

დასაქმებულთათვის სამუშაო გარემოს შექმნა კანონმდებლობის მოთხოვნების სრული დაცვით, რაც გულისხმობს სამედიცინო დანესებულების ინფრასტრუქტურის მოწყობას ტექნიკური რეგლამენტის მიხედვით.

სამედიცინო დანესებულებისთვის შრომის უსაფრთხოების სპეციფიკური წესების შემუშავება და შრომის უსაფრთხო პირობების უზრუნველყოფა.

სამუშაოს შესრულების დროს დასაქმებულთა დაზიანების და შეცდომის დაშვების თავიდან აცილების მიზნით, სპეციალური სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება.

დასაქმებულთათვის თანამდებობის შესაბამისი სამუშაოთა აღწერილობის (თანამდებობრივი ინსტრუქციების) მომზადება.

სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების განსაზღვრა, შეფასება და პრევენცია.

დოკუმენტაციის ნაკრები შრომის უსაფრთხოების შესახებ

– სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების ჩამონათვალი

– სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული საფრთხეების იდენტიფიცირება

– კლინიკის სტრუქტურული ქვედანაყოფების შემადგენელი ძირითადი ზონები და მათი ფუნქციური დანიშნულება

– სამედიცინო აპარატურასა და ელექტრომომწყობილობებთან დაკავშირებული რისკები

- თანამშრომელთა ზოგადი მოვალეობები
- შრომის უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირის ზოგადი მოვალეობები
- საფრთხის იდენტიფიცირება
- შრომის უსაფრთხოების წესების დარღვევის შემთხვევაში ვინ შეიძლება დაზარალდეს
- რისკების აღწერა, მონიტორინგი და შეფასება
- რისკების კონტროლის მექანიზმები

უსაფრთხოების ინჟინრის ფუნქციები და მოვალეობები (ნიმუში)

1. ჩვეულებრივ პირობებში უსაფრთხოდ მუშაობის, რისკის მართვის, პრევენციული ღონისძიებების და საგანგებო სიტუაციების დროს მოქმედების გეგმების შემუშავება და განხორციელება:

ა. რისკების იდენტიფიცირება და კლასიფიცირება;

ბ. თანამშრომელთა ინფორმირება სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების და ზიანის შემცირების შესაძლებლობების შესახებ;

გ. სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების შემცირებისთვის სასწავლო პროგრამის შემუშავება და თანამშრომელთა სწავლების ორგანიზება;

დ. ექსტრემალურ პირობებში მოქმედებებთან დაკავშირებით კლინიკის თანამშრომელთა მომზადება / სწავლება.

2. შენობის შიდა და გარე პერიმეტრზე ვიდეოზედამხედველობის სისტემის გამართული ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

3. IT ტექნოლოგიების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. პროგრამული სისტემების და კომპიუტერების დაცვა ვირუსებისაგან, ჰაკერების შეღწევისა და უცხო პირების მიერ ხელყოფისაგან.

4. კლინიკის აპარატ-დანადგარების მდგომარეობაზე ზედამხედველობა და კონტროლი. ექსპლუატაციის წესების დაცვა, აპარატურის პერიოდული შემონმების ორგანიზაცია შესაბამისი ტექნიკური პერსონალის მონაწილეობით და სხვა.

5. სახანძრო უსაფრთხოებაზე ზედამხედველობა (რისთვისაც შესაბამისი სპეციალისტების მონაწილეობით უნდა შეისწავლოს კლინიკაში ყველა შენობა-ნაგებობის და დამხმარე სათავსოების ელექტროგაყვანილობა, გაზისა და წყალმომარაგების ნერტილევის მდგომარეობა).

6. სახანძრო უსაფრთხოების ან/და საგანგებო სიტუაციების პრევენციისა და მათზე რეაგირების მოთხოვნების შესრულების უზრუნველყოფის მიზნით ორგანიზაციული და ტექნიკური გადამწყვეტილებების შემუშავება.

7. კლინიკაში ხანძრის პროფილაქტიკისა და ჩაქრობის მიზნით სახანძრო უსაფრთხოების უზრუნველყოფის სისტემის სუბიექტების უფლებამოსილებისა და ორგანიზების საფუძვლების შემუშავება.

8. კლინიკაში სახანძრო უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად საჭირო ინვენტარის მარაგის შექმნა და ხარჯვის კონტროლი.

9. სამედიცინო პერსონალის ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებების, სპეციალურვილობის მარაგების შექმნასა და შენახვის პირობებზე ზედამხედველობა.

10. კლინიკის პაციენტების და თანამშრომლების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად სამუშაო გეგმის პერიოდულად გადახედვა და განახლება.

სამედიცინო დაწესებულების გამარტივებული მოდელი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად: სტრუქტურა – პროცესი – შედეგი (გამოსავალი)

სამედიცინო მომსახურების ხარისხი პირდაპირ უკავშირდება პაციენტის და სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოებას, ამიტომ კლინიკაში პაციენტებისა და სამედიცინო პერსონალის შრომის უსაფრთხოების დოკუმენტებში ყოველთვის წარმოდგენილია სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკები; განხილულია კლინიკის სტრუქტურული ქვედანაყოფების შემადგენელი ძირითადი ზონების ფუნქციური დანიშნულება. აქვე მოწოდებულია თითოეული ზონისთვის იდენტიფიცირებული საფრთხეების და კლინიკის პერსონალისა და ვიზიტორებისათვის მათგან მომავალი რისკების ანალიზი. უსაფრთხოების თაობაზე შედგენილი დოკუმენტაციის პაკეტი ასევე მოიცავს სამედიცინო საქმიანობის წარმართვისთვის აუცილებელი ძირითადი სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების აღწერას, უსაფრთხო ოპერირებისათვის საჭირო აღჭურვილობის ჩამონათვალს და მათი გამოყენების წესებს. უსაფრთხოების პოლიტიკის დოკუმენტის ბოლოს მოცემული უნდა იყოს დანართები, რომლის გამოყენებაც რეკომენდებულია საფრთხეების და რისკების შეფასების პროცესისა და შრომის უსაფრთხოების საქმიანობების განხორციელების დროს, სამედიცინო საქმიანობის უსაფრთხოდ წარმართვაზე პასუხისმგებელი პირების მიერ.

კლინიკაში შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკა შემუშავებულია ისეთი რისკების პრევენციისთვის, რომლებიც, ზოგადად, სამედიცინო საქმიანობას უკავშირდება. სამედიცინო საქმიანობის დროს დასაქმებულს უხდება გადაადგილება კლინიკის ტერიტორიაზე, დერეფნებში, კიბეებზე, ეზოში, მოძრაობა ლიფტით,

სახიფათო ნარჩენებთან ურთიერთობა; ექმნება საფრთხე გაუმართავი ინფრასტრუქტურის, აპარატურის, რენტგენოლოგიურ დანადგარებთან ან რადიოაქტიურ ნივთიერებებთან ურთიერთობის გამო. სამედიცინო საქმიანობის დროს არსებობს მახვილი და ბასრი ინსტრუმენტების გამოყენებისას ტრავმის მიღების საფრთხეც. პროცედურების და მანიპულაციების ჩატარებისას შესაძლებელია დასაქმებულმა დაზიანება მიიღოს ჩხვლეტით, სადეზინფექციო საშუალებებთან ურთიერთობით, დაინფიცირდეს, ჯანმრთელობა გაუუარესდეს სტრესისა და გადაღლის გამო. სამედიცინო საქმიანობის დროს გამორიცხული არ არის სამედიცინო შეცდომის დაშვება და კონფლიქტი პაციენტის ახლობლებთან, ფიზიკური დაპირისპირება, ანგარიშსწორება, არაობიექტური კრიტიკა და სხვ. ყოველივე აღნიშნულის თავიდან აცილება, ზიანის და საფრთხის შემცირება შესაძლებელია შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკის შემუშავებითა და განხორციელებით.

კლინიკის შრომის უსაფრთხოების პოლიტიკა შემდეგ პრინციპებს ეფუძნება: უსაფრთხოების უზრუნველყოფა კლინიკის ყველა სტრუქტურულ ქვედანაყოფში; სამედიცინო მომსახურების პროცესის უსაფრთხოდ წარმართვა როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ დონეზე; თანამშრომელთათვის შრომის საუკეთესო პირობების შექმნა; თანამშრომელთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა (ჯანმრთელობის კორპორაციული დაზღვევა); ტანსაცმლის გამოცვლის, პირადი ჰიგიენის დაცვის, კვებისა და დასვენების პირობების უზრუნველყოფა.

სტაციონარული დაწესებულებების უმრავლესობა შრომის პირობების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად იყენებს სამედიცინო დაწესებულების გამარტივებულ მოდელს: სტრუქტურა – პროცესი – შედეგი (გამოსავალი).

სტრუქტურა – ტექნიკური რეგლამენტის დაცვით მოწყობილი უსაფრთხო ინფრასტრუქტურა.

პროცესი – სამედიცინო საქმიანობის წარმართვა უსაფრთხო პირობებში; გამართული აპარატ-დანადგარები და ელექტრომონწყობილობები; დასაქმებულთა უზრუნველყოფა საკმარისი

რაოდენობის და საქმიანობის შესაფერისი ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებებით.

შედეგი (გამოსავალი) – შრომის პირობების მუდმივი მონიტორინგი და, ხარვეზების გამოვლენის შემთხვევაში, მყისიერი რეაგირება.

სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების ჩამონათვალი

გაუმართავი და მოუნესრიგებელი ინფრასტრუქტურით გამონვეული რისკები (კლინიკის შენობაში და მის კუთვნილ ტერიტორიაზე პერსონალის, პაციენტის და ვიზიტორების გადაადგილება, დაცემა, ჩამოვარდნა, შუშაზე შეჯახება და სხვ.);

ლიფტის გაუმართაობით გამონვეული რისკი (გადაადგილება ლიფტით);

სამედიცინო და საყოფაცხოვრებო ნარჩენები (სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების შეხება როგორც სარისკო, ისე არასარისკო ნარჩენებთან);

რისკები, რომლებიც უკავშირდება აპარატურასთან და ელექტრომონოცილობებთან ურთიერთობას;

რისკები, რომელიც უკავშირდება რენტგენოლოგიურ დანადგარებთან ან რადიოაქტიურ ნივთიერებებთან ურთიერთობას;

რისკი, რომელიც დაკავშირებულია მახვილი და ბასრი ინსტრუმენტების გამოყენებასთან (ჩხვლეტით მიღებული ტრავმა ქირურგიული ჩარევის დროს, პროცედურების და მანიპულაციების ჩატარებისას);

რისკი, რომელიც დაკავშირებულია სადღეინფექციო და სხვა ქიმიური საშუალებების გამოყენებასთან.

სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული ფსიქოსოციალური საფრთხეები

სამედიცინო შეცდომა და კონფლიქტი პაციენტის ახლობლებთან, ფიზიკური დაპირისპირება/ ანგარიშსწორება, არაობიექტური კრიტიკა და სხვ.

ფსიქოსოციალურ საფრთხეებში იგულისხმება სიტუაციები, რომლებსაც ადამიანი მიჰყავს მძიმე ფსიქოსოციალურ მდგომარეობამდე:

სტრესი, გადაღლა, დეპრესია, ფსიქიკური აშლილობა (პოსტტრავმული პერიოდის ჩათვლით);

გადატვირთული სამუშაო გრაფიკი;

მენეჯმენტის მხრიდან კომუნიკაციისა და სამუშაო პირობების კონტროლის ნაკლებობა;

ფიზიკური ძალადობა;

შანტაჟი და ჩაგვრა.

სამუშაოს საფრთხეების ანალიზი ფოკუსირებულია რამდენიმე კომპონენტის ურთიერთქმედებაზე, რათა განისაზღვროს მოსალოდნელი საფრთხეები.

სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული საფრთხეების იდენტიფიცირება

საქმიანობა	საფრთხე	პრევენციული საქმიანობა
სამუშაო ტერიტორიაზე გადაადგილება	მონმენდილ, სველ იატაკზე დაცემა, ლიფტში გაჭედვა, კიბეზე დაცემა	თანამშრომელთა გადაადგილება უნდა მოხდეს მითითებების დაცვით. მაგ. „ყუ-რადლება! იატაკი სველია“. წარწერა ლიფტთან – „ლიფტით არ ისარგებლოთ ხანძრის ან მინისძვრის დროს“. ლიფტის შემოწმება და უსაფრთხოების სერტიფიკატის მიღება

<p>პაციენტის მიღება, გასინჯვა და კონსულტირება</p>	<p>პაციენტის მიღება, რომელსაც მომართვის დროს სეზონური ინფექციები ან სხვა დაავადებები აღენიშნება (გრიპი, დიარეა, კანის ინფექციური დაავადებები) პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა</p>	<p>პაციენტის მიღება შესაბამისი წესების დაცვით, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურის მიხედვით</p>
<p>სამედიცინო პროცედურების, მანიპულაციების, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება, ქირურგიული ჩარევის წარმოება</p>	<p>პერსონალის დაზიანება ბასრი, მჩხვლეტავი ან მსხვერვადი საგნებით; ინფიცირება</p>	<p>აღნიშნული პროცესის უსაფრთხოებისათვის საჭიროა, დაცული იქნეს თითოეული მანიპულაციის ჩატარების წესები. პროცედურა და მანიპულაცია ჩატარდეს სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების მიხედვით. გამოყენებულ იქნეს SOP-ში მითითებული ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებები</p>

<p>კლინიკაში ნარჩენების მართვა</p>	<p>ნარჩენების შეგრო- ვების და ურნების დაცლის დროს წარ- მოქმნილი მტვრით მონამვლა, ბასრ საგნებთან შეხებით სხეულის დაზიანე- ბა, საშიშ ნივთიე- რებებთან შეხებით მონამვლა, დამწვრობა</p>	<p>აღნიშნული პროცესის უსაფრთხოებისათ- ვის საჭიროა, დაცულ იქნეს ნარჩენებთან ურთიერთობის წესე- ბი და სტანდარტული ოპერაციული პროცე- დურები. გამართული სავენტილაციო სისტემა ნარჩენების მართვის არეალში</p>
<p>ცუდი სანიტარიული პირობები</p>	<p>დაავადებების გავრცელება</p>	<p>კლინიკის სტრუქტუ- რულ ქვედანაყოფებსა და განყოფილებებში შინაგანაწესის შესაბა- მისად უნდა განხორ- ციელდეს ტერიტორი- ის დასუფთავება.</p>
<p>სამუშაო გარემოს ერგონომიკა</p>	<p>ფიზიკური დაზიანება</p>	<p>სამუშაო ადგილების გეომეტრიული-საპ- როექტო პირობების მკაცრი დაცვა</p>

ვიზიტორების ქმედებები ან ქცევები	ვიზიტორის ან პერსონალის ფიზიკური დაზიანება, მონამვლა, ფსიქიკური ან ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუარესება	პაციენტების მნახველების და სხვა პირების ვიზიტი უნდა განხორციელდეს დაცვის თანამშრომლის ან მიმღების სამედიცინო პერსონალის თანხმობით, სათანადო წერილობითი ინსტრუქტაჟის შემდეგ (იხ. დანართი)
----------------------------------	---	--

„მაღალი“ რისკის სათავსები ყველა სტრუქტურულ ქვედანაყოფში: საიზოლაციო (ბოქსი, ნახევრად ბოქსი, ბოქსირებული პალატა) და კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის სათავსები/განყოფილებები. „ძალიან მაღალი“ რისკის სათავსია საოპერაციო ბლოკი.

პერსონალის და პაციენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით, რისკის სათავსებს ასევე მიეკუთვნება აფთიაქი და კვების ბლოკი, ბუფეტი/სამზარეულო.

სამედიცინო საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია ჯანმრთელობისათვის რისკის შემცველ პროცედურებთან: – ინექციები, მანიპულაციები, ქირურგიული ჩარევა, სტერილიზაცია, ნარჩენების მართვა, დასუფთავება, თეთრეულის გამოცვლა, გატანა, დახარისხება, რეცხვა და სხვა.

სამედიცინო აპარატურასა და ელექტრომონოკობილობებთან დაკავშირებული რისკები

საქართველოში პროდუქციის (პროდუქციაში მოიაზრება სამედიცინო მონოკობილობებიც) კლასიფიცირების ერთგვარ მცდელობად შეიძლება მიჩნეულ იქნეს პროდუქციისა და მომსახურე-

ბის სერტიფიკაციის შესახებ საქართველოს კანონის ტერმინთა განმარტების მუხლში მოცემული „უსაფრთხო პროდუქციისა“ და „სახიფათო პროდუქციის“ განმარტებები. ამ კანონის მე-3 მუხლის თანახმად, „უსაფრთხო პროდუქცია“ განმარტებულია, როგორც საქონელი ან მომსახურება, რომელიც ნორმალურად და გონივრულად გამოყენებისას არ შეიცავს რისკს ან შეიცავს მხოლოდ ადამიანთა უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის მაღალი დონის გათვალისწინებით დასაშვებად მიჩნეულ, მინიმალურ რისკს; ხოლო „სახიფათო პროდუქცია“ განმარტებულია, როგორც საქონელი ან მომსახურება, რომელიც არ შეესაბამება ამ მუხლში მოცემულ „უსაფრთხო პროდუქციის“ განმარტებას.

სამედიცინო დანესებულებებში შრომის პირობების შექმნა, ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის გამართული სისტემის ფუნქციონირება სამედიცინო პერსონალის და პაციენტის უსაფრთხოების, ასევე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პირობაა. სამედიცინო კლინიკა ვალდებულია, უზრუნველყოს ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვა, მართვა, ზედამხედველობა, კონტროლი და პრევენცია დადგენილი წესის შესაბამისად. სამედიცინო დანესებულებაში ინფექციური კონტროლის სისტემის წარმატებით ფუნქციონირებისათვის საჭირო ძირითადი პრინციპები, ორგანიზაციული და პროცედურული საკითხები განერილია შესაბამის მოთხოვნებში, მეთოდოლოგიასა და ადმინისტრირების წესებში.

სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების აღწერა

მონიტორინგი და შეფასება

პერსონალის ჯანმრთელობის და უსაფრთხოების შეფასება უნდა განხორციელდეს დათვალიერებითა და სათანადო დოკუმენტაციის გაცნობით.

უსაფრთხოების შეფასების კრიტერიუმი 1: – „სტრუქტურულ ქვედანაყოფში არსებობს გაიდლაინი/ ინსტრუქცია პერსონალის ინფიცირების რისკების მართვისა და ინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის შემდგომი (ექსპოზიციის შემდგომი) მართვის შესახებ“ – ფასდება დადებითად, ასეთი გაიდლაინის/ინსტრუქციის (ნაბეჭდი ან ელექტრონული) არსებობის შემთხვევაში.

უსაფრთხოების შეფასების კრიტერიუმი 2: – „პერსონალი, რომლის საქმიანობაც დაკავშირებულია ჯანმრთელობისათვის რისკის შემცველ პროცედურებთან (ინექციები, მანიპულაციები, ქირურგიული ჩარევა, პაციენტის ობიექტური გასინჯვა, ბიოლოგიურ სითხეებთან, კანთან ან ლორწოვანთან კონტაქტი, სტერილიზაცია, ნარჩენების მართვა, დასუფთავება, თეთრეულის გამოცვლა, გატანა, დახარისხება, რეცხვა და ა.შ.), უზრუნველყოფილია შესაბამისი ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (სამედიცინო ხელთათმანები, დამცავი სათვალე, ნიღაბი, სქელი ხელთათმანები, წინსაფარი)“ – ფასდება დათვალაიერებით და დადებითი პასუხი მოინიშნება ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების სახეზე არსებობის შემთხვევაში.

უსაფრთხოების შეფასების კრიტერიუმი 3: – „დანესებულების სტრუქტურული ქვედანაყოფის ძალიან მაღალი და მაღალი რისკის სათავსებში დასაქმებული პერსონალი აცრილია B ჰეპატიტზე ან არსებობს აღნიშნულის უზრუნველყოფი ორგანიზაციული პროცესი“ – ფასდება შესაბამისი დოკუმენტაციის მოთხოვნით: ჟურნალი, რომელშიც დაფიქსირებულია B ჰეპატიტზე აცრილი პერსონალის ან აცრების ჩატარების შესახებ ინფორმაცია. „მაღალი“ რისკის სათავსებია: საიზოლაციო (ბოქსი, ნახევრად ბოქსი, ბოქსირებული პალატა) და კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის სათავსები/განყოფილებები. „ძალიან მაღალი“ რისკის სათავსია, მაგ., საოპერაციო ბლოკი. იმ შემთხვევაში, როდესაც აცრები ჩატარებული არ არის, ფასდება აღნიშნულის უზრუნველყოფი ორგანიზაციული პროცესი; დადებითი პასუხი მოინიშნება მაშინ, როცა იდენტიფიცირებულია ასაცრელი კონტინგენტი (არსებობს სია), შეფასებულია მათი აცრის სტატუსი (არსებული დოკუმენ-

ტაციის საფუძველზე), დაგეგმილია და დაწყებულია იმუნიზაციის სტატუსის შესაფასებელი სკრინინგი, დაგეგმილია/დაწყებულია ვაქცინაციის პროცესი (არსებობს ვაქცინების შესყიდვასთან დაკავშირებული დოკუმენტაცია ან ხელშეკრულება ვაქცინაციის განმახორციელებელ დაწესებულებასთან). იმ შემთხვევაში, როდესაც პერსონალი უარს აცხადებს ვაქცინაციაზე, აუცილებელია „პირის მიერ პროფილაქტიკურ აცრაზე უარის თქმის ფორმის“ (პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრისა და იმუნიზაციის მართვის წესების დამტკიცების შესახებ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 19 ნოემბრის №01-57/ნ ბრძანების შესაბამისად) შევსება და ხელმოწერა.

უსაფრთხოების შეფასების კრიტერიუმი 4: – „სტრუქტურული ქვედანაყოფი ან დაწესებულება უზრუნველყოფს პერსონალის მხარდაჭერას (მაგ. გამოკვლევა, კონსულტირება ან პროფილაქტიკური მკურნალობა) სისხლთან ან ბიოლოგიურ სითხეებთან მაღალი რისკის კონტაქტის შემდეგ“ – ფასდება შესაბამისი აქტის/ბრძანების ან სხვა დოკუმენტის შეფასების საფუძველზე, სადაც დაფიქსირებულია, რომ აღნიშნული ტიპის მომსახურების უზრუნველყოფა ხდება დაწესებულების მიერ.

უსაფრთხოების შეფასების კრიტერიუმი 5: – „დაწესებულების პერსონალი პროცედურების შემდეგ იხდის ერთჯერად ხელთათმანს და იმუშავებს ხელეებს გამდინარე წყლითა და საპნით“ – ფასდება დაკვირვებით და პერსონალის გამოკითხვით.

უსაფრთხო ინექციების პრაქტიკა ფასდება სათანადო დოკუმენტაციის წარმოებით:

კრიტერიუმი 1: – „სტრუქტურულ ქვედანაყოფში არსებობს გაიდლაინი/ინსტრუქცია უსაფრთხო ინექციების პრაქტიკასთან დაკავშირებით“ – ფასდება დადებითად ასეთი გაიდლაინის/ინსტრუქციის არსებობის (ნაბეჭდი ან ელექტრონული ვერსია) შემთხვევაში.

კრიტერიუმი 2: – „უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში დაწესებულების ჯანდაცვის შესაბამის პერსონალს ჩაუტარდა,

სულ მცირე, ერთი ტრენინგი უსაფრთხო ინექციების საკითხებზე“ – ფასდება შესაბამისი დოკუმენტაციის (მაგ., ტრენინგების ჟურნალის, სასწავლო მასალის და ტრენინგების დამტკიცებული გრაფიკის და ა.შ.) დათვლიერებით (ეს ტრენინგი შეიძლება მოიცავდეს დაწესებულების შიგა სიმძლავრეებით განხორციელებულ სწავლებასაც). დადებითი პასუხი მოინიშნება, თუ დასტურდება ტრენინგის ჩატარება.

კრიტერიუმი 3: – „სტრუქტურული ქვედანაყოფის პერსონალი, შუშის ამპულის გამოყენების შემთხვევაში, ამპულის თავის მომტვრევის დროს იყენებს სუფთა დამცავ საშუალებას (მაგ., დოლბანდის ან ბამბის პატარა ნაჭერი, დოლბანდის ტუფერი), თითების დაცვის მიზნით“; „დაწესებულებაში მრავალდოზიანი ფლაკონის გამოყენებისას თითოეული შესაყვანი დოზის ამოღების შემდეგ ხდება ნემსის ამოღება მრავალდოზიანი ფლაკონის რეზინის ხუფიდან“; „დაწესებულებაში მრავალდოზიანი ფლაკონის გამოყენებისას პერსონალი წმენდს რეზინის დიაფრაგმას ანტისეპტიკური ხსნარით თითოეული დოზის ამოღებამდე“; „დაწესებულების პერსონალი ახურავს ხუფს ერთჯერად ნემსს პროცედურის რომელიმე ეტაპზე“ – ფასდება პერსონალზე დაკვირვების და/ან გამოკითხვის საშუალებით.

**სამედიცინო მომსახურების ხარისხის
უზრუნველყოფა
სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების
ნიმუშები**

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა (SOP)

ხელების ჰიგიენა

ხელები წარმოადგენს ინფექციის გამომწვევი აგენტების გადაცემის უმთავრეს წყაროს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას. პასუხისმგებლობა ეკისრება მედიცინის ნებისმიერ მუშაკს, სამედიცინო დაწესებულების სხვა პერსონალს.

პაციენტის მომსახურებაში პირდაპირ ან ირიბად ჩართულ პირს მოეთხოვება, იზრუნოს ხელის ჰიგიენაზე და გააჩნდეს სათანადო უნარი, შეასრულოს იგი სწორად და დროულად.

ხელების „ინფექციური“ მიკროფლორა: ხელების კანის ზედაპირზე არსებული მიკროორგანიზმები პირობითად იყოფა 2 ჯგუფად: რეზიდენტური და ტრანზიტორული. რეზიდენტური მიკროფლორა: რეზიდენტური მიკროორგანიზმები მუდმივად ცხოველმყოფელობენ და მრავლდებიან კანზე; ყველაზე დიდი რაოდენობითაა ფრჩხილების გარშემო, მათ ქვეშ და თითებს შორის. რეზიდენტური ფლორის საბოლოო განადგურება ხელების დაბანით და ანტისეპტიკური საშუალებების გამოყენებით პრაქტიკულად შეუძლებელია, თუმცა აღნიშნული პროცედურები მკვეთრად ამცირებს მათ რაოდენობას.

ტრანზიტორული მიკროფლორა: ტრანზიტორულ (არაკოლონირებად) მიკროფლორას განსაკუთრებული ეპიდემიოლოგიური

მნიშვნელობა აქვს და მას სამედიცინო პერსონალი იძენს ინფიცირებულ (კოლონიზირებულ) პაციენტებთან ან კონტამინირებულ გარემო ობიექტებთან კონტაქტის შედეგად. ტრანზიტორული ფლორა შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით საშიში მიკროორგანიზმებით (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Salmonella spp.* და სხვა გრამუარყოფითი ბაქტერიებით, *S. aureus*, *C. albicans*, როტავირუსები და სხვა), მათ შორის, საავადმყოფოსშიდა ინფექციების გამომწვევი ჰოსპიტალური შტამებით. ტრანზიტორული მიკროორგანიზმები ხელების კანზე ცხოველმყოფელობას ინარჩუნებენ მცირე დროის განმავლობაში (იშვიათად 24 სთ-ზე მეტი). მათი მნიშვნელოვანი რაოდენობის მოცილება შესაძლებელია ხელების ჰიგიენური დაბანით, ხოლო განადგურება – ანტისეპტიკური საშუალებებით. თუ კანი დაზიანებულია (მათ შორის, ხელების დაბანის და ანტისეპტიკური დამუშავების არაადეკვატური მეთოდების გამოყენების შედეგად), ტრანზიტორულ მიკროორგანიზმებს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შეუძლიათ კანზე კოლონიზაცია და ინფიცირება. ამ დროს ფორმირდება ახალი და უფრო საშიში რეზიდენტური ფლორა. აღნიშნული გარემოებების დროს სამედიცინო პერსონალის ხელები წარმოადგენს როგორც ინფექციის გადაცემის ფაქტორს, ასევე ინფექციის რეზერვუარსაც.

ფრჩხილების ლაქი და სამკაულები სამედიცინო პერსონალისათვის, რომლებსაც პირდაპირი კონტაქტი აქვთ პაციენტთან, კატეგორიულად აკრძალულია.

კატეგორიულად აკრძალულია ხელოვნური ფრჩხილებისა და მათი დამაგრებლებლების გამოყენება.

ბუნებრივი ფრჩხილები უნდა იყოს მოკლედ მოჭრილი.

მანიკურის გაკეთებასთან დაკავშირებულმა ზოგიერთმა მანიპულაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს მიკროტრავმები, რომლებიც, პოტენციურად, ინფექციის შეჭრის ადგილს წარმოადგენს.

ფრჩხილების ლაქმა შეიძლება გამოიწვიოს არასასურველი დერმატოლოგიური რეაქციები, რის შედეგადაც შესაძლოა განვითარდეს *Pseudomonas*-ით და *Candida*-თი გამოწვეული მეორეუ-

ლი ინფექციები. ამასთან, ნახევრად გადაცლილი ლაქი აძნელებს მიკროორგანიზმების მოცილებას. უპირატესობა ენიჭება მოკლედ და აკურატულად მოჭრილ ფრჩხილებს. გარდა აღნიშნულისა, ლაქის გამოყენება არ შეიძლება, ვინაიდან იგი ვიზუალურად ფარავს ფრჩხილქვეშა არეებში არსებულ დაბინძურებას. არ არის მიზანშენიანი ბეჭდებისა და სხვა სამკაული ტარება, რადგან ისინი აძნელებს ხელების სრულფასოვან დამუშავებას.

ხელების ჰიგიენისათვის აუცილებელი აღჭურვილობა:

- თბილი წყალი
 - დასაბანი საშუალება (ანტიბაქტერიული საპონი)
 - გასამშრალბელი საშუალება
 - სადებიინფექციო საშუალება (ანტისეპტიკი)
 - დამატენიანებელი საშუალება
 - სპეციალური კონტინერი ნარჩენებისთვის
- არსებობს ხელების დეკონტამინაციის სამი დონე:

ხელების ჩვეულებრივი დაბანა (ჰიგიენური დაბანა) – პაციენტებთან ან/და კონტამინირებულ გარემო ობიექტებთან კონტაქტისას სამედიცინო პერსონალის ხელების კანიდან ჭუჭყისა და ტრანზიტორული ფლორის მოცილება; ჰიგიენური ანტისეპტიკა – ტრანზიტორული მიკროფლორის მოცილება ან განადგურება; ქირურგიული ანტისეპტიკა – ტრანზიტორული მიკროფლორის მოცილება ან განადგურება და რეზიდენტული ფლორის შემცირება.

რეკომენდაცია: ხელების ჰიგიენური დაბანა სავალდებულოა:

- პაციენტთან კონტაქტის წინ და შემდეგ
- ინვაზიური პროცედურის ჩატარების წინ და შემდეგ
- ნებისმიერი სახის ჭრილობასთან კონტაქტის წინ და შემდეგ
- იმ მანიპულაციების წინ და შემდეგ, რომელთა დროსაც სამედიცინო პერსონალს კონტაქტი აქვს პაციენტის ლორწოვანთან, სისხლთან, სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან და გამოუნაყოფებთან (მიკროორგანიზმებით ხელების კონტამინაციის რისკის სავარაუდოდ მატების გამო)

- იმ საგნებთან კონტაქტის შემდეგ, რომლებიც შესაძლებელია დაბინძურებული იყოს პათოგენური მიკროორგანიზმებით და ჰოსპიტალური ინფექციების გამომწვევებით (სადრენაჟო სისტემები, შარდის შესაგროვებელი ჭურჭელი), ინფექციური ან მულტირეზისტენტული/საშიში მიკროორგანიზმების მატარებელ პაციენტებთან კონტაქტის წინ და შემდეგ
- ინფიცირების მაღალი რისკის განყოფილებებში (ინტენსიური თერაპია და სხვა)
- სამედიცინო პერსონალისათვის, ერთი პაციენტიდან მეორეზე გადასვლის წინ და შემდეგ, აუცილებელია ხელების ჰიგიენური დაბანა
ხელების ქირურგიული დაბანა: პროცედურის საერთო ხანგრძლივობაა 2-5 წუთი.

ქირურგიული წესით ხელის დაბანის შემდეგ ხელები ზედმიწევნით სუფთა და მშრალია. საოპერაციოს წინა ოთახში შესვლის წინ საჭიროა ხელების ჰიგიენური დაბანა, შემდეგ ჩაჩის და ნიღაბის მორგება, ამის შემდეგ აუცილებელია ხელების დაბანა ქირურგიული წესით: ხელთათმანის მოხსნის შემდეგ ხელები უნდა დაიმუშაოთ ანტისეპტიკური ხსნარით, თუ არ შეიმჩნევა ხილული დაბინძურება ბიოლოგიური მასალით, როგორცაა სისხლი და ა.შ. (მაგ: თუ ხელთათმანი გაიხა ოპერაციის მსვლელობისას). ქირურგიული პროცედურები შეიძლება ისე გადაეხას ერთმანეთს, რომ მათ შორის არ იყოს აუცილებელი ყოველ ჯერზე ქირურგიული წესით ხელების დაბანა. შემდეგი პროცედურის დაწყებისთვის, თუ ხელებზე არ არის ხილული ჭუჭყი, საკმარისია ქირურგიული ანტისეპტიკური წესით მათი დამუშავება, რაც მდგომარეობს შემდეგში:

1. დოზატორზე მარჯვენა ხელის იდაყვის მიჭერით მარცხენა ხელისგულზე დაისხით დაახლოებით 5 მლ (3 დოზა) ქირურგიული ანტისეპტიკი.
2. მარცხენა ხელისგულზე არსებულ ანტისეპტიკში ჩაყავით მარჯვენა ხელის თითის წვერები დაახლოებით 5 წამით, ფრჩხილქვეშა მიდამოს დეზინფექციისთვის.

3. მარცხენა ხელის წრიული მოძრაობით წაისვით ანტისეპტიკი მარჯვენა ხელის იდაყვამდე; ეცადეთ, არ დაგრჩეთ დაუმუშავებელი ადგილი (დაახლოებით 10-15 წუთი).
4. დოზატორზე მარცხენა ხელის იდაყვის მიჭერით მარჯვენა ხელისგულზე დაისხით დაახლოებით 5 მლ (3 დოზა) ქირურგიული ანტისეპტიკი.
5. მარჯვენა ხელისგულზე არსებულ ანტისეპტიკში ჩაყავით მარცხენა ხელის თითის წვერები დაახლოებით 5 წამით, ფრჩხილქვეშა მიდამოს დეზინფექციისთვის.
6. მარჯვენა ხელის წრიული მოძრაობით წაისვით ანტისეპტიკი მარცხენა ხელის იდაყვამდე; ეცადეთ, არ დაგრჩეთ დაუმუშავებელი ადგილი (დაახლოებით 10-15 წუთი).
7. დოზატორზე მარჯვენა ხელის იდაყვის მიჭერით მარცხენა ხელისგულზე დაისხით დაახლოებით 5 მლ (3 დოზა) ქირურგიული ანტისეპტიკი; წაისვით ორივე ხელზე მაჯის ჩათვლით და დაახლოებით 20-30 წამის განმავლობაში დაიმუშავეთ.
8. წრიული მოძრაობით წაუსვით ერთმანეთს ხელისგულები.
9. წაუსვით მარცხენა ხელისგული მარჯვენა ხელის ზურგს მაჯის ჩათვლით და შემდეგ პირიქით.
10. ხელისგულების შეტყუპებითა და თითების გადაჭდობით.
11. თითის ზურგების დამუშავებით მეორე ხელის მუჭში მოქცევით.
12. მარცხენა ცერა თითის დამუშავება წრიული მოძრაობით მარჯვენა მუჭში მოქცევით და პირიქით.
13. დაელოდეთ ხელების გაშრობას და ჩაიცვით სტერილური ხალათი და ხელთათმანები. ქირურგიული ანტისეპტიკით ხელების ზემოთ აღწერილი წესით დამუშავება მოითხოვს საშუალოდ 60 წამს. შეცდომის თავიდან ასაცილებლად იხელმძღვანელებთ ანტისეპტიკის მწარმოებლის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციებით.
ქირურგიული წესით ხელების დაბანის დროს ხელები დაიჭირეთ თითებით ზემოთ:
 - ორივე ხელის დაბანა განახორციელებთ პარალელურ რეჟიმში

2-5 წუთის განმავლობაში; გადავლება აწარმოეთ წყლის უხვი ჭავლით ისე, რომ ხელები გეკავოთ თითებით ზემოთ, ამასთან, არ ეხებოდეს ონკანს, ნიჟარას ან რაიმე სხვა საგანს;

- გულდასმით გაიმშრალეთ თითოეული ხელი თითებიდან იდაყვის მიმართულებით, ცალ-ცალკე, ქალაღდის ხელსახოცით;
- სანიტარიული კვანძიდან გამოსვლისას, კარის სახელურთან კონტაქტისათვის გამოიყენეთ ქალაღდის ხელსახოცი;

ხელების მოვლა: – ხელების სრულფასოვანი დაბანა და გამრობა, საპნის ზომიერი გამოყენება, საპნის ცვლა, განსაკუთრებით, თუ რომელიმეზე აღინიშნა ხშირად გამოხატული ალერგიული რეაქციები; ნუ გამოიყენებთ ცხელ წყალს ხელებზე გადასავლებად, იზრუნეთ თქვენი ხელების ჯანმრთელობაზე დამცავი კრემის ან ლოსიონის რეგულარული გამოყენებით, არანაკლებ ყოველდღიურად.

ხელების დასაბანი მონყობილობები: – ხელების დასაბანი მონყობილობები საავადმყოფოს მთელ ტერიტორიაზე მოხერხებულად უნდა იყოს განლაგებული. აუცილებელია, ყველა პალატაში ან პალატიდან გამოსასვლელში ხელის დასაბანი მონყობილობების განთავსება. აუცილებელია ხელის დასაბანი მონყობილობების განთავსება განსაკუთრებით იმ განყოფილებებში, სადაც ინტენსიურად ტარდება სადიაგნოსტიკო და ინვაზიური პროცედურები (მაგ: გულის კათეტერიზაცია, ბრონქოსკოპია, რექტოსიგმოიდოსკოპია და სხვა). ნიჟარების რაოდენობა განისაზღვრება პაციენტების რაოდენობის და პალატების ფართობის გათვალისწინებით (განსაკუთრებით, რენიმაციული და ინტენსიური თერაპიისათვის განკუთვნილ დარბაზში). კონტამინაციის თავიდან აცილების მიზნით, მიზანშეწონილი არ არის აერატორების (წყლის გამაფრქვეველი) დაყენება ონკანზე.

საპნის არჩევა: – საპონი შესაძლებელია იყოს თხევადი, გრანულების, ფხვნილის ან მცირე ნაჭრების სახით. ხელების დასაბანად უმჯობესია თხევადი საპნის გამოყენება.

უპირატესობა ენიჭება ერთჯერადი გამოყენების დოზატორებს, რადგან მრავალჯერადი გამოყენების დოზატორები დროთა განმავლობაში კონტამინირდება მიკროორგანიზმებით. მრავალჯერადი დოზატორების გამოყენების შემთხვევაში აუცილებელია მათი გამორეცხვა, გაშრობა და შემდეგ შევსება თხევადი საპნით. საპნის მცირე ნაჭრების გამოყენებისას საჭიროა ისეთი სასაპნის გამოყენება, რომელიც სწრაფად შრება. საპნის შერჩევასაც გათვალისწინებულ უნდა იქნეს შემდეგი კრიტერიუმები: შეფუთვის სახე, ხელების კანის ალერგიული რეაქცია, დერმატიტების გამომწვევის სიხშირე.

ხელის ჰიგიენის ხუთი მომენტი

მომენტი 1 – პაციენტთან შეხებამდე. რატომ? თქვენს ხელებზე არსებული ინფექციის გამომწვევებით პაციენტის კოლონიზაციისაგან, ხოლო ცალკეულ შემთხვევებში ეგზოგენური ინფექციებისაგან დასაცავად. როდის? გაისუფთავეთ ხელები პაციენტთან შეხებამდე, ვიდრე მიუახლოვდებით.

სიტუაციები, როდესაც გამოყენებულ უნდა იქნეს მომენტი 1:

ა) ხელის ჩამორთმევამდე, სანამ ბავშვს თავზე ხელს გადაუსვამთ ან შუბლს გაუსინჯავთ;

ბ) სანამ გაუნეთ პაციენტს დახმარებას საკუთარი თავის მოვლაში: გადაადგილება, აბაზანის მიღება, ჩაცმა, საკვების მიღება და ა.შ.;

გ) პაციენტის მომსახურებისა და არაინვაზიური ხასიათის პროცედურების ჩატარებამდე: ჟანგბადის ნიღბის მორგება, მასაჟის გაკეთება;

დ) ფიზიკალური მონაცემების არაინვაზიურ შემოწმებამდე: პულსის გასინჯვა, სისხლის წნევის გაზომვა, ფილტვების მოსმენა, ეკგ გადაღება.

მომენტი 2 – სუფთა/ასეპტიკური პროცედურის ჩატარებამდე. რატომ? ინფექციის გამომწვევი პათოგენების, მათ შორის მისივე პათოგენების, ორგანიზმში შეღწევისაგან პაციენტის დასაცავად. როდის? გაისუფთავეთ ხელები პაციენტისათვის ინფიცირების რისკის კრიტიკულ ზონასთან უშუალო შეხებამდე (მა-

გალითად, ლორწოვანი გარსები, დაზიანებული კანი, ინვაზიური სამედიცინო იარაღები).

სიტუაციები, როდესაც გამოყენებულ უნდა იქნეს მომენტი 2:

ა) პაციენტის პირის ღრუს, ცხვირის, ყურის დათვალიერებამდე ინსტრუმენტის გამოყენებით ან მის გარეშე, კბილების გახეხვამდე, თვალის წვეთების ჩანვეთებამდე, ვაგინალურ ან რექტალურ გასინჯვამდე, სუპოზიტორის (სანთლის) ჩადგმამდე, ლორწოს ასპირაციამდე;

ბ) ქრილობის დამუშავებამდე ინსტრუმენტის გამოყენებით ან მის გარეშე, ვეზიკულაზე კრემის წასმამდე, კანქვეშა ინექციამდე/პუნქციამდე;

გ) ინვაზიური სამედიცინო მოწყობილობის შეყვანამდე (ნაზალური კანულა, ნაზოგასტრალური ზონდი, ენდოტრაქეალური ზონდი, საშარდე ზონდი, კანქვეშა კათეტერი, დრენაჟი), ინვაზიური სამედიცინო მოწყობილობის გამოყენებით ნებისმიერი სახის (საკვები, მედიკამენტი, დრენირება, ასპირაცია, მონიტორირება) საინფუზიო სისტემის შეწყვეტამდე/გახსნამდე;

დ) საკვების, მედიკამენტის, ფარმაცევტული პროდუქტების, სტერილური მასალების მომზადებამდე.

მომენტი 3 – ბიოლოგიური სითხეებით ექსპონირების რისკის შემცველი კონტაქტის შემდეგ. რატომ? თქვენს დასაცავად კოლონიზაციისა და ინფიცირებისაგან პაციენტის ორგანიზმში არსებული პათოგენებით და ასევე სამედიცინო დაწესებულების გარემოს დასაცავად პათოგენების გავრცელებისაგან. როდის? გაისუფთავეთ ხელები ბიოლოგიური სითხეებით ექსპონირების რისკის შემცველი კონტაქტის დასრულებისთანავე (და ხელთათმანის გახდის შემდეგ).

სიტუაციები, როდესაც გამოყენებულ უნდა იქნეს მომენტი 3:

ა) ლორწოვან გარსებთან და დაზიანებულ კანთან კონტაქტის დასრულებისთანავე;

ბ) კანქვეშა ინექციის ან პუნქციის გაკეთების შემდეგ; ინვაზიური სამედიცინო მოწყობილობის ჩადგმის შემდეგ (სისხლძარღვშიდა მოწყობილობა, კათეტერი, ზონდი, დრენაჟი და სხვ.); ინვაზიური საინფუზიო სისტემის შეწყვეტის/გახსნის შემდეგ;

გ) ინვაზიური სამედიცინო მონყობილობის ამოღების შემდეგ;
დ) ნებისმიერი სახის დამცავი მასალის მოცილების შემდეგ (ხელსახოცი, შესახვევი მასალა, დოლბანდი, სანიტარიული პაკეტი და სხვ.);

ე) ორგანული წარმოშობის მასალებისათვის განკუთვნილი სინჯის კონტეინერებთან შეხების შემდეგ, ექსკრემენტებისა და ბიოლოგიური სითხეებისაგან განმენდის შემდეგ, კონტამინირებული ზედაპირებისა და დაბინძურებული მასალების მოცილება/განმენდის შემდეგ (დაბინძურებული თეთრეული, პროთეზები, ინსტრუმენტები, შარდისა და ფეკალიების კონტეინერი, ტუალეტები და სხვ.).

მომენტი 4 – პაციენტთან შეხების შემდეგ. რატომ? თქვენ დასაცავად პაციენტის პათოგენებით კოლონიზაციისაგან და სამედიცინო დანესებულების გარემოს დასაცავად პათოგენების გავრცელებისაგან. როდის? გაისუფთავეთ ხელები, როდესაც ტოვებთ ადგილს, სადაც პაციენტი იმყოფება, მას შემდეგ, რაც შეეხეთ პაციენტს.

სიტუაციები, როდესაც გამოყენებულ უნდა იქნეს მომენტი 4, ვიდრე დატოვებთ პაციენტს და მასთან კონტაქტის ადგილს:

ა) ხელის ჩამორთმევის, ბავშვისათვის თავზე ხელის გადასმის ან შუბლის გასინჯვის შემდეგ;

ბ) მას შემდეგ, რაც გაუწიეთ პაციენტს დახმარება საკუთარი თავის მოვლაში: გადაადგილება, აბაზანის მიღება, ჩაცმა, საკვების მიღება და ა.შ.;

გ) პაციენტის მომსახურებისა და არაინვაზიური ხასიათის პროცედურების ჩატარების შემდეგ: ლოგინის თეთრეულის გამოცვლა მწოლიარე პაციენტისათვის, ჟანგბადის ნიღბის მორგება, მასაჟის გაკეთება;

დ) ფიზიკალური მონაცემების არაინვაზიური შემოწმების შემდეგ: პულსის გასინჯვა, სისხლის წნევის გაზომვა, ფილტვების მოსმენა, ეკგ გადაღება.

მომენტი 5 – პაციენტთან შეხებაში არსებულ საგნებთან კონტაქტის შემდეგ. რატომ? თქვენ დასაცავად პაციენტის პათოგენ-

ნებით კოლონიზაციისაგან, რომლებიც შეიძლება იყოს ზედაპირებზე/პაციენტის გარშემო არსებულ საგნებზე და სამედიცინო დანესებულების გარემოს დასაცავად პათოგენების გავრცელები-საგან. როდის? გაისუფთავეთ ხელები პაციენტის გარშემო არსე-ბულ ნებისმიერ საგანთან ან ავეჯთან შეხების შემდეგ, როდესაც ტოვებთ იმ ადგილს, სადაც იმყოფება პაციენტი, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მას არ შეხებიხართ.

სიტუაციები, როდესაც გამოყენებულ უნდა იქნეს მომენტი 5, ვიდრე დატოვებთ იმ ადგილს, სადაც იმყოფება პაციენტი, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მას არ შეხებიხართ.

ა) იმგვარი აქტივობების შემდეგ, რომლებიც მოიცავს ფიზი-კურ კონტაქტს პაციენტის ადგილსამყოფელთან: ლოგინის თეთ-რეულის გამოცვლა პაციენტისათვის, რომელსაც არ აქვს წოლი-თი რეჟიმი; სანოლის გადაადგილება, სანოლთან მდგარი ტუმბოს გადანმენდა;

ბ) სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა აქტივობის გან-ხორციელების შემდეგ: პერფუზიის სიჩქარის რეგულირება, გან-გამის მონიტორინგის გადატვირთვა;

გ) ზედაპირებსა ან/და საგნებთან კონტაქტის შემდეგ (შენიშ-ვნა: საუკეთესო გამოსავალია არასაჭირო კონტაქტის თავიდან აცილება): სანოლზე დაყრდნობა, მაგიდაზე/ტუმბოზე დაყრდნო-ბა. შედეგი/გამოსავალი: სუფთა ხელები უსაფრთხო მუშაობი-სათვის.

ხელის ჰიგიენის აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ სტრუქტურულ ქვედანაყოფს (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- ჰოსპიტლის რამდენმა ექთანმა და ექთნის თანაშემწემ (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში და-ნერგვის კუთხით? აღნიშნული პროტოკოლის გამოყენებით ხელების ჩვეულებრივი დაბანის შემდეგ;

- რამდენით (%) შემცირდა ნოზოკომიური ინფექციების რიცხვი? აღნიშნული პროტოკოლის გამოყენებით ხელების ჩვეულებრივი დაბანის შემდეგ;
- რამდენით (%) შემცირდა პაციენტების ინფიცირება? აღნიშნული პროტოკოლის გამოყენებით ხელების ჩვეულებრივი დაბანის შემდეგ;
- რამდენით (%) შემცირდა სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალის ინფიცირება?

უსაფრთხო ინექცია

პროტოკოლი

კანქვეშა, კანშიდა, კუნთში ინექცია

1. ინექციის წინ დაიბანეთ ხელი საპნით და წყლით და დაიმუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით.
2. გამოიყენეთ ერთჯერადი ხელთათმანი.
3. ინექციის მომზადება უნდა მოხდეს სუფთა ადგილას.
4. გამოიყენეთ გაუხსნელი, სტერილური პაკეტიდან ხუფმორგებული ნემსი და შპრიცი.
5. ამპულისთვის თავის მოტეხის დროს დაიცავით ხელი.
6. საინექციო არე (კანი) განმინდეთ 70%-იანი სპირტით ან იოდ-პოვიდონით, ან 2%-იანი იოდით. არ გამოიყენოთ 95%-96%-იანი სამედიცინო სპირტი.
7. გამოყენებულ ნემსზე არ ჩამოაცვათ ხუფი და არ დაშალოთ. ისინი დაუყოვნებლივ უნდა გადაიყაროს ბასრი ნარჩენებისთვის განკუთვნილ კონტეინერში.
8. არაბასრი ნარჩენი მოათავსეთ „ბ“ კლასის რბილი ნარჩენის კონტეინერში.
9. გაიხადეთ ხელთათმანი, დაიბანეთ ხელები საპნით.

ფლებოტომია: სისხლის აღება, ჩხვლეტა, ინტრავენური ინექცია, ინტრავენური ინფუზია

1. დაიბანეთ ხელი საპნით და წყლით და დაიმუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით.
2. ინექციის მომზადება მოხდეს სუფთა ადგილას ან სუფთა ლანგარზე.
3. გამოიყენეთ ერთჯერადი ხელთათმანი.
4. გამოიყენეთ დამცავი ფარი ან სათვალე.
5. გამოიყენეთ სტერილური, გაუხსნელი აღჭურვილობა.
6. ზუსტად დააფიქსირეთ ინექციის ადგილი.
7. პუნქციის არე განმინდეთ **70%**-იანი სპირტით ან იოდ-პოვიდონით, ან **2%**-იანი იოდით. არ გამოიყენოთ **95%-96%**-იანი სამედიცინო სპირტი.
8. პუნქციის დამუშავების შემდეგ არ მოხდეს პუნქციის ადგილის პალპაცია.
9. ინტრავენური ინფუზიის დროს, სისტემის გამოყენებისას, მედიკამენტი შეიყვანეთ მხოლოდ ინტრავენური პორტიდან. მოახდინეთ ინტრავენური პორტების დამუშავება.
10. არ ჩამოაცვათ ინექციის შემდეგ ნემსს ხუფი და მაშინვე ჩააგდეთ ბასრი ნარჩენებისთვის განკუთვნილ კონტეინერში.
11. არაბასრი ნარჩენი მოათავსეთ სარისკო („ბ“ კლასის) რბილი ნარჩენის კონტეინერში.
12. გაიხადეთ ხელთათმანი, დაიბანეთ ხელი საპნით.

უსაფრთხოების ზომები სამედიცინო პერსონალზე ინექციის გადაცემის შემცირების, სისხლთან ან ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტის შემთხვევაში

პროტოკოლი

უსაფრთხოების უნივერსალური ზომები უნდა იქნეს დაცული სისხლთან ან შემდეგ ბიოლოგიურ სითხეებთან მუშაობისას:

- ნებისმიერ სითხეებთან სისხლის ხილული მინარევებით,
- სპერმასთან,
- ვაგინალურ სეკრეტთან,
- აივ-ის შემცველ კულტურებთან და ნიადაგებთან, აგრეთვე იმ სითხეებთან, რომელთა საშიშროების ხარისხი აივ-ის გადაცე-
მასთან დაკავშირებით ჯერ კიდევ არ არის დადგენილი,
- სინოვიალურ სითხესთან,
- ცერებროსპინალურ სითხესთან,
- პლევრალურ სითხესთან,
- პერიტონეულ სითხესთან,
- პერიკარდიურ სითხესთან,
- ამნიონურ სითხესთან.

უსაფრთხოების უნივერსალური ზომების დაცვა არ არის სა-
ჭირო კონტაქტისას:

- განავლის მასებთან,
- ცხვირიდან გამონადენთან,
- ნახველთან,
- ოფლთან,
- ცრემლთან,
- პირნალებ მასებთან,
- ნერწყვთან (სტომატოლოგიური მანიპულაციების გარდა,
როდესაც ნერწყვს ხშირად ერევა სისხლი).

სისხლის გზით გადამდები ინფექციებისგან თავის დასაცავად
უნდა მოვერიდოთ:

- დაბინძურებულ ნემსებთან და ბასრ იარაღებთან გაუფრთხი-
ლებელი მუშაობით გამოწვეულ ტრამევებს;
- სისხლის და სხვა ბიოლოგიური სითხეების მოხვედრას პირის,
თვალის, ცხვირის ლორწოვან გარსებზე და დაზიანებულ კან-
ზე (ჭრილობა, დერმატიტი, ფერიმჭამელები);
- ბიოლოგიურ სითხეებთან და მათ მიერ დასვრილ ზედაპირებ-
თან მუშაობისას თვალის, ცხვირის, პირის ლორწოვანი გარ-
სების, დაზიანებული კანის შეხებას.

ინფიცირებისგან თავის დაცვის მიზნით გამოყენებულ უნდა იქნეს:

- დამცავი მოწყობილობები ისეთი საგნების იზოლაციისთვის, რომლებიც სისხლით გადამდები ინფექციების წყაროს წარმოადგენს (მაგალითად, მაგარი ჰერმეტიკული კონტეინერები, რომლებიც გამოყენებული ნემსებისათვის და ბასრი იარაღებისთვისაა განკუთვნილი, მოხერხებულად უნდა განალაგონ სამუშაო ადგილზე და დროულად, გადავსების გარეშე უნდა მოხდეს მათი შეცვლა; აგრეთვე უსაფრთხო, თვითდახურვადი ნემსები, ნემსების გარეშე სისტემები ინტრავენური ინფუზიებისათვის).
- უსაფრთხო ტექნოლოგიები უმცირესი რისკით, სხვადასხვა სახის მანიპულაციების შესასრულებლად (მათ შორის, გამოყენებულ ნემსებთან ფრთხილი დამოკიდებულება, რაც გამოირიცხავს ნემსის თავის ორი ხელით დახურვას, ნემსის გადაღუნვას და სხვა მანიპულაციებს ნემსებთან).
- ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები, მათ შორის ხელთათმანები, წყალგაუმტარი ხალათები, სახისა და თვალის დამცავი საშუალებები (ნიღბები, სათვალეები, ეკრანები).
იმისათვის, რომ თავიდან აიცილონ სისხლის გზით გადამდები ინფექციებით ინფიცირება, მედიცინის მუშაკებმა უნდა დაიცვან **უსაფრთხოების შემდეგი ზომები:**
- სისხლის და სხვა ბიოლოგიური სითხეების დაღვრისა და გამსხეფებისგან თავის დაცვა.
- ხელების დაბანა ხელთათმანების ან სხვა ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების მოხსნისთანავე (ან პირველსავე შემთხვევაში).
- კანზე სისხლის ან სხვა პოტენციურად ინფიცირებული ბიოლოგიური სითხეების, ან სხვა მასალის მოხვედრისას დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს ხელების და დასვრილი უბნების დაბანა წყლითა და საპნით, ხოლო ლორწოვან გარსებზე მოხვედრისას – მაშინვე წყლით ჩამობანა.

- ხელების დაბანა უნდა ხდებოდეს გამდინარე წყლით. თუ გამდინარე წყალი არ არის, გამოყენებული უნდა იყოს ხელების დასაბანი ანტისეპტიკური ხსნარი ან ანტისეპტიკური ხელსახოცები, რომელთა ხმარების შემდეგ, პირველსავე შემთხვევაში, უნდა მოხდეს ხელების დაბანა ჩვეულებრივი წესით.
- არ უნდა მოხდეს გამოყენებული ნემსების უყურადღებოდ დადება და მათზე თავსახურების დახურვა უკიდურესი აუცილებლობის გარდა. ასეთ შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იყოს იარაღები, რომლებიც გამორიცხავენ ნემსთან პირდაპირ კონტაქტს ან თავსახურის დახურვა მოხდეს ერთი ხელით.
- მჭრელი და მჩხვლეტავი მრავალჯერადი ხმარების დაბინძურებული იარაღები მაშინვე (ან პირველსავე შემთხვევაში) უნდა მოთავსდეს მყარ, წყალგაუმტარ (ძირი და კედლები), მარკირებულ ან განსაკუთრებული ფერით მონიშნულ კონტეინერებში, შემდგომი დამუშავებისათვის.
- ბასრი იარაღებისთვის გამოყენებული კონტეინერები განთავსდეს ისე, რომ მათი მოხმარება იყოს ადვილი.
- მჭრელი და მჩხვლეტავი იარაღებისთვის გამოყენებული კონტეინერები უნდა გამოიცვალოს დროულად, რათა არ მოხდეს მათი გადავსება.
- მჭრელი და მჩხვლეტავი იარაღებისთვის გამოყენებული კონტეინერების გადაადგილება უნდა მოხდეს მხოლოდ დახურულ მდგომარეობაში. თუ შესაძლებელია გაჭონვა, კონტეინერი უნდა მოთავსდეს სხვა კონტეინერში.
- ბიოლოგიური სითხეების ნიმუშები მოთავსდეს შესაბამისი მარკირების მქონე ჰერმეტიკულ კონტეინერებში. თუ ნიმუშებიანი კონტეინერი დაბინძურებული ან დაზიანებულია, იგი უნდა მოთავსდეს მეორე კონტეინერში.
- ტრანსპორტირების ან ტექნიკური მომსახურების წინ უნდა მოხდეს სისხლით ან სხვა ბიოლოგიური სითხეებით დასვრილი მოწყობილობის დეზინფექცია. თუ დეზინფექცია შეუძ-

ლებელია, თანმხლებ ფურცელზე უნდა იყოს მინიშნებული დასვრილი ელემენტები.

- ყველა გამოყენებული ერთჯერადი მასალა უნდა მოთავსდეს წყალგაუმტარ, თავსახურიან კონტეინერებში.
- დასვრილ თეთრეულთან შეხება უნდა იყოს მინიმალური, თეთრეული უნდა მოთავსდეს მარკირებულ ტომრებში ან კონტეინერებში; ტენიანი თეთრეულის გადაზიდვა უნდა მოხდეს წყალგაუმტარი ტომრებით ან კონტეინერებით.

იკრძალება:

- საკვების მიღება, თამბაქოს მოწევა, მაკიაჟის გაკეთება, კონტაქტური ლინზების მოხსნა ან გაკეთება სამუშაო ადგილებში, სადაც შესაძლებელია სისხლთან ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტი.
- საკვების ან სასმელის შენახვა მაცივრებში ან სხვა ადგილებში, სადაც ინახება სისხლის ან სხვა ბიოლოგიური სითხეების და ქსოვილების ნიმუშები.
- სისხლის და სხვა ბიოლოგიური სითხეების პირით ამოწოვა პიპეტში.
- ხელით აღება მინის ნამსხვრევებისა, რომლებიც შესაძლოა დასვრილი იყოს ბიოლოგიური სითხეებით.
- გამოყენებული ნემსების შპრიციდან მოძრობა, მოლუნვა ან გატეხა, მათზე თავსახურის დახურვა და მსგავსი ქმედებები დასვრილ მჭრელ იარაღებთან, თუ ამის აუცილებლობა არ არის და სამედიცინო მანიპულაციები ამას არ მოითხოვს.
- გამოყენებული მრავალჯერადი მჩხვლეტავი და მჭრელი იარაღებისთვის განკუთვნილი კონტეინერიდან რაიმე საგნის ხელით ამოღება, კონტეინერების ხელით გახსნა, დაცლა ან გარეცხვა.

სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან შეხებით, ნემსის ჩხვლევით მიღებული დაზიანების შეფასება და პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება

პროტოკოლი

სამედიცინო დანესებულებების პერსონალს, მათ შორის ლაბორატორიების, სასწრაფო დახმარების ბრიგადის თანამშრომლებს, ქირურგებს, მეან-გინეკოლოგებს, ნეონატოლოგებს, ანესთეზიოლოგებს, სასწავლო სამედიცინო დანესებულებების სტუდენტებს და სხვა, საქმიანობის მიხედვით, უხდებათ კონტაქტი სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან, თუ დაფიქსირდა:

კანის დაზიანება ბასრი ინსტრუმენტით (ჩხვლეტა ნემსით ან განზრახ ჩხვლეტა, ჭრილობა მინის ნამსხვრევით), რომელიც დასვრილია სისხლით, სისხლის ხილული მინარევით ან სხვა, პოტენციურად ინფიცირებული ბიოლოგიური სითხით ან ავადმყოფის სისხლით.

ნაკბენი ჭრილობა, თუ კბენა მიყენებულია ინფიცირებულის მიერ, რომელსაც პირის ღრუში აღენიშნება ხილული სისხლდენა.

სისხლის, სისხლის ხილული მინარევის ან სხვა, პოტენციურად ინფიცირებული ბიოლოგიური სითხის მოხვედრა ლორწოვან გარსებზე (პირის ღრუს, ცხვირის, თვალების).

სისხლის, ხილული მინარევის ან სხვა, პოტენციურად ინფიცირებული ბიოლოგიური სითხის მოხვედრა დაზიანებულ კანზე (მაგალითად, დერმატიტის დროს, კანის გახეხილ უბნებზე და ღია ჭრილობაში).

აღნიშნული პროფესიული კონტაქტის შემთხვევაში, დაცულ უნდა იქნეს **სამედიცინო პერსონალის ქცევის ალგორითმი**:

- სისხლთან ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტის შემდეგ კანის დასვრილი უბნები მაშინვე უნდა ჩამოიბანოს წყლითა და საპნით (მათ შორის, დაზიანებული უბნები), ხოლო დასვრილი ლორწოვანი გარსები ჩამოიბანოს სუფთა წყლით.

- შეფასდეს **B** და **C** ჰეპატიტის და **აივ/შიდსით** ინფიცირების რისკი მომხდარი კონტაქტის შემდეგ (ბიოლოგიური სითხის სახისა და კონტაქტის ინტენსივობის გათვალისწინებით).
- **B** და **C** ჰეპატიტზე და **აივ/შიდსზე** გამოკვლეული უნდა იყოს ის პაციენტი, რომლის ბიოლოგიურ სითხესთან/ნემსთან კონტაქტი ჰქონდა მედიცინის მუშაკს. ასეთი პირების გამოკვლევა ხდება მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემთხვევაში; გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს კონსულტაციას და, საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო დახმარებას. აუცილებელია კონფიდენციალობის დაცვა. საჭიროა ანტისხეულებზე სტანდარტული ექსპრესტესტის ჩატარება და ტესტირების შედეგების სწრაფად გარკვევა.
- **B** და **C** ჰეპატიტის და **აივ/შიდსით** ინფიცირებული პაციენტის (ან პაციენტის, რომელსაც **B** და **C** ჰეპატიტის და **აივ/შიდსის** ინფექციის არსებობის ალბათობა მაღალი აქვს) ბიოლოგიურ სითხეებთან/ნემსთან კონტაქტის შემთხვევაში ჩატარდეს პკპ.
- დაზარალებული მედიცინის მუშაკის **B** და **C** ჰეპატიტსა და **აივ/შიდსზე** გამოკვლევა და ტესტირება უნდა მოხდეს მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ.
- კონსულტანტმა დაზარალებულ მედიცინის მუშაკს უნდა ჩაუთაროს საუბარი სამუშაო ადგილზე რისკის შემცირების შესახებ, ერთად უნდა გააანალიზონ კონტაქტამდე მომხდარი მოვლენების თანმიმდევრობა, საუბარი უნდა მიმდინარეობდეს დელიკატურად, არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მოხდეს დაზარალებულის განკითხვა, გაკიცხვა და განსჯა.
- მომზადდეს პოტენციურად ინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის ანგარიში.
- თუ პაციენტმა, რომელიც შესაძლო ინფიცირების წყაროს წარმოადგენს, **B**, **C** ჰეპატიტსა და **აივ/შიდსზე** ტესტირების შედეგად მიიღო უარყოფითი პასუხი, მაშინ მედიცინის მუშაკი არ საჭიროებს პკპ-ს.

- თუ მედიცინის მუშაკის **B** და **C** ჰეპატიტსა და აივ-ზე ტესტირების შედეგი დადებითია, იგი არ საჭიროებს პკპ-ს, ის უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან შემდგომი კონსულტირებისა და აუცილებელი დახმარების მისაღებად.
- თუ მედიცინის მუშაკს **B** და **C** ჰეპატიტსა და აივ-ზე ტესტირების შედეგი უარყოფითი აქვს, ხოლო პაციენტს, რომელიც შესაძლო ინფიცირების წყაროს წარმოადგენს – დადებითი, ამ შემთხვევაში მედიცინის მუშაკს უტარდება ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკის ოთხკვირიანი კურსი, რომლის მიმდინარეობისას აკვირდებიან შესაძლო გვერდით ეფექტებს. კონტაქტიდან **1, 3** და **6** თვის შემდეგ მას განმეორებით უტარდება ტესტირება. თუ ამ პერიოდში მედიცინის მუშაკს განუვითარდა სეროკონვერსია, მას აღმოუჩენენ აუცილებელ დახმარებას, მათ შორისაა კონსულტაცია, გაგზავნა აივ-ინფექცია/შიდსის სპეციალისტთან და აივ-ინფექციის მკურნალობა. თუ კონტაქტიდან ნახევარი წლის განმავლობაში სეროკონვერსია არ მოხდა, მედიცინის მუშაკს აცნობებენ, რომ ჯანმრთელია.
- თუ შესაძლო ინფიცირების წყაროს აივ სტატუსის განსაზღვრა შეუძლებელია, მაშინ იგი ითვლება აივ ინფიცირებულად და სრულდება წინა პუნქტში გადმოცემული რეკომენდაციები.
- მედიცინის მუშაკი ინფორმირებული უნდა იყოს კონტაქტიდან **6** თვის განმავლობაში პრეზერვატივების გამოყენების აუცილებლობის შესახებ.
- საჭიროა განისაზღვროს მედიცინის მუშაკის იმუნური სტატუსი **B** ვირუსულ ჰეპატიტთან დაკავშირებით; თუ იგი არ არის იმუნიზირებული, მაშინ უნდა ჩაუტარდეს **B** ვირუსული ჰეპატიტის პასიური და აქტიური იმუნოპროფილაქტიკა.
- **C** ჰეპატიტის შემთხვევაში, პაციენტი უნდა გაიგზავნოს შესაბამის ცენტრში ვირუსული ჰეპატიტის “**C**” ელიმინაციის პროექტში მონაწილეობის მისაღებად.

სამედიცინო პერსონალის დაცვის ინდივიდუალური საშუალებები

თუ დამცავი მოწყობილობები და უსაფრთხო ტექნოლოგიები არ გამოირიცხავენ სამუშაო ადგილზე ინფიცირების რისკს, დასაქმებულმა თანამშრომლები უნდა უზრუნველყოს დაცვის ინდივიდუალური საშუალებებით, რომლებიც უნდა ინახებოდეს ხელმისაწვდომ ადგილას და იყოს უფასო:

- ხელთათმანები (ალერგიის მქონე მედიცინის მუშაკები უზრუნველყოფილი უნდა იყვნენ ჰიპოალერგიული ხელთათმანებით). ძალზე მნიშვნელოვანია ხელთათმანების ჩაცმა სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან ან მათ მიერ დასვრილ ზედაპირებთან, მუშაობის დაწყების წინ.
- ხალათები და სხვა დამცავი ტანსაცმელი. ხალათი აუცილებელია ყველა შემთხვევაში, როდესაც კონტაქტია ინფიცირებულ მასალასთან. ქირურგიული ქუდები, ბახილები ფეხსაცმლის ზემოდან ან სპეციალური ფეხსაცმელი აუცილებელია მხოლოდ დაბინძურების მაღალი რისკის შემთხვევაში.
- ნიღბები, დამცავი სათვალეები და ეკრანი სახისთვის. თუ მანიპულაციების დროს შესაძლებელია სისხლის და სხვა ბიოლოგიური სითხეების შეშხეფება, უნდა გაკეთდეს დამცავი ეკრანი, რომელიც სახეს ფარავს ნიკაპამდე, ან ნიღაბი დამცავ სათვალესთან ერთად, რომელსაც თან ახლავს გვერდითი ფარები. ჩვეულებრივი სათვალე კარგად ვერ იცავს სისხლის გზით გადამდები ინფექციებისაგან.

დაცვის ინდივიდუალური საშუალებები უნდა ფარავდეს სამუშაო და ჩვეულებრივ ტანსაცმელს, კანის საფარველს, თვალების, პირის ღრუსა და სხვა ლორწოვან გარსებს სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტისგან ამ საშუალებების გამოყენების მთელი დროის განმავლობაში.

თუ დამცავი ტანსაცმელი დაისვარა სისხლით ან სხვა პოტენციურად ინფიცირებული ბიოლოგიური სითხით, აუცილებლად, რაც შეიძლება მალე, უნდა მოხდეს მისი გახდა და დასვრილი კანის ნაწილების ჩამოხანა წყლითა და საპნით. სამუშაოდან

ნასვლის წინ ინდივიდუალური დაცვის ყველა საშუალება უნდა მოიხსნას და მოთავსდეს სპეციალურად გამოყოფილ ადგილზე. დაცვის ინდივიდუალური საშუალებების გასუფთავებაზე, გარეცხვაზე, შეკეთებაზე, შეცვლასა და უტილიზაციაზე პასუხს აგებს დამსაქმებელი.

სამედიცინო პერსონალის განათლება

სამედიცინო დაწესებულებების მუშაკებმა უნდა იცოდნენ ინფიცირების პროფესიული რისკის შესახებ და ყველა პაციენტთან მუშაობისას, დიაგნოზის მიუხედავად, დაიცვან უსაფრთხოების უნივერსალური ზომები. სამედიცინო დაწესებულებების მთელი პერსონალი (როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო) რეგულარულად უნდა გადიოდეს უსაფრთხოების ტექნიკის ინსტრუქტაჟს. მედიცინის მუშაკების სამსახურში მიღებისას უსაფრთხოების უნივერსალური ზომების სწავლება უნდა იყოს ინსტრუქტაჟის აუცილებელი ნაწილი.

ინვაზიური ჩარევების რიცხვის შემცირება

აუცილებელია გაუმართლებელი ინვაზიური ჩარევების რიცხვის შემცირება, მათ შორისაა: სისხლის გაუმართლებელი გადასხმა (თუ შესაძლებელია ინფუზიური ხსნარების გამოყენება), ინექციები (თუ შესაძლებელია პრეპარატების პერორალური მიღება), ნაკერების დადება (მაგალითად, ეპიზოტომიებისგან თავის არიდების მიზნით) და ა.შ. მკურნალობის სტანდარტული სქემები, როცა ეს შესაძლებელია, ყველა შემთხვევაში უნდა მოიცავდეს პერორალური ფორმის პრეპარატებს (ინექციური ხსნარები აუცილებლად უნდა იყოს ამოღებული პირველადი აუცილებლობის პრეპარატების სახელმწიფო ჩამონათვალიდან, თუ ეს სამკურნალო პრეპარატები გამოდის პერორალური ფორმით).

აუცილებელია, ინექციებისა და ინფუზიების შესასრულებელი თანამედროვე ერთჯერადი მონოცილობების შეკვეთა; აგ-

რეთვე უნდა გაიზარდოს პერორალური მიღებისათვის განკუთვნილი სამკურნალო საშუალებების შეკვეთების რიცხვი (თუ პაციენტის მდგომარეობა იძლევა ამის საშუალებას).

აუცილებელი მონყობილობებით უზრუნველყოფა

შეზღუდული ფინანსური რესურსების პირობებშიც კი სამედიცინო დაწესებულებები უზრუნველყოფილი უნდა იყოს აუცილებელი მონყობილობებითა და მასალებით, ინფექციური კონტროლის სტანდარტების შესაბამისად. ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა გამოიყენებოდეს ერთჯერადი შპრიცები და საინფუზიო სისტემები, დეზინფექტანტები და მჭრელი და მჩხვლეტავი სამედიცინო იარაღებისთვის განკუთვნილი კონტეინერები. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს სამედიცინო დაწესებულებების უზრუნველყოფას დაცვის ინდივიდუალური საშუალებებით და წყალმომარაგებას (თუ სამედიცინო დაწესებულებაში არ არის წყალსადენი, აუცილებელია წყლის საკმარისი რაოდენობით მუდმივი მომარაგების ორგანიზება).

ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებების გამოყენება

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა (SOP)

SOP მიზანი:

- სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა
- ინფექციების კონტროლი კლინიკაში
- ნოზოკომიური ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა
- სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური რეჟიმის დაცვა

SOP განკუთვნილია: ექიმებისთვის, მედდებისთვის და ლაბორატორიის პერსონალისთვის.

ზოგადი ნაწილი

ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებებს განეკუთვნება:

ხალათი/უნიფორმა, ხელთათმანი, პირბადე/ნილაბი, სახის დამცავი ფარი, სათვალე, თავსაბურავი, ბახილები, წყალგაუმტარი წინსაფარი.

ლაბორატორია შედგება საოფისე და საოპერაციო ნაწილ-საგან.

საოფისე ნაწილი განეკუთვნება საერთო ზონას და იქ მოქა-ლაქეთა თავისუფალი დაშვება შესაძლებელია.

ლაბორატორიის სამუშაო/საოპერაციო ზონაში, სადაც ხდება სისხლის ნიმუშის აღება/მომზადება, დაიშვება მხოლოდ პაციენტი.

ლაბორატორიის სამუშაო/საოპერაციო ზონაში, სადაც გან-თავსებულია ძირითადი ლაბორატორიული ტექნიკა, აპარატუ-რა და აღჭურვილობა, მხოლოდ ის თანამშრომლები დაიშვებიან, რომელნიც ლაბორატორიაში მუშაობენ ან ლაბორატორიაში შეს-ვლის უფლება აქვთ.

გაფრთხილება:

1. ლაბორატორიული სამუშაოს წარმოების დროს წარმოქმნილი დიდი ზომის ნაწილაკები და წვეთები (>5µმ) სამუშაო მაგიდა-სა და ოპერატორის ხელებზე ადვილად ჯდება. ყველა სახის ლაბორატორიული სამუშაოს შესრულების დროს საჭიროა ერთჯერადი ხელთათმანების ხმარება; ლაბორატორიის თანამშრომლები უნდა მოერიდონ ხელის შე-ხებას პირთან, თვალებთან და სახესთან.
2. ლაბორატორიაში არ უნდა მოიხმარებოდეს და ინახებოდეს საკვები და სასმელი.
3. ლაბორატორიაში არ შეიძლება პირში რაიმეს – კალმისტრის, ფანქრის, საშლელის, საღეჭი რეზინის – ჩადება.
4. ლაბორატორიაში არ შეიძლება კოსმეტიკის გამოყენება.
5. ნებისმიერი სამუშაოს ჩატარების დროს, რომელსაც შეიძლე-ბა ბიოლოგიური სითხეების/პოტენციურად ინფექციური მა-სალის გაშხეფება მოჰყვეს, უნდა ვიხმაროთ სახის, თვალები-სა და პირის დამცავი საშუალებები, ნილაბი, პირბადე.

პირადი დაცვა – ინდივიდუალური თავდაცვის აღჭურვილობა და ტანსაცმელი შეიძლება იყოს პირველადი ბარიერი აეროზოლების, შხეფების ან შემთხვევით ინოკულაციის რისკის მინიმუმამდე დაყვანაში. ტანსაცმლისა და აღჭურვილობის შერჩევა ხდება ჩასატარებელი სამუშაოს ბუნების მიხედვით. ლაბორატორიაში მუშაობის დროს საჭიროა დამცავი ტანსაცმლის ტარება. ლაბორატორიიდან გასვლამდე ტანსაცმელი გაიხადეთ სპეციალურ გასახდელში, რომელიც კლინიკის სხვა თანამშრომელთა გასახდელისაგან განცალკევებულია მონყობილი!

1. ლაბორატორიაში მუშაობის დროს ყოველთვის უნდა გეცვათ ლაბორატორიული ხალათები ან უნიფორმა.

სასურველია, რომ ლაბორატორიული ხალათები სრულად იყოს შეკრული ღილებზე. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ გრძელმკლავიანი, უკან შესაკრავი ხალათები უკეთესად იცავს და მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიებში მუშაობის დროს უმჯობესია მათი გამოყენება.

2. ხელთათმანები. ლაბორატორიული პროცედურების დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ხელების კონტამინაციას. ხელები შეიძლება დააზიანოს „ბასრმა“ საგნებმაც. ლატექსის, ვინილის ან ნიტრილის ქირურგიული ტიპის ერთჯერადი ხელთათმანები ძირითადი ლაბორატორიული სამუშაოებისათვის გამოიყენება, კერძოდ: ინფექციურ აგენტებთან და სისხლსა და სხეულის სხვა სითხეებთან მოპყრობის დროს. ლაბორატორიული მუშაკები, რომლებიც ლატექსის, განსაკუთრებით დაპუდრულ ხელთათმანს ხმარობენ, ხშირად აღნიშნავენ ალერგიულ რეაქციებს, როგორცაა დერმატიტი ან მყისიერი ჰიპერსენსიტიურობა. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია სხვა ალტერნატივების მოძიება დაპუდრული ხელთათმანის ჩასანაცვლებლად.

შესაძლებელია აგრეთვე მრავალჯერადი გამოყენების ხელთათმანების ხმარება, მაგრამ ყურადღება უნდა მიექცეს მათ სწორად გარეცხვას, გახდას, განმენდასა და დეზინფექციას.

3. ინფექციურ მასალასთან მოპყრობის, ბიოლოგიური უსაფრთხოების კაბინეტებთან მუშაობის შემდეგ და ლაბორატო-

რის დატოვების წინ საჭიროა ხელთათმანის გახდა და ხელების კარგად დაბანა. ნახმარი ერთჯერადი ხელთათმანები უნდა გადაიყაროს ინფექციურ ლაბორატორიულ ნარჩენებთან ერთად – „ბ“ კლასი.

4. წყალგაუმტარი წინსაფრები გაიკეთეთ ლაბორატორიული ხალათების ზევიდან, როდესაც ქიმიური ან ბიოლოგიური მასალის, მაგალითად, სისხლის ან კულტურის სითხის დაღვრის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი დაცვა.

5. თვალებისა და სახის შხეფების ზემოქმედების მქონე საგნების ან ხელოვნური ულტრაიისფერი გამოსხივების წყაროსაგან დასაცავად უნდა იხმაროთ უსაფრთხოების სათვალეები, ნიღბები (სახის ფარები) და სხვა დამცავი საშუალებები.

დამცავი სათვალეების, სახის დამცავი ფარების, შხეფებისა და დამაზიანებელი საგნებისაგან თვალებისა და სახის დამცავი აღჭურვილობის შერჩევა დამოკიდებულია ლაბორატორიაში ჩასატარებელ სამუშაოზე. მინები უტეხი უნდა იყოს და მას გვერდითი ფარები უნდა ჰქონდეს (დამცავი სათვალე). დამცავი სათვალე შხეფებისაგან სრულად არ იცავს იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მას გვერდითი ფარები გააჩნია. სახის დამცავი ფარები (ვიზორები) უტეხი პლასტიკატისაგან მზადდება, ერგება სახეზე და ინახება ჩაჩებთან ან ქუდებთან ერთად. დამცავი სათვალეები, სახის დამცავი ფარები ლაბორატორიის გარეთ არ უნდა იხმარებოდეს.

6. რესპირატორით დაცვა საჭიროა მაღალი საფრთხის შემცველი პროცედურების ჩატარების (მაგ., დაღვრილი ინფექციური მასალის ანმენდის) დროს. რესპირატორის შერჩევა დამოკიდებულია საფრთხეების ტიპზე. არსებობს რესპირატორები ცვლადი ფილტრებით გაზების, ორთქლის, ნაწილაკებისა და მიკროორგანიზმებისაგან დასაცავად. მნიშვნელოვანია, რომ ფილტრი სწორი ტიპის რესპირატორს მოერგოს. ოპტიმალური დაცვის მისაღწევად რესპირატორი ინდივიდუალურად უნდა მოერგოს ოპერატორს სახეზე და გაიაროს ტესტირება. სრულად უზრუნველყოფილ რესპირატორებს მთლიანი დაცვისათვის გააჩნია ჰაერის მიწოდების სისტემა. ქირურგიული ტიპის ნიღბები შექმნილია

მხოლოდ დასაცავად და მუშაკს რესპირატორულად არ იცავს. ზოგიერთი ერთჯერადი რესპირატორი (ISO 13.340.30) შექმნილია ბიოლოგიური აგენტებისაგან დასაცავად. რესპირატორები ლაბორატორიის გარეთ არ უნდა იხმარებოდეს.

აკრძალულია ლაბორატორიული ტანსაცმლით ლაბორატორიის გარეთ, მაგალითად, სასადილოში, დასასვენებელ ოთახებსა და ტუალეტებში გასვლა. ლაბორატორიული ტანსაცმელი არ უნდა ეკიდოს იმ კარადებში, სადაც ქუჩაში სასიარულო ტანსაცმელი კიდია.

ღია, თითებგახსნილი ფეხსაცმლის ლაბორატორიაში ტარება აკრძალულია; რეკომენდებულია თითებდახურული ფეხსაცმელი, რომელიც ადვილად ექვემდებარება რეცხვა-დეზინფექციას.

ლაბორატორიის სამუშაო არეებში აკრძალულია ჭამა, სმა, მონევა, კოსმეტიკისა და საკონტაქტო ლინზების გამოყენება და შენახვა.

პერსონალმა ხელი უნდა დაიბანოს ბიოლოგიურ მასალასთან შეხების შემდეგ და ლაბორატორიული სამუშაო ადგილების დატოვებამდე და დაიმუშაოს ხელი სადეზინფექციო ხსნარით.

ლაბორატორიული ხალათები, წინსაფრები არ უნდა იხმარებოდეს ლაბორატორიის გარეთ!

გამოყენებული ლიტერატურა:

- ლაბორატორიული ბიოუსაფრთხოების სახელმძღვანელო (საქართველოს ბიოუსაფრთხოების ასოციაცია, 2014 წ., გვ. 25). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2004 Laboratory Biosafety Manual
- კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებაში“. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის #148/ო ბრძანება.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება #01-38/ნ, 7 სექტემბერი, 2015

წელი, „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციის და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“.

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურის თაობაზე ტრენინგის ჩატარების შემდეგ ლაბორატორიის თითოეულმა თანამშრომელმა SOP-ის გაცნობა ხელმოწერით უნდა დაადასტუროს.

გავეცანი, რასაც ვადასტურებ:

N	თანამდებობა	გვარი, სახელი	ხელმოწერა	თარიღი

ნარჩენების მართვა და ნარჩენებთან მოპყრობის წესი ლაბორატორიაში

ზოგადი ნაწილი

ნარჩენები არის ყველაფერი ის, რაც გადაყრას ექვემდებარება. ლაბორატორიაში ნარჩენების სახით ყველაზე ხშირად გვხვდება: ერთჯერადი მოხმარების შპრიცები ნემსებით, სისხლიანი ბურთულები ან ტუფერები, ნახმარი ერთჯერადი სკარიფიკატორები, ერთჯერადი მიკროსპიპეტები, მიკროსინჯარები, ბიომასალის გამოყენების შემდეგ დარჩენილი ერთჯერადი სინჯარები და სხვა ერთჯერადი მომხმარების პოლიეთილენის მასალა. ასევე, ლაბორატორიული აპარატურის დახურულ სისტემაში ჩატარებული გამოკვლევების შემდეგ წარმოქმნილი ნარჩენები.

ლაბორატორიებში დეკონტამინაცია და განადგურება, ხშირად, ერთმანეთთან ძალიან მჭიდროდ არის დაკავშირებული.

შენიშვნა: სამედიცინო დანესებულება ეპიდემიოლოგის დასკვნის საფუძველზე ირჩევს სარეცხ და სადეზინფექციო საშუალებებს. სარეცხი და სადეზინფექციო საშუალებების არჩევა ხდება ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის მიერ ნებადართული და რეგისტრირებული სადეზინფექციო საშუალებების ნუსხიდან. მაგალითად, თბილისში ზოგიერთი კლინიკა იყენებს სადეზინფექციო საშუალებას: Korsolex Basic; Bododex Forte; Microbac Forte; Sterillium (ready-to-use solution); baktolin (ready-to-use solution); Bacillol AF (ready-to-use solution).

ხსნარების მომზადების და გამოყენების წესი SOP-ს თან ერთვის.

ლაბორატორიაში ნარჩენების მართვის უმთავრესი პრინციპები:

ლაბორატორიაში წარმოქმნილი ნარჩენების დახარისხება, სეპარაცია და ცალ-ცალკე შეგროვება.

მთელი ინფექციური მასალა უნდა დეკონტამინირდეს, გაიაროს ავტოკლავირება ან ინსინერაცია ლაბორატორიის შიგნით, ლაბორატორიიდან ნებისმიერი იმ საგნის ან მასალის გამოტანამდე, რომელიც შესაძლებელია შეხებაში ყოფილიყო პოტენციურად ინფექციურ მიკროორგანიზმებთან. გასათვალისწინებელია, რომ:

1. ნებისმიერი საგანი ან მასალა უნდა იყოს ეფექტურად დეკონტამინირებული ან დეზინფიცირებული;
2. სწორად უნდა იყოს შეფუთული და გატანილი ადგილობრივად ინსინერაციის ჩასატარებლად ან სხვა ინსინერატორში გადასატანად;
3. არადეკონტამინირებული საგნის ან მასალის განადგურება არ უნდა იწვევდეს რაიმე დამატებით პოტენციურ – ბიოლოგიურ ან სხვა სახის საშიშროებას მათთვის, ვინც უშუალოდ ანადგურებს მას ან მათთვის, ვინც შეიძლება მასთან კონტაქტში შევიდნენ ლაბორატორიის გარეთ.

დეკონტამინაცია

დეკონტამინაციის ყველა პროცესს შორის უპირატესობა ერთქლით ავტოკლავირებას ენიჭება. მასალები, რომელთაც უნდა გაიარონ დეკონტამინაცია ან განადგურება, უნდა მოთავსდეს კონტეინერებში, ანუ ავტოკლავირების გამძლე პლასტიკატის პაკეტებში, რომელთაც ექნება ფერადი იარლიყები იმისდა მიხედვით, ეს მასალა ავტოკლავირებას ექვემდებარება თუ უნდა გაიაროს ინსინერაცია. ალტერნატიული მეთოდები მხოლოდ იმ შემთხვევაშია შესაძლებელი, თუ ისინი მოაცილებს ან კლავს მიკროორგანიზმებს. კონტამინირებულ მასალასთან და ნარჩენებთან მოპყრობისა და მათი განადგურებისას, საჭიროა ინფექციური მასალისა და მათი კონტეინერების იდენტიფიკაციისა და დახარისხების სისტემის შემოღება. ამ დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს ეროვნული და საერთაშორისო რეგულაციები. კატეგორიები უნდა მოიცავდეს:

1. არაკონტამინირებული (არაინფექციური) ნარჩენები, რომლებიც შეიძლება ხელახლა იქნეს გამოყენებული, გადამუშავდეს მეორეულად ან, ჩვეულებრივ, საყოფაცხოვრებო ნაგავთან ერთად გადაიყაროს;
2. კონტამინირებული (ინფექციური) „ბასრი“ საგნები – ჰიპოდერმული ნემსები, სკალპელები, დანები და შუშის ნამსხვრევები ყოველთვის უნდა მოთავსდეს ჩხვლეტისადმი მედეგსახურავიან კონტეინერებში და მათ, როგორც ინფექციურს, ისე უნდა მოგვეპყროთ;
3. კონტამინირებული მასალის ავტოკლავირებით დეკონტამინაციას, შემდგომ გარეცხვისა და ხელახლა ხმარების ან მეორეულად გადამუშავებისათვის;
4. კონტამინირებულ მასალას ავტოკლავირებისათვის და გასანადგურებლად;
5. კონტამინირებულ მასალას პირდაპირ ინსინერაციისათვის.

ბასრი საგნები. ჰიპოდერმულ ნემსებს გამოყენების შემდეგ თავი არ უნდა დავახუროთ, არ უნდა მოვლუნოთ და არ მოვადროთ

შპრიცს. მთლიანი ანანყობი ერთიანად უნდა მოვათავსოთ ბასრი საგნების კონტეინერში. ერთჯერადი შპრიცები, ცალკე ან ნემსთან ერთად გამოყენების შემდეგ, უნდა მოვათავსოთ ბასრი საგნების კონტეინერში და ჩავუტაროთ ინსინერაცია, თუ საჭიროა, წინასწარი ავტოკლავირების შემდეგ. ბასრი საგნების კონტეინერი უნდა იყოს ჩხვლეტისადმი გამძლე/მედეგი; ივსება სამ მეოთხედამდე. მთელი კონტამინირებული (პოტენციურად ინფექციური) მასალა განადგურებამდე უნდა ავტოკლავირდეს წყალგაუმტარ კონტეინერებში, მაგალითად, ავტოკლავირებად, ფერადიარლიყებიან პლასტიკატის პაკეტებში. ავტოკლავირების შემდეგ მასალები ინსინერატორში ტრანსპორტირებისათვის უნდა მოთავსდეს გადასატან „ბ“ კლასის კონტეინერებში. საქმიანობის შედეგად დარჩენილი მასალა არ უნდა გადაიყაროს ნაგავსაყრელზე, დეკონტამინაციის შემდეგაც კი. თუკი ინსინერატორი ლაბორატორიის ტერიტორიაზეა, ავტოკლავირება შეიძლება გამოვტოვოთ: კონტამინირებული ნარჩენები უნდა მოთავსდეს სპეციალურ კონტეინერებში (ფერადიარლიყებიან პაკეტებში) და პირდაპირ ინსინერატორში გადაიზიდოს. მრავალჯერადი გამოყენების გადასაზიდი კონტეინერები უნდა იყოს წყალგაუმტარი და ჰქონდეს მჭიდრო თავსახური. შემდგომ გამოყენებამდე და ლაბორატორიაში დაბრუნებამდე ისინი უნდა დეზინფიცირდეს და გაიწმინდოს. სასურველია, უტეხი მასალისაგან (მაგალითად, პლასტმასისაგან) დამზადებული გასანადგურებელი კონტეინერები მოთავსებულ იქნეს ყველა სამუშაო ადგილთან.

ანალიზატორებისა და სხვა აპარატურის მუშაობის შემდეგ ნარმოქმნილი ნარჩენების მართვის წესი

კლინიკურ-დიაგნოსტიკურ ლაბორატორიაში გამოკვლევების ჩასატარებლად თანამედროვე აპარატურა გამოიყენება. დახურულ სისტემაში ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარების შემდეგ აპარატურა გარედან სუფთავდება ინსტრუქციაში მითითებული წესით. მუშაობის დასრულების შემდეგ აპარატი გადა-

დის თვითდასუფთავების რეჟიმში, რის შემდეგაც აპარატის სპეციალურ უჯრაში ერთჯერადი მიკროსინჯარები გროვდება. აღნიშნული სინჯარები თავსდება სარისკო („ბ“ კლასის) ნარჩენების პაკეტში, თავი მჭიდროდ ეკვრება, უკეთდება ნარწერა და თავსდება კონტეინერში სარისკო („ბ“ კლასის) ნარჩენების ოთახში.

სახიფათო ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლობის წესი

1. არასარისკო („ა“ კლასის) ნარჩენების შესაგროვებლად კლინიკის ყველა სტრუქტურულ ქვედანაყოფში, მათ შორის ლაბორატორიის თითოეულ ოთახში დგას სპეციალური თავდახურული, მარკირებული კონტეინერი, რომელთა დაცლა ხდება 12 საათში ერთხელ, საჭიროების შემთხვევაში უფრო ადრეც. არასარისკო („ა“ კლასის) ნარჩენების გატანაზე გაპიროვნებულ თანამშრომელს განყოფილებიდან ნარჩენები გააქვს კლინიკის ეზოში, სადაც განთავსებულია ორი სპეციალური, ჰერმეტიკულად თავდახურული კონტეინერი.

2. ლაბორატორიაში წარმოქმნილი სარისკო („ბ“ კლასის) ნარჩენების დროებითი განთავსებისთვის ყველა ოთახში დგას „სარისკო ნარჩენები“ მარკირებული ურნა. სარისკო ნარჩენების („ბ“ კლასის) ურნების დაცლა ხდება შენობის გარეთ, სამეურნეო ეზოში, ამ მიზნით გამოყოფილ სპეციალურ სათავსში (ოთახში). აღნიშნული სათავსის გასაღები ინახება თითოეული განყოფილების უფროს მედდასთან, ასევე კლინიკის მიმღებში.

3. ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარებამდე ბიოლოგიური ნარჩენების განთავსებისთვის გამოყოფილია სპეციალური მაცივრები გინეკოლოგიურ სექტორში, სამეანო ბლოკში (ღამის საათებში ბიონარჩენების დროებით შეგროვებისთვის), სასექციოში (პროზექტურაში). ოპერაციული მასალის ლაბორატორიული შესწავლა ხდება ხელშეკრულების საფუძველზე, პარტნიორ კლინიკაში.

4. ნარჩენების შესაგროვებლად გამოიყენება მყარი, თავდა-
ხურული კონტეინერი. ასევე კონტეინერი, რომელშიც ჩადგმულია
სახელურიანი სათლი; ჩაფენილია პაკეტი, რომელსაც მიკრული
აქვს სპეციალური სანიშნი ნარწერთ: განყოფილება, თარიღი და
შეგროვება/გატანაზე პასუხისმგებელი პირის სახელი, გვარი. პა-
კეტის კიდეები ჩაკეცილია კონტეინერსა და სათლს შორის. კონ-
ტეინერს თავი მჭიდროდ აქვს დახურული.

5. ბიოლოგიური ნარჩენები გროვდება უშუალოდ სამუშაო
ადგილას (საოპერაციო, საპროცედურო, ლაბორატორია). თითო-
ეული პაციენტის ბიოლოგიური მასალა შეფუთულია ინდივიდუა-
ლურად და მარკირებულია. მასალა სპეციალური, ჰერმეტიკულად
თავდახურული კონტეინერით იგზავნება პათოლოგანატომიურ
ლაბორატორიაში. გამოკვლევის შემდეგ შეფუთული ნარჩენები
ჰერმეტიკულად თავდახურული კონტეინერით თავსდება სპეცია-
ლურ მაცივარში, იყინება და იქვე ინახება ტრანსპორტირებამდე.

6. ბასრი, მჭრელი და სხვა მჩხვლეტავი ან მჭრელი ნარჩენ-
ები გროვდება ცალკე, რისთვისაც გამოიყენება ერთჯერადი მოხ-
მარების სპეციალური მყარი კონტეინერი (ერთჯერადი მუყაოს
კონტეინერში სადეზინფექციო ხსნარის ჩასხმა საჭირო არ არის).

7. ლუმინესცენციური ნათურები და ვერცხლისწყლის შემ-
ცველი ნახმარი გაუვარგისებული სხვა საგნები და ინსტრუმენ-
ტები (თერმომეტრი, წნევის აპარატი, საანესთეზიო დანადგარის,
ხელოვნური სუნთქვის აპარატის ნაწილები და სხვ.) გროვდება
სპეციალურ, ჰერმეტიკულად თავდახურულ ჭურჭელში. ჭურჭლის
შევსების შემდეგ ხდება მისი ჰერმეტიზება. კონტეინერი ტრან-
სპორტირებამდე თავსდება დამხმარე სათავსოში.

8. „ბ“ კლასის ნარჩენების შესაგროვებელი მცირე ზომის თავ-
დახურული კონტეინერი დგას უშუალოდ ნარჩენების წარმოქმნის
ადგილას. კონტეინერი მარკირებულია და აწერია ნარჩენების
კლასი ან მიკრული აქვს ნარჩენების კლასის შესაბამისი ფერის
საერთაშორისო სიმბოლო.

9. პაკეტის მოცულობის 3/4-ის შევსების შემდეგ ხდება კონ-
ტეინერის დაცლა შემდეგი წესით:

– ნარჩენების შეგროვება/გადაყრაზე პასუხისმგებელი პირი იკეთებს ხელთათმანებს და ჰერმეტიულად თავდახურული ნარჩენების კონტეინერი გადააქვს „ბ“ კლასის ნარჩენების შესაგროვებელ ოთახში, სადაც დგას დიდი მოცულობის კონტეინერები. „ბ“ კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად ეზოში ცალკე ოთახია გამოყოფილი, ამ ოთახით სარგებლობს კლინიკის ყველა განყოფილება, მათ შორის, ლაბორატორია.

„ბ“ კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად გამოყოფილ ოთახში არის ონკანი, ნიჟარა, იატაკზე წყალგამტარი „ტრაპი“, ვენტილაციის სისტემა; თაროზე დევს ერთჯერადი ხმარების ხელთათმანები და ხალათი.

– ნარჩენებიანი პაკეტიდან ხდება ჰაერის გამოდევნა, თავის მოკვრა და დიდი ზომის კონტეინერში ჩაგდება. ნარჩენების ჩატვირთვის შემდეგ კონტეინერს სახურავი მჭიდროდ უნდა დაეხუროს.

– დაცლილი მცირე ზომის კონტეინერიდან სადეზინფექციო ხსნარი უნდა გადაიღვაროს საკანალიზაციო სისტემაში; კონტეინერში გამოვლებულ უნდა იქნეს სუფთა წყალი და დაბრუნდეს განყოფილებაში.

– კონტეინერების შიგთავსი ხშირად მონმდება და მისი 3/4-ით შევსებისთანავე ხდება გატანა ზემოაღწერილი წესით. თუ კონტეინერი ხშირად არ ივსება, მაშინ კონტეინერის დაცლა სავალდებულო წესით ხდება დღეში 2-ჯერ. „ბ“ კლასის ნარჩენები არ უნდა დაყოვნდეს განყოფილებაში!

10. თითოეული განყოფილების ხელმძღვანელი და უფროსი მედდა პირადი პასუხისმგებლობით უზრუნველყოფენ ნარჩენების შეგროვება/გატანის პროცესზე ზედამხედველობას, რისთვისაც:

– ყოველდღიურად, დღეში რამდენჯერმე ამოწმებენ ნარჩენების შესაგროვებელ კონტეინერებს.

– ყოველდღიურად, მორიგე ბრიგადიდან გამოყოფენ ნარჩენების შეგროვება/გატანაზე პასუხისმგებელ პირს და მორიგეობის გრაფიკში მას აღნიშნავენ ყვითელი ფერის მარკერით.

– ნარჩენების გატანის დროს ამოწმებენ კონტეინერის მდგო-

მარეობას (პაკეტის მარკირება, კონტეინერის სახურავი, შევსების დონე და სხვ...).

11. დაუშვებელია:

- სარისკო ნარჩენების გადაყრა ერთი ჭურჭლიდან მეორეში.
- ერთჯერადი და მრავალჯერადი გამოყენების შეფუთვების განთავსება ელექტროგამათბობელი ხელსაწყოების სიახლოვეს.
- ნარჩენების ხელით ჩანჩხა.
- ნარჩენების შეგროვება ხელთათმანების გარეშე.

ინკუბატორის წმენდა-დეზინფექცია

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა (SOP)

SOP მიზანია: სამედიცინო მომსახურების დროს სანიტარიულ-ჰიგიენური წესების დაცვა და ახალშობილთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფა.

SOP განკუთვნილია: კლინიკის ახალშობილთა განყოფილების ექიმებისთვის, უმცროსი ექიმებისთვის, რეზიდენტებისთვის, მედდებისთვის და უმცროსი მედდებისთვის.

გადახედვას ექვემდებარება: 2020 წლის დეკემბერში

ავტორი: ნატა ყაზახაშვილი, MD PHD; ექიმი ეპიდემიოლოგი ქეთევან ავალიანი.

ახალშობილთა განყოფილების პერსონალს, პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებში პაციენტის სამედიცინო მომსახურების დროს უხდება კონტაქტი ახალშობილთა ინკუბატორთან.

ინკუბატორის წმენდა-დეზინფექცია

ინკუბატორის წმენდა-დეზინფექციის დროს პირველ რიგში გაცანით ინკუბატორის მწარმოებელი კომპანიის ინსტრუქციას, რომელიც თან ახლავს ყველა ინკუბატორს.

ინკუბატორის წმენდა ძალიან მარტივია, თუ მივყევით პროტოკოლს, რომელიც მონოდეზულის მწარმოებლის მიერ. წმენდის და დეზინფექციის პროტოკოლი ძირითადად განკუთვნილია ახალშობილთა უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად და ჰოსპიტალების ჰიგიენისათვის.

გაფრთხილება:

ინკუბატორის წმენდა არ დაინყოთ, თუ ხელზე ალგენინებთან ექსკორიაციები, ჭრილობა, გამონაყარი, ქავილით გამოწვეული ნაკანრები ან მწერის ნაკბენი.

ინკუბატორის განმენდა-დამუშავებისთვის არ გამოიყენოთ დეზინფექციის საშუალებები: ალდეჰიდები, ფორმალინი, ქლორი, ქლორჰექსიდინი, სპირტი, აცეტონი და სხვა.

არ გამოიყენოთ ნაჭერი (ტილო), რომელიც ტოვებს ბენჯს, ძაფს ან ქსოვილის სხვა ბუსუსოვან ნაწილებს.

ნაბიჯი 1

მოიხსენით ბეჭედი, საათი ან სხვა სამკაულები.

დაიბანეთ ხელები ჰიგიენური წესით.

სუფთა უნიფორმაზე ჩაიცვით ერთჯერადი ხალათი.

გაიკეთეთ ერთჯერადი ხელთათმანები.

მოამზადეთ სამუშაო ადგილი: გაფინეთ ერთჯერადი საფენი, დაალაგეთ ინკუბატორის სანმენდი ერთჯერადი ტილო, ბავშვის საპონი, წყალბადის ზეჟანგი, 5%-იანი, მარკირებული კონტეინერი ინკუბატორის ნაწილების ჩასაყურსად.

ხელმისაწვდომ მანძილზე უნდა იყოს სუფთა ხელსაბანი ნიჟარა და გამდინარე თბილი წყალი!

ნაბიჯი 2

ინკუბატორის დაშლა

ინკუბატორი არ უნდა ამოძრავოთ მანამ, სანამ წყლის რეზერვუარი არ დაიცვლება.

1. გამორთეთ ინკუბატორი დენის წყაროდან და ჟანგბადის წყაროდან;
2. დაელოდეთ 1 საათი, სანამ ინკუბატორის ტემპერატურა არ ჩამოვა საწყის ტემპერატურამდე;
3. გამოალეთ კარები, რომ გამოიღოთ მატრასი და საწოლი;
4. ნელა მოხსენით თავსახური;
5. გააცალკევეთ ორი ეკრანი;
6. ამოიღეთ საფარველი კონტეინერიდან;
7. მოხსენით ბოლტები;
8. განმინდეთ ვენტილატორი; არ დააზიანოთ კბილანები;
9. ამოიღეთ წყლის რეზერვუარი;
10. ამოიღეთ ფილტრი, რომ დაცალოთ წყლის რეზერვუარი.

ინკუბატორის განმენდა და დეზინფექცია, როდესაც ახალშობილი არ არის მოთავსებული ინკუბატორში

წმენდა უნდა განხორციელდეს მაშინ, როდესაც ახალშობილი გამოჰყავთ ინკუბატორიდან ან რამდენიმე დღეში, გახანგრძლივებული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ.

განმენდა უნდა მოხდეს სპეციალურ ოთახში (სადაც ახალშობილი არ არის), სპეციალური აღჭურვილობის და ტანსაცმლის გამოყენებით.

ჩაატარეთ დეზინფექცია წყალბადის ზეჟანგის 5 %-იანი ხსნარით!

გაფრთხილება: არასოდეს გამოიყენოთ სპირტი, ეთერი და ქაფი!

არასოდეს გამოიყენოთ გასაპრიალებელი და უხეში გამხსნელი საშუალებები, ამან შეიძლება გამოიწვიოს ინკუბატორის ნაწილების დაზიანება, განსაკუთრებით მისი შუშის და საფარველის.

ასეთ შემთხვევაში თავსახურმა შეიძლება შეიცვალოს ფერი და გატყდეს.

ინკუბატორის ნაწილები განმინდეთ და ჩაუტარეთ დეზინფექცია სპეციალურად განსაზღვრული საშუალებებით.

წყლის რეზერვუარი განმინდეთ წყლით. როდესაც ერთხელ წყლის რეზერვუარს განმენდთ და დაცლით, შემდგომ გარეცხეთ ბავშვის საპნით; დანრიტეთ და გააშრეთ ისე, რომ არ დააზიანოთ.

ინკუბატორის განმენდა

სანამ ავამუშავებთ:

გამოვრთოთ ინკუბატორი დენის წყაროდან;

გავაგრილოთ საწყის ტემპერატურამდე;

დავიბანოთ ხელები ჰიგიენური წესით, ჩავიცვათ დამცავი ტანსაცმელი;

შევამოწმოთ გასანმენდი და დეზინფექციის საშუალებები;

შევამოწმოთ გამსხნელი და გასანმენდი საშუალებების ვადა.

- ყველა ინკუბატორიდან ამოღებული ნაწილი უნდა მოთავსდეს გამსხნელში;
- გაამშრალეთ ამოღებული ნაწილები;
- ჩაუტარეთ დეზინფექცია ამოღებულ ნაწილებს;
- განმინდეთ ინკუბატორი თავიდან ბოლომდე, გამოიყენეთ ნაჭერი, დასველებული საწმენდ საშუალებებში;
- განმინდეთ ინკუბატორის გარეთა მხარე თავიდან ბოლომდე; განმინდეთ ინკუბატორის ქვედა განცალკევებული ნაწილი, სადგომი და ბორბლები;
- გაამშრალეთ ინკუბატორი შიგნიდან და გარედან კარგად, სხვადასხვა ნაჭრის გამოყენებით, გამოხდილი წყლის საშუალებით; განმინდეთ კარგად ყველა წვრილმანი;
- გამოიცვალეთ ხელთათმანი, ჩაუტარეთ დეზინფექცია ინკუბატორის შიგნითა მხარეს და ჰორიზონტალურ ზედაპირებს, რომელიც მდებარეობს ზევით და ქვემოთ. ამისათვის გამოიყენეთ მე-3 ნაჭერი, დასველებული დეზინფექციის ხსნარში. დატოვეთ ინკუბატორის თავსახური ღია, სანამ სადეზინფექციო ხსნარი ბოლომდე არ აორთქლდება;
- ჩაუტარეთ დეზინფექცია თავსახურს გარედან, სადგომს და ბორბლებს.

არ გაამშრალოთ!
შეცვალეთ ხელთათმანები;
შეამონმეთ მატრასის მთლიანობა;
დახურეთ თავსახური, კარები, დენის წყაროები;
დააფარეთ ინკუბატორს სუფთა ნაჭერი და მოათავსეთ სპე-
ციალურ ოთახში; დაიცადეთ 2 საათი, სანამ ახალშობილს კვლავ
ინკუბატორში მოათავსებთ.

ყოველდღიური განმენდა (როდესაც ახალშობილი მოთავსებულია ინკუბატორში)

გაფრთხილება: წყლის რეზერვუარი უნდა დაიცალოს, გაინ-
მინდოს და დეზინფექცია ჩაუტარდეს ყოველ 24 საათში, შემდეგ
უნდა შეივსოს გამოხდილი წყლით.

წყლის რეზერვუარისთვის: გამოაცალკევეთ და დაცალეთ
წყლის რეზერვუარი;

განმინდეთ ბავშვის საპნით;

დანრიტეთ;

გაამშრალეთ ფრთხილად.

ყურადღებით: როდესაც ახალშობილი არის ინკუბატორში, არ
ანოთ თავსახური!

ინკუბატორისათვის: გააღეთ თავსახურის კარები.

თავიდან ბოლომდე, შიგნიდან განმინდეთ თავსახური, სან-
მენდ ხსნარში დასველებული ნაჭრით.

განმინდეთ გარედან თავსახური და ჩარჩო, თავიდან ბოლომ-
დე, სხვა ნაჭრის გამოყენებით. დაასრულეთ ბორბლების წმენდით.

გაამშრალეთ თავსახური თავიდან ბოლომდე, შიგნიდან და
გარედან, გამდინარე წყალში დასველებული მე-3 ნაჭრით. გაამ-
შრალეთ ყველა ელემენტი.

შეამონმეთ მატრასის მთლიანობა (არ უნდა იყოს ნახვრეტები
და ხილული ჭუჭყი).

დახურეთ თავსახური, კარები და დენის წყაროები.

რეკომენდაციები:

- არ შეავსოთ წყლის რეზერვუარი მანამ, სანამ არ დაგჭირდებათ;
- შეამოწმეთ ტემპერატურა, წყლის დონე, ჰიდრომეტრი და ზარი;
- ნუ გამოიყენებთ ქვემოთ ჩამოთვლილ საშუალებებს, როდესაც ახალშობილი არის ინკუბატორში.

დეზინფექციის საშუალებები: ალდეჰიდები, ფორმალინი, ქლორი, ქლორჰექსიდინი, სპირტი, აცეტონი და სხვა.

ანყოფა:

გამოიღეთ ვენტილატორი;

გაუკეთეთ ჭანჭიკები, მაგრამ ძლიერად არა;

მოათავსეთ ამოღებული დენის სადენები და ჰაერის მილები უკან;

შეამოწმეთ, რომ სენსორი იყოს სწორ პოზიციაში;

გაფრთხილება: თავსახური უნდა იყოს ზუსტად მოთავსებული ჩარჩოზე;

მოათავსეთ ლატერალური ეკრანები ზედაპირზე;

ნელა დახურეთ თავსახური;

გააღეთ ორი წინა კარი და მოათავსეთ საწოლი თავის ადგილზე;

ინკუბატორის მუშაობის ხარისხი უნდა შემოწმდეს 6 თვეში ერთხელ.

უნდა შეამოწმოს სპეციალისტმა, რომელსაც აქვს ტრენინგი გავლილი და სერტიფიცირებულია.

ზემოთ აღწერილი განმენდის წესი მომზადებულია ინკუბატორის თანმხლები სახელმძღვანელო ინსტრუქციის მიხედვით.

თანამშრომელთა მოვალეობები

პაციენტებისა და დასაქმებულების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

კლინიკის თითოეული თანამშრომელი ვალდებულია შეასრულოს შემდეგი მოვალეობები:

1. დაიცვას საქართველოს კანონმდებლობით, საქართველოს შრომის კოდექსით, კლინიკის შრომის შინაგანანუსით და შრომითი ხელშეკრულებით დადგენილი წესი;
2. ზედმინევენით შეასრულოს მასზე დაკისრებული მოვალეობები, უშუალო უფროსის მითითებები, დავალებები და გენერალური დირექტორის ბრძანებები;
3. გაუფრთხილდეს კლინიკის საკუთრებას და გამოიყენოს იგი მხოლოდ სამსახურებრივი საჭიროებისამებრ;
4. სამსახურში ყოფნის დროს დაიცვას კლინიკის მიერ დადგენილი ჩაცმის სტილი და ყურადღება მიაქციოს პიროვნულ იერსახეს; ადმინისტრაცია, რეცეფციის თანამშრომლები, ასევე სხვა არასამედიცინო პროფილის თანამშრომლები ვალდებული არიან, დაიცვან ჩაცმის კლასიკური სტილი;
5. რაციონალურად და ეფექტურად გამოიყენოს სამუშაო დრო;
6. დაიცვას სამუშაო ადგილის და ინტერიერის სისუფთავე;
7. გაუფრთხილდეს და საკუთარი ქცევით არ შელახოს კლინიკის ავტორიტეტი;
8. გაუფრთხილდეს მისთვის გადაცემულ მატერიალურ ფასეულობებს;
9. გაუფრთხილდეს წყალსა და ელექტროენერგიას;
10. გაუფრთხილდეს გარემოს და ყაირათიანად ხარჯოს კლინი-

კის რესურსები: ნყალი, ელექტროენერგია, ქალაქი, პოლიეთილენის პარკები, სახარჯი მასალა და სხვ.;

11. გაუფრთხილდეს საკუთარ ჯანმრთელობას და ამ გზით ხელი შეუწყოს პაციენტის უსაფრთხოების დაცვას:
 - 11.1. ჩაიტაროს პროფილაქტიკური აცრები
 - 11.2. პერიოდულად ჩაიტაროს ჯანმრთელობის პროფილაქტიკური შემოწმება
 - 11.3. უარი თქვას მავნე ჩვევებზე. გაითვალისწინოს, რომ კატეგორიულად აკრძალულია სამუშაო ადგილის მიტოვება თამბაქოს მოწევის მიზეზით;
12. სამუშაოს შესრულების დროს გამოიყენოს ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებები (ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებები უნდა შეესაბამებოდეს შესასრულებელ სამუშაოს).

თანამშრომლის მატერიალური პასუხისმგებლობა

კლინიკის თითოეული თანამშრომელი ვალდებულია, გაუფრთხილდეს კლინიკის ქონებას.

ქონების დაზიანების შემთხვევაში მაშინვე აცნობოს კლინიკის ადმინისტრაციას და ზარალი ანაზღაუროს შრომითი ხელშეკრულების პირობების თანახმად.

კლინიკის სტრუქტურული ქვედანაყოფის ხელმძღვანელი **ახორციელებს** თანამშრომელთა მიერ მატერიალური ფასეულობების გონივრულად და რაციონალურად, დანიშნულებისამებრ გამოყენების **კონტროლს**.

შრომის პირობების დაცვა

უსაფრთხო და ჯანსაღი სამუშაო გარემოს უზრუნველყოფა

თანამშრომელი ვალდებულია:

1. დაიცვას საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შრომისა და ხანძარსაწინააღმდეგო უსაფრთხოების მოთხოვნები, ხოლო ჩაჩავას კლინიკა ვალდებულია უზრუნ-

ველყოს თანამშრომლები სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის-
თვის მაქსიმალურად უსაფრთხო გარემოთი და მატერიალურ
-ტექნიკური ბაზით.

2. დაიცვას ლიფტით სარგებლობის წესები. არ გამოიყენოს
ლიფტი მინისძვრის და ხანძრის დროს.
3. საჭიროების შემთხვევაში ისარგებლოს კლინიკის შიდა პერი-
მეტრზე განთავსებული მინიშნებებით.

დანართი 1

სტაციონარული სერვისების ხარისხით პაციენტთა კმაყოფილების კვლევის კითხვარი (ნიმუში)

რესპონდენტის მახასიათებლები:

1. სქესი:
ა) ქალი ბ) მამაკაცი
2. ასაკი: -----
3. საცხოვრებელი ადგილი:
ა) ქ. თბილისი ბ) სხვა
4. დასაქმება:
ა) დასაქმებული ბ) უმუშევარი გ) სტუდენტი
5. განათლება:
ა)საშუალო; ბ)არასრული საშუალო; გ) უმაღლესი;
დ) არასრული უმაღლესი
6. ოჯახური სტატუსი:
ა) დაოჯახებული
ბ) დასაოჯახებელი
7. უნარშეზღუდულობა:
ა) დადგენილი აქვს შშმპ სტატუსი
ბ) არ აქვს გამოხატული

კითხვარი:

- 1. დაგისახელათ კლინიკაში შემოსვლის დროს მიმღების თანამშრომელმა თავისი ვინაობა და სტატუსი?**
ა) დიახ ბ) არა
- 2. გაგაცნოთ კლინიკაში შემოსვლის დროს მიმღების თანამშრომელმა კლინიკის შინაგანანესი?**
ა) დიახ ბ) არა
- 3. მოაწერეთ ხელი ხელშეკრულებას სამედიცინო მომსახურების მიღების თაობაზე მიმღებში?**
ა) დიახ ბ) არა
- 4. რამდენი ხანი დაჰყავით კლინიკის მიმღებში?**
ა) 10 წუთამდე ბ) 15 წუთამდე გ) 20 წუთი და მეტი
- 5. როგორი განცდა დაგრჩათ კლინიკის მიმღების დატოვების შემდეგ?**
ა) დადებითი ბ) უარყოფითი გ) ვერ ვიხსენებ
- 6. რა დაგამახსოვრდათ ყველაზე მეტად სტაციონარში მოთავსების დროს?**
ა) ვერაფერს ვიხსენებ
ბ) უცხო ხალხი და ჩვეულებრივი, ოფიციალური მიღება
გ) ექიმს კარგა ხანს ველოდე
დ) ექიმმა სწრაფად გამსინჯა და ამიყვანეს განყოფილებაში
ე) სამედიცინო პერსონალის ღიმილი და კეთილგანწყობა
ვ) თბილი, მეგობრული მიღება
- 7. სად გადაიხადეთ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება?**
ა) სალაროში და მივიღე ქვითარი
ბ) ექიმს/ექთანს გადავუხადე და მან მომიტანა ქვითარი
გ) ექიმს/ექთანს გადავუხადე
დ) არ გადამიხდია, ვინაიდან დაზღვეული ვარ

8. მოგნონთ განყოფილება, სადაც იმყოფებით?
ა) დიახ ბ) არა
9. მოგნონთ გარემო და სისუფთავე?
ა) დიახ ბ) არა
10. მოგნონთ საკვები?
ა) დიახ ბ) არა
11. გიხდებათ კლინიკაში საკვების მოტანა?
ა) დიახ ბ) არა
12. გიხდებათ კლინიკაში მედიკამენტების მოტანა?
ა) დიახ ბ) არა
13. დაგჭირდათ თეთრეულის და ჭურჭლის მოტანა?
ა) დიახ ბ) არა
14. ვინ ალაგებს პალატას, რომელშიც თქვენ იმყოფებით?
ა) დამლაგებელი ბ) ჩემი ახლობლები გ) მე თვითონ ვალაგებ
15. თავაზიანია თქვენ მიმართ სამედიცინო პერსონალი?
ა) დიახ ბ) არა
16. პასუხობს თქვენ მიერ დასმულ კითხვებზე სამედიცინო პერსონალი ხალისით?
ა) დიახ ბ) არა გ) გაღიზიანებულმა მიპასუხა
17. გეცნობათ და გისახელებთ თავის ვინაობას ყოველდღიურად მორიგე პერსონალი?
ა) დიახ ბ) არა
18. განგიმარტავთ სამედიცინო პერსონალი დანიშნული გამოკვლევების მნიშვნელობას?
ა) დიახ ბ) არა
19. განგიმარტავთ სამედიცინო პერსონალი ჩატარებული ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგებს?
ა) დიახ ბ) არა

20. განგიმარტავთ სამედიცინო პერსონალი დანიშნული მკურნალობის მნიშვნელობას?
ა) დიახ ბ) არა
21. სრულყოფილია და გაკმაყოფილებთ სამედიცინო პერსონალის მიერ თქვენთვის მოცემული განმარტებები მკურნალობის ან გამოკვლევების თაობაზე?
ა) დიახ ბ) არა
22. ლაგდება პალატა ყოველდღიურად?
ა) დიახ ბ) არა
23. ხომ არ შეგიმჩნევიათ, რამდენჯერ ლაგდება კლინიკის სათავსოები, დერეფანი, ტუალეტი, პალატა, კიბის უჯრედი?
ა) ერთხელ დღეში ბ) ორჯერ დღეში
გ) სისტემატურად, სულ ფუსფუსებს დამლაგებელი
დ) არ შემინიშნავს, არ ვიცი
24. ატარებენ შემოვლას კლინიკის ადმინისტრაციის წარმომადგენლები?
ა) დიახ ბ) არა
25. ხომ არ ჩაუტარებია პაციენტების გამოკითხვა კლინიკის ადმინისტრაციას თქვენი კლინიკაში ყოფნის პერიოდში?
ა) დიახ ბ) არა
26. მოგწონთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი კლინიკაში?
ა) დიახ ბ) არა
27. კვლავ მომართავდით ამ კლინიკას საჭიროების შემთხვევაში?
ა) დიახ ბ) არა
28. ურჩევდით სხვებს, რომ ამ კლინიკაში მიიღონ სამედიცინო მომსახურება?
ა) დიახ ბ) არა

29. გაამართლა კლინიკამ თქვენი იმედი?

ა) დიახ ბ) არა

30. თქვენ რომ კლინიკის ადმინისტრაციაში მუშაობდეთ, რას შეცვლიდით პირველ რიგში ? რას გააუმჯობესებდით?

დანართი 2

ამბულატორიული სერვისების ხარისხით პაციენტთა
კმაყოფილების კვლევის კითხვარი

(ნიმუში)

რესპონდენტთა მახასიათებლები:

1. ასაკი

- 18 წლიდან 24 წლამდე
- 24 წლიდან 40 წლამდე
- 40 წლიდან 60 წლამდე
- 60 წელზე უფროსი

2. სქესი

- მდედრობითი
- მამრობითი

3. განათლება

- არასრული საშუალო
- საშუალო
- საშუალო ტექნიკური
- არასრული უმაღლესი
- უმაღლესი

4. საცხოვრებელი ადგილი

- თბილისი
- სხვა

5. ოჯახური მდგომარეობა

- დაოჯახებული
- დასაოჯახებელი
- განქორწინებული
- ქვრივი

6. დასაქმება

- დასაქმებული
- თვითდასაქმებული
- უმუშევარი
- სტუდენტი

7. დადგენილია თუ არა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირის სტატუსი?

- დიახ
- არა

8. სარგებლობთ თუ არა ოჯახის ექიმის მომსახურებით?

- დიახ
- არა

9. რამდენჯერ მიმართეთ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებას ბოლო ერთი წლის მანძილზე?

- არ მიმმართავს, პირველად მოვედი
- 0-2 ვიზიტი
- 3-5 ვიზიტი
- 6-10 ვიზიტი
- 10-ზე მეტი ვიზიტი

- 10. რამდენად მარტივად ახორციელებთ ჩანერას ოჯახის ექიმთან?**
- ძალიან მარტივად
 - მარტივად
 - საშუალოდ
 - რთულად
 - ძალიან რთულად
 - არ ვეწერები
- 11. გინევთ რიგში დგომა ექიმთან მიღებაზე?**
- დიახ
 - არა
- 12. რამდენ ხანს გიხდებათ რიგში დგომა?**
- 3-5 წუთი
 - 5-15 წუთი
 - 15-30 წუთი
 - 30 წუთზე მეტი
- 13. რა დროს გითმობთ ექიმი კონსულტაციისას?**
- 15 წუთამდე
 - 15 წუთიდან 25 წუთამდე
 - 25 წუთზე მეტი
- 14. რამდენად კეთილგანწყობილია ექიმი თქვენ მიმართ კონსულტაციის დროს?**
- ძალიან კეთილგანწყობილია
 - კეთილგანწყობილია
 - არ არის კეთილგანწყობილი
 - ძალიან არაკეთილგანწყობილია
- 15. რამდენად არის თქვენზე კონცენტრირებული ექიმი კონსულტაციისას?**
- სრულიად ჩემზეა კონცენტრირებული

- კონცენტრირებულია
 - არ არის კონცენტრირებული
 - სრულიად არ არის ჩემზე კონცენტრირებული
- 16. თქვენი აზრით, რამდენად კომპეტენტური კონსულტაცია გაგინათ ექიმმა?**
- სრულიად არაკომპეტენტური, სხვა ექიმთან მომიხდა ნასვლა
 - ნაკლებად კომპეტენტური
 - კომპეტენტური
 - ძალიან კომპეტენტური
- 17. რამდენად გასაგები და ამომწურავია ინფორმაცია, რომელსაც ექიმი განვდით კონსულტაციისას?**
- სრულიად გაუგებარი და არასრულია
 - ნაკლებად გასაგები და არასრულია
 - გასაგები და ამომწურავია
 - სრულიად გასაგები და ამომწურავია
- 18. ხართ თუ არა ჩართული სამედიცინო მომსახურების გადამწყვეტილების მიღების პროცესში?**
- საერთოდ არ ვარ ჩართული
 - ნაწილობრივ ჩართული ვარ
 - ჩართული ვარ
 - მთლიანად ჩართული ვარ
- 19. განგიმარტავთ დეტალურად ექიმი დანიშნული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების საჭიროებას/მნიშვნელობას?**
- დიახ არა
- 20. განვდით თუ არა ექიმი ინფორმაციას მედიკამენტების ან/და მანიპულაციების გვერდითი ეფექტების, სავარაუდო**

გართულებების და მოსალოდნელი დისკომფორტის შესახებ?

- საერთოდ არ მანვდის
- ნაწილობრივ მანვდის
- მანვდის
- სრულად მანვდის

21. განგიმარტავთ დეტალურად ექიმი თქვენთვის ჩატარებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგებს?

- დიახ
- არა

22. მოგწონთ დაწესებულების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა?

- დიახ
- არა

23. ურჩევდით თქვენს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში აღრიცხვაზე დადგომას თქვენს მეგობარს, ახლობელს, ოჯახის წევრს?

- დიახ
- არა

24. შეაჯამეთ, რამდენად კმაყოფილი ხართ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სერვისების ხარისხით?

- ძალიან უკმაყოფილო ვარ
- უკმაყოფილო ვარ
- ნეიტრალური
- ვისურვებდი უკეთესს
- კმაყოფილი ვარ
- ძალიან კმაყოფილი ვარ

**სამედიცინო დაწესებულებაში
შრომის უსაფრთხოების პირობების
თვითშეფასების კითხვარი
(ნიმუში)**

I. ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულების შესახებ

1. სამედიცინო დაწესებულების დასახელება
.....
.....
2. საკუთრების ფორმა
სახელმწიფო
კერძო
3. მისამართი
რეგიონი სოფელი/დაბა
ქალაქი
დაწესებულების ხელმძღვანელი
(გვარი, სახელი)

საიდენტიფიკაციო კოდი	
ტელეფონი	
ფაქსი	
ელ.ფოსტა	

დაარსების თარიღი
წელი

ბოლოს ჩატარებული კაპიტალური რემონტის
თარიღი

(წელი, თვე, რიცხვი)

4. დასაქმებულ ფიზიკურ პირთა რაოდენობა

ქალი	მამაკაცი	მოზარდი (18 წლამდე)	სულ

5. დანესებულების პროფილის შესაბამისად წარმოებული პროდუქციის/პროდუქტის დასახელება

ძირითადი

დამატებითი

1.

1.

2.

2.

3.

3.

6. სფერო, რომელსაც მომსახურება/წარმოება მიეკუთვნება

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| განათლება/მეცნიერება | <input type="checkbox"/> | მსუბუქი | <input type="checkbox"/> |
| სოფლის მეურნეობა | <input type="checkbox"/> | კვების ინდუსტრია | <input type="checkbox"/> |
| სამთამადნო მრეწველობა | <input type="checkbox"/> | ტრანსპორტი | <input type="checkbox"/> |
| სამშენებლო მასალების წარმოება | <input type="checkbox"/> | ავიაცია | <input type="checkbox"/> |
| ქიმიური მრეწველობა | <input type="checkbox"/> | კავშირგაბმულობა | <input type="checkbox"/> |
| მეტალურგია | <input type="checkbox"/> | ენერგეტიკა | <input type="checkbox"/> |
| მანქანათმშენებლობა | <input type="checkbox"/> | ვაჭრობა | <input type="checkbox"/> |
| ნავთობგადამუშავება | <input type="checkbox"/> | ტურიზმი | <input type="checkbox"/> |
| სახელმწიფო | | | |
| თვითმმართველობა | <input type="checkbox"/> | მასმედია | <input type="checkbox"/> |

სამედიცინო ობიექტი გამომცემლობა

სამთავრობო ორგანო

სხვა

.....

7. საკონტაქტო პირი
(გვარი, სახელი)

ტელეფონი	
მობილური	
ფაქსი	
ელ.ფოსტა	

8. უსაფრთხოების საკითხებზე პასუხისმგებელი პირი
(გვარი, სახელი)

9. შევსების თარიღი
(წელი, თვე, რიცხვი)

II. შიგენა

1. სად მდებარეობს სამედიცინო დაწესებულება?
ა. დასახლებული პუნქტის გარეთ
ბ. დასახლებული პუნქტის საზღვარზე
გ. დასახლებული პუნქტის შიგნით

2. დაცულია სანიტარული ზონის სიდიდე?
დიახ არა

რამდენი განყოფილებაა დაწესებულებაში?

3. განყოფილებების დასახელება/ჩამონათვალი
 - 1.
 - 2.
 - 3.

ინფორმაცია განყოფილებებში მომუშავე პერსონალის შესახებ (შეავსეთ ფორმა №1)

4. სამუშაო გარემოსა და შრომის პირობების რომელი მავნე ფაქტორების ზემოქმედების ქვეშ იმყოფებიან თითოეულ განყოფილებაში მომუშავე პირები (პროფესიების მიხედვით)? (შეავსეთ ფორმა №2)
5. სამედიცინო დანესებულების გარემოს მავნე ფაქტორების გაზომვების მონაცემები უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში (წარმოადგინეთ არსებული მონაცემები დანართის სახით, არსებობის შემთხვევაში)

ა) საწარმოო მტვერი;	ბ) მავნე ქიმიური ნივთიერებები;
გ) ხმაური;	დ) ვიბრაცია;
ე) მიკროკლიმატი;	ვ) განათება;
ზ) ელექტრომაგნიტური გამოსხივება;	
თ) ულტრაიისფერი გამოსხივება;	
ი) ლაზერული გამოსხივება;	
კ) ულტრაბგერა;	ლ) ინფრაბგერა;
მ) მაიონებელი გამოსხივება;	ნ) და სხვ.
6. არსებობს თანამდებობრივი ინსტრუქციები სამედიცინო დანესებულებაში?

დიახ არა

7. ტარდება ინსტრუქტაჟი სამედიცინო დანესებულებაში შრომის უსაფრთხოების საკითხებზე?

დიახ არა (თუ არა, გადადით მე-11 კითხვაზე)

8. ვინ ატარებს შესავალ ინსტრუქტაჟს შრომის უსაფრთხოებაზე?

9. ვინ ატარებს სწავლებას შრომის უსაფრთხოებაზე?

10. ვინ ატარებს პირველად ინსტრუქტაჟს შრომის უსაფრთხოებაზე?

11. უზრუნველყოფილი არიან დასაქმებულები ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით, სამუშაო პირობების ხასიათის გათვალისწინებით?

დიახ არა ნაწილობრივ

12. უზრუნველყოფილია განყოფილებები სავენტილაციო და სხვა კოლექტიური დამცავი საშუალებებით, არსებული წესების გათვალისწინებით?

დიახ არა ნაწილობრივ

13. არსებობს ობიექტზე საჭიროების შემთხვევაში მოქმედი საავარიო სავენტილაციო სისტემა?

დიახ არა არ საჭიროებს

14. ხორციელდება კონტროლი ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენებაზე?

დიახ არა ნაწილობრივ

15. ხდება უნიფორმის რეცხვა?

დიახ არა

16. ხდება მტვრისგან სათავსების დასუფთავება?

დიახ არა

17. რა პერიოდულობით?

ა) დღეში ორჯერ დიახ არა

ბ) დღეში ერთხელ დიახ არა

გ) კვირაში ერთხელ დიახ არა

18. არსებობს სამედიცინო დაწესებულებაში თანამშრომლის-
თვის პირველი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის შესაძ-
ლებლობა? (თუ არა, გადადით 21-ე კითხვაზე)

დიახ არა

19. უზრუნველყოფილია პირველი სამედიცინო დახმარების პუნ-
ქტი პირველადი დახმარების საშუალებებით?

დიახ არა

20. არის სასმელი წყალი განყოფილებაში?

დიახ არა

21. არსებული ნორმების შესაბამისად, განყოფილებაში დასაქ-
მებულნი უზრუნველყოფილნი არიან:

სან. ნერტილებით

დიახ არა

საშხაპეებით

დიახ არა

გასახდელეებით/კარადებით

დიახ არა

სასადილოთი/ბუფეტით

დიახ არა

22. გამოყოფილია სამედიცინო დაწესებულების ტერიტორიის
მიღმა თამბაქოს მოსაწევი სპეციალური ადგილები?

დიახ არა

23. გამოყოფილია დასაქმებულებისთვის შესვენების დროს და-
სასვენებელი ადგილი?

დიახ არა

24. უზრუნველყოფილი არიან დასაქმებულები სპეციალური კვებით?
 დიახ არა
25. უზრუნველყოფილი არიან დასაქმებულები შიდა ტრანსპორტით?
 დიახ არა
26. არსებობს ნარჩენების პასპორტი?
 დიახ არა
27. სად არის განთავსებული ნარჩენები?
 ღია მოედანი
 დახურული მოედანი
 შენობის ნაწილი
 სპეციალური ნაგებობა
 სხვა (დაასახელეთ)
28. რა სახით ხდება ნარჩენების მოცილება?
 დანვა
 ჩამარხვა
 გატანა
 შენახვა
 სხვა (დაასახელეთ)
29. რა ფორმით ხდება ნარჩენების გატანა/შენახვა?
 დაუზიანებელ ტარაში მარკირებით
 დაუზიანებელ ტარაში მარკირების გარეშე
 ინახება გაბნეული
 ავტომანქანებით
 სხვა (დაასახელეთ)
30. რა რაოდენობის ნარჩენი გროვდება წელიწადში?
 <10 ტ. 10-დან 100ტ-მდე
 100-დან 1000 ტ-მდე >1000 ტ

31. არსებობს თუ არა გამწმენდი ნაგებობები ჩამდინარე წყლებისთვის?

დიახ არა

32. არსებობს თუ არა გამწმენდი ფილტრი გამოფრქვეული ჰაერისთვის?

დიახ არა

III. ეპიდზედამხედველობა

1. ხორციელდება საწარმოში შრომის ჰიგიენური პირობების მონიტორინგი?

დიახ არა (თუ არა, გადადით მე-3 კითხვაზე)

2. ვინ ახორციელებს?.....

3. ტარდება წინასწარი სამედიცინო შემოწმება?

დიახ არა (თუ არა, გადადით მე-5 კითხვაზე)

4. ვის მიერ?.....

5. ტარდება პერიოდული სამედიცინო შემოწმება?

დიახ არა (თუ არა, გადადით მე-7 კითხვაზე)

6. ვის მიერ?

7. არსებობს იმ პირთა აღრიცხვიანობა, რომელთაც აქვთ პროფესიული დაავადება?

დიახ არა (თუ არა, გადადით მე-12 კითხვაზე)

8. ვის მიერ ხდება აღრიცხვა?

9. ვის წარედგინება ინფორმაცია?

10. ვინ არის პასუხისმგებელი ინფორმაციის მიწოდებაზე?

11. აღნიშნეთ პროფდაავადებულთა რაოდენობა
12. აღნიშნება ინტოქსიკაციის შემთხვევები?
 დიახ არა (თუ არა,
 გადადით მე-16 კითხვაზე)
13. ვის მიერ ხდება აღრიცხვა?

14. ვის მიწოდება ეს ინფორმაცია?
15. ვინ არის პასუხისმგებელი ინფორმაციის მიწოდებაზე?
16. წარმოებს დანესებულებაში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე (შშმ) პირთა აღრიცხვა?
 დიახ არა (თუ არა,
 გადადით მე-20 კითხვაზე)
- 16.1. მიუთითეთ სამედიცინო დანესებულებაში შშმ პირთა რაოდენობა:
- 16.2. მათ შორის პროფესიულ შშმ პირთა რაოდენობა :.....
17. ვის მიერ ხდება აღრიცხვა?.....
18. ვის წარედგინება შესაბამისი ინფორმაცია?
19. ვინ არის პასუხისმგებელი ინფორმაციის მიწოდებაზე?
20. წარმოებს საწარმოო ტრავმების (უბედური შემთხვევების) აღრიცხვა დადგენილი ფორმით?
 დიახ არა
21. ვის მიერ ხდება აღრიცხვა?
22. ვის წარედგინება შესაბამისი ინფორმაცია?

23. ვინ არის პასუხისმგებელი ინფორმაციის მიწოდებაზე?

IV. ელექტრო- და სახანძრო უსაფრთხოება

1. ელექტროუსაფრთხოება:

1.1. დაცულია თუ არა ელექტროუსაფრთხოების წესები შენობის გარეთ განთავსებულ ელგაყვანილობასა და ელექტროდანადგარების ნაწილებზე?

დიახ არა

1.2. დაცულია თუ არა ელექტროუსაფრთხოების წესები შენობის შიგნით განთავსებულ ელგაყვანილობასა და ელექტროდანადგარების ნაწილებზე?

დიახ არა

2. სახანძრო უსაფრთხოება:

2.1. დაცულია თუ არა ფეთქებადსაშიში და ადვილად აალებადი მასალის გადატანისა და შენახვის წესი?

დიახ არა

2.2. დაცულია თუ არა სახანძრო უსაფრთხოების წესები იმ სამუშაო ადგილებზე, რომლებიც დაკავშირებულია ღია ცეცხლის გამოყენებასთან და საშემდუღებლო სამუშაოებთან?

დიახ არა

2.3. არსებობს თუ არა ხანძარსაწინააღმდეგო სისტემები და დამცავი მოწყობილობები?

დიახ არა

2.4. არსებობს თუ არა საავარიო გასასვლელები და საევაკუაციო გეგმა?

დიახ არა

2.5. არსებობს თუ არა ხანძრის ჩაქრობის პირველადი საშუალებები?

დიახ არა

2.6. სახეზეა თუ არა სახანძრო უსაფრთხოების სტანდარტული ნიშნები?

დიახ არა

2.7. ტარდება თუ არა ინსტრუქტაჟი სახანძრო უსაფრთხოების ზომების შესახებ?

დიახ არა

V. პროფესიული რისკების მართვა

1. არის თუ არა სამედიცინო დაწესებულებაში შრომის უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი პირი/სამსახური?

დიახ არა

2. ხდება თუ არა დაწესებულებაში დასაქმებულთა სწავლება შრომის უსაფრთხოების დაცვის საკითხების შესახებ?

დიახ არა

3. სარგებლობენ თუ არა დასაქმებულები სამედიცინო დაზღვევის მომსახურებით?

დიახ არა

4. არსებობს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებაში სანარმოდ ტრავმატიზმისა და უბედური შემთხვევის გამო ზიანის ანაზღაურების მექანიზმი?

დიახ არა

5. არსებობს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებაში აპარატურის, აღჭურვილობის, მონაცემებისა და მანქანა-დანადგარების პასპორტები (ნარმოშობის სერტიფიკატები, მწარმოებლის საოპერაციო სახელმძღვანელო)?

დიახ არა

6. არსებობს თუ არა კოლექტიური დაცვის საშუალებები (დამატებითი უსაფრთხოების დამცავი აღჭურვილობები)?

დიახ არა

ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს თანამშრომლების და პაციენტების ჯანმრთელობაზე სამედიცინო დანესებულებაში

***** მავნე სანარმოო ფაქტორები: 1. მიკროკლიმატი (1.1 ჰაერის ტემპერატურა, 1.2. ჰაერის ტენიანობა, 1.3 სითბური გამოსხივება, 1.4. ჰაერის მოძრაობის სიჩქარე), 2. ხმაური, 3. ვიბრაცია, 4. განათება, 5. სანარმოო მტვერი, 6. მავნე ქიმიური ნივთიერებები (ჩამონათვალი), 7. ულტრაიისფერი გამოსხივება, 8. ლაზერული გამოსხივება, 9. ელექტრომაგნიტური გამოსხივება (9.1. სამრეწველო სიხშირის, 9.2. რადიოსიხშირის და სხვ.), 10. ულტრაბგერა, 11. ინფრაბგერა, 12. მაიონებელი გამოსხივება.

**** ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები:**

1. სპეცტანსაცმელი (1.1 მექანიკური ზემოქმედებისაგან, 1.2 მაღალი ტემპერატურისაგან, 1.3 არატოქსიკური მტვრისგან, 1.4 ზოგადი სანარმოო დაბინძურებისგან);
2. სპეცფეხსაცმელი (2.1 მექანიკური დაზიანებისგან, 2.2 ვიბრაციისგან, 2.3 მაღალი ტემპერატურისაგან, 2.4 ელ. დენისგან, 2.5 ზოგადი სანარმოო დაბინძურებისგან);
3. ხელის დაცვის საშუალებები (3.1 მექანიკური დაზიანებისგან, 3.2 ვიბრაციისგან, 3.3 მაღალი ტემპერატურისაგან, 3.4 ელ. დენისგან, 3.5 მტვრისა და არატოქსიკური ნივთიერებებისგან, 3.6 ნავთობპროდუქტებისა და საზეთ-მაცივებელი სითხეებისგან);
4. დერმატოლოგიური საშუალებები (4.1 ჰიდროფობული, 4.2 ჰიდროფილური, 4.3 კანის გამწმენდები);
5. სახისა და თვალის დამცავი საშუალებები (5.1 დამცავი სათვალები, 5.2 დამცავი ფარები: ა) თვალის, ბ) სახის; 5.3 მინები, სინათლის ფილტრები);

6. თავის დამცავი საშუალებები (6.1 ზოგადი დანიშნულების ჩაჩქანი, 6.2 ხმაურისგან დამცავი ჩაჩქანი);
7. სმენის ორგანოების დამცავი საშუალებები (7.1 ყურსაცმები; 7.2 ყურსადებები).

უსაფრთხოების ინჟინრის ფუნქციები და მოვალეობები

1. ჩვეულებრივ პირობებში უსაფრთხოდ მუშაობის, რისკის მართვის, პრევენციული ღონისძიებების და საგანგებო სიტუაციების დროს მოქმედების გეგმების შემუშავება და განხორციელება:
 - ა. რისკების იდენტიფიცირება და კლასიფიცირება.
 - ბ. თანამშრომელთა ინფორმირება სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების და ზიანის შემცირების შესაძლებლობების შესახებ.
 - გ. სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებული რისკების შემცირებისთვის სასწავლო პროგრამის შემუშავება და თანამშრომელთა სწავლების ორგანიზება.
 - დ. ექსტრემალურ პირობებში მოქმედებებთან დაკავშირებით კლინიკის თანამშრომელთა მომზადება/სწავლება;
2. შენობის შიდა და გარე პერიმეტრზე ვიდეოხედამხედველობის სისტემის გამართული ფუნქციონირების უზრუნველყოფა;
3. IT ტექნოლოგიების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. პროგრამული სისტემების და კომპიუტერების დაცვა ვირუსებისაგან, ჰაკერების შეღწევისა და უცხო პირების ხელყოფისაგან;
4. კლინიკის აპარატ-დანადგარების მდგომარეობაზე ზედამხედველობა და კონტროლი. ექსპლუატაციის წესების დაცვა, აპარატურის პერიოდული შემოწმების ორგანიზაცია შესაბამისი ტექნიკური პერსონალის მონაწილეობით და სხვა;
5. სახანძრო უსაფრთხოებაზე ზედამხედველობის განხორციელება, რისთვისაც შესაბამისი სპეციალისტების მონაწილეობით უნდა შეისწავლოს კლინიკაში ყველა შენობა-ნაგებობის

- და დამხმარე სათავსოების ელექტროგაყვანილობა, გაზისა და წყალმომარაგების ნერტილების მდგომარეობა;
6. სახანძრო უსაფრთხოების ან/და საგანგებო სიტუაციების პრევენციისა და მათზე რეაგირების მოთხოვნების შესრულების უზრუნველყოფის მიზნით ორგანიზაციული და ტექნიკური გადანყვეტილებების შემუშავება;
 7. კლინიკაში ხანძრის პროფილაქტიკისა და ჩაქრობის მიზნით სახანძრო უსაფრთხოების უზრუნველყოფის სისტემის სუბიექტების უფლებამოსილებისა და ორგანიზების საფუძვლების შემუშავება;
 8. კლინიკაში სახანძრო უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად საჭირო ინვენტარის მარაგის შექმნა და ხარჯვის კონტროლი;
 9. სამედიცინო პერსონალის ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებების, სპეცალჭურვილობის მარაგების შექმნასა და შენახვის პირობებზე ზედამხედველობა;
 10. კლინიკის პაციენტების და თანამშრომლების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად სამუშაო გეგმის პერიოდულად გადახედვა და განახლება.

ბიბლიოგრაფია

1. Nicholas, David D., Heiby, James R., and Hatzell, Theresa A., "The Quality Assurance Project: Introducing Quality Improvement to Primary Health Care in Less Developed Countries, "Quality Assurance in Health Care, 3:3, Great Britain, 1991, pp.147-165.
2. Donabedian, Avedis, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980, pp.5-6.
3. Roemer, M.I., and Montoya-Aguilar, C., "Quality Assessment and Assurance in Primary HealthCare, "WHO Offset Publication No., 105, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1988.
4. Ruelas, Enrique and Frenk, Julio, "Framework for the Analysis of Quality in Transition: The Case of Mexico, "Australian Clinical Review, 9, 1989, pp.9-16.
5. R. Heather Palmer, Ambulatory Health Care Evaluation Principles and Practice, Chicago: American Hospital Association, 1983, p.139.
6. Berwick, Donald, Improving Health Care Quality, Boston: Institute for Healthcare Improvement, 1991, p.II-3.
7. Field, Marilyn J., and Lohr, Kathleen N. (editors), Clinical Practice Guidelines-Directions for a New Program, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1990, p.8.
The comparative analyses summarize the work of PRICORII:
8. Burns Jaeger, Janice, Franco, Lynne Miller, and Newman, Jeanne S., "Oral Rehydration Therapy in Diarrheal Disease Control: A Review of Experience in Eight Countries, "September 1990.
9. Di Prete, Lori, "Acute Lower Respiratory Infection: A Review of Experience in Four Countries, "September 1991.

10. Franco, LynneMiller, "Malaria Treatment: A Review of Experience in Four Countries," June 1991.
11. Sonnemann, James C., McMeekin, Elizabeth, Bossert, Thomas, "Expanded Program on Immunization: A Review of Experience in Nine Countries," September 1991.
12. Stinson, Wayne and Sayer, Patricia, "Growth Monitoring and Promotion: A Review of Experience in Seven Countries," August 1991.

These reports are available from Center for Human Services, 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814, USA.

13. ლორიდი პრეტებრაუნი, ლინმილერ ფრანკო, ნადვარაფე, ტერეზა შატცელი, „ჯანდაცვის ხარისხის უზრუნველყოფა განვითარებად ქვეყნებში“ ხარისხის უზრუნველყოფის პროექტი. ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტი. 7200 ვისკონსინის გამზ., ოფისი 600. ბეთესდა, მერილენდი 20814 აშშ. 301/654-8338, ფაქსი 301/654-5976
14. Comparative analysis of quality assurance in health care delivery and higher medical education.
Published online 2012 Dec 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3650879/>
15. Tirupathi R. Chandrupatla "Quality and Reliability in Engineering" Cambridge University Press. 2009
https://assets.cambridge.org/9780521515221/excerpt/9780521515221_excerpt.pdf
16. გზამკვლევი „სტანდარტიზაცია, მეტროლოგია, აკრედიტაცია, შესაბამისობის შეფასება“. საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო. საქართველოს სტანდარტებისა და მეტროლოგიის ეროვნული სააგენტო. საქართველოს აკრედიტაციის ეროვნული ორგანო, აკრედიტაციის ცენტრი. თბილისი, 2012
http://www.economy.ge/uploads/gzamkvlevi/Georgian_National_Quality_Infrastructure_-_Guide-ge.pdf

17. პროდუქტის უსაფრთხოებისა და თავისუფალი მიმოქცევის კოდექსი
<http://www.forms.ge/produktis-usaprtkhoebisa-da-tavisupali-mimoktsevis-kodeksi/mukhli-065->
18. „ტექნიკური რეგლამენტი – ბიოლოგიურ აგენტებზე მუშაობის სანიტარული ნორმების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N82, 19.02.2016
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3198620>
19. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N385, 2010 წლის 17 დეკემბერი
20. სამოქალაქო განათლების ლექსიკონი
<http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=6&t=16607>
21. Alex Mold, PhD “Patients’ Rights and the National Health Service in Britain, 1960s–1980s”
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477976/>
22. WHO Quality and accreditation in health care services: A Global Review. 2003
http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf
23. Nancy M.P. King, Ronald P. Strauss, Larry R. Churchill, Sue E. Estroff, and Gail E. Henderson “The Social Medicine Reader, Second Edition: Volume One: Patients, Doctors, and Illness”. Duke University Press, 2005. 294 pp. ISBN 978-0822335689
24. Alex Mold “Making The Patient-Consumer. Patient Organisations and Health consumerism in Britain. Manchester University Press, 2015
 ISBN 978 0 7190 9531 3
<http://www.worldcat.org/title/making-the-patient-consumer-patient-organisations-and-health-consumerism-in-britain/oclc/942680656?referer=br&ht=edition>
25. Abraham Flexner.
<https://www.britannica.com/biography/Abraham-Flexner>
26. Ernest Amory Codman
<https://www.britannica.com/biography/Ernest-Amory-Codman>

27. McIntyre N, Popper H. 1983, "The critical attitude in medicine: the need for a new ethics". BMJ; 287:1919-23
28. Matthew O'Donnell "8 vital traits of the ideal physician" Jan 16, 2017
<http://www.healthcareers.com/article/8-vital-traits-of-the-ideal-physician/168217>
29. R. Heather Palmer "Ambulatory health care evaluation: Principles and practice", 139 pages; 1983. Publisher: American Hospital Pub; 1st Edition edition (1983); ISBN-10: 0939450615; ISBN-13: 978-0939450619
30. The Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ)
<https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>
31. Overview of the quality assurance movement in health care
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521691811000539>
32. Christine Farrel "Patient and Public Involvement in Health". The Evidence for Policy Implementation. page 66., 2004
33. William A. Sollecito, Julie K. Johnson McLaughlin and Kaluzny's "Continuous Quality Improvement In Health Care". Jones&Bartlett Learning, 2013
34. Plan-Do-Check-Act (PDCA) Continually Improving, in a Methodical Way
https://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_89.htm
35. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“. კონსოლიდირებული ვერსია (საბოლოო) 2017 წლის 30 დეკემბრის მდგომარეობით
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>
36. საქართველოს კანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“. კონსოლიდირებული ვერსია (საბოლოო) 2017 წლის 30 დეკემბრის მდგომარეობით
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/30316>
37. Overview of the quality assurance movement in health care
Yapijakis C. Hippocrates of Kos, the father of clinical medicine,

- and Asclepiades of Bithynia, the father of molecular medicine. In *Vivo* 2009;23:507–514, in review.
38. G. Guyatt, D. Cook, B. Haynes Evidence based medicine has come a long way
BMJ, 329 (2004), pp. 990-991
 39. L.T. Kohn, J. Corrigan, M.S. Donaldson
To err is human: building a safer health system, xxi, National Academy Press, Washington, D.C.(2000) p. 287
 40. B. Jarman, S. Gault, B. Alves, *et al.* Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data
BMJ, 318 (1999), pp. 1515-1520
 41. S.F. Jencks, T. Cuerdon, D.R. Burwen, *et al.* Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries: a profile at state and national levels
J Am Med Assoc, 284 (2000), pp. 1670-1676
 42. Institute of Medicine (U.S.)
Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, xx, National Academy Press, Washington, D.C. (2001) p. 337
 43. D.M. Berwick A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report
Health Aff (Millwood), 21 (2002), pp. 80-90
 44. R. Amalberti, Y. Auroy, D. Berwick, *et al.* Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med*, 142 (2005), pp. 756-764
 45. F.C. Spencer Human error in hospitals and industrial accidents: current concepts
J Am Coll Surg, 191 (2000), pp. 410-418 ArticlePDF (146KB)
 46. R.H. Brook, E.A. McGlynn, P.G. Shekelle Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care*, 12 (2000), pp. 281-295
 47. A. Chow, E.K. Mayer, A.W. Darzi, *et al.* Patient-reported outcome measures: the importance of patient satisfaction in surgery.

- Surgery, 146 (2009), pp. 435-443
ArticlePDF (204KB)
48. E. Bilawka, B.J. Craig Quality assurance in health care: past, present and future
Int J Dent Hyg, 1 (2003), pp. 159-168
 49. L.L. Leape, D.M. Berwick Five years after To Err Is Human: what have we learned?
J Am Med Assoc, 293 (2005), pp. 2384-2390
 50. J. Reason Human error: models and management
BMJ, 320 (2000), pp. 768-770
 51. P.J. Fabri, J.L. Zayas-Castro Human error, not communication and systems, underlies surgical complications. Surgery, 144 (2008), pp. 557-563. discussion 563-555
 52. P. Hudson Applying the lessons of high risk industries to health care
Qual Saf Health Care, 1 (12) (2003), pp. i7-12
 53. R. Valori, J. Sint Nicolaas, V. de Jonge Quality assurance of endoscopy in colorectal cancer screening. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 24 (2010), pp. 451-464
ArticlePDF (170KB)
 54. R. Hollingworth, C. Dube The Canadian Association of Gastroenterology endoscopy quality initiative: leading the wave. Can J Gastroenterol, 23 (2009), pp. 506-509
 55. F.A. Abdulmalek, J. Rajgopal Analyzing the benefits of lean manufacturing and value stream mapping via simulation: a process sector case study
Int J Production Econ (2007), pp. 223-236.
 56. D.M. Berwick, A.B. Godfrey, J. Roessner Curing health care: new strategies for quality improvement. Jossey-Bass, San Francisco, CA (1990)
 57. M.D. Carrigan, D. Kujawa Six Sigma in health care management and strategy
Health Care Manag, 25 (2006), pp. 133-141

58. M.R. Chassin Is health care ready for Six Sigma quality?
Milbank Q, 76 (1998), pp. 565-591; 510
59. B. Klefsjo, B. Bergquist, R.L. Edgeman Six Sigma and Total Quality Management: different day, same soup? Int J Six Sigma Comp Adv, 2 (2006), pp. 162-178
60. K.M. Henderson, J.R. Evan Six Sigma: benchmarking general Electric company
Benchmarking Int J, 7 (2000), pp. 260-281
61. R.G.L.K. Schroeder, C. Ledtke, A.S. Choo Six Sigma: definition and underlying theory
J Oper Manag, 26 (2008), pp. 536-554;
62. A.R. Benedetto Six Sigma: not for the faint of heart
Radiol Manage, 25 (2003), pp. 40-53
63. J.L. Condel, D.T. Sharbaugh, S.S. Raab Error-free pathology: applying lean production methods to anatomic pathology
Clin Lab Med, 24 (2004), pp. 865-899;
64. A. Donabedian The quality of care. How can it be assessed?
J Am Med Assoc, 260 (1988), pp. 1743-1748
65. S.M. Campbell, M.O. Roland, S.A. Buetow Defining quality of care
Soc Sci Med, 2000 (51) (1982), pp. 1611-1625
66. J. Mant Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care
Int J Qual Health Care, 13 (2001), pp. 475-480
67. H.T. Davies, I.K. Crombie Assessing the quality of care
BMJ, 311 (1995), p. 766
68. M.M. Yassin The theory and practise of benchmarking: then and now
Benchmarking Int J, 9 (2002), pp. 217-243
69. J. Walsh The pursuit of a benchmark: how Nissan/Infiniti developed its service standard. Multinational Business, 4 (1992), pp. 19-26
70. R.C. Camp Benchmarking: the search for industry best practises that lead to superior performance. Taylor and Francis (2006)

71. M. Hinton, G. Francis, J. Holloway Best practise benchmarking in the UK
Benchmarking Int J, 7 (2000), pp. 52-61
72. M. Spendolini The benchmarking book, xiv, Amacom, New York (1992)
p. 209
73. D.F. de Korne, K.J. Sol, J.D. van Wijngaarden, *et al.* Evaluation of an international benchmarking initiative in nine eye hospitals.
Health Care Manage Rev, 35 (2010), pp. 23-35
74. F. Davidoff, P. Batalden Toward stronger evidence on quality improvement. Draft publication guidelines: the beginning of a consensus project
Qual Saf Health Care, 14 (2005), pp. 319-325
75. R. Westrum A typology of organisational cultures
Qual Saf Health Care, 13 (Suppl. 2) (2004), pp. ii22-27
76. D.M. Berwick Disseminating innovations in health care
J Am Med Assoc, 289 (2003), pp. 1969-1975
77. H.L. Frankel, M.K. FitzPatrick, S. Gaskell, *et al.* Strategies to improve compliance with evidence-based clinical management guidelines. J Am Coll Surg, 189 (1999), pp. 533-538
78. P.A. Mysliwiec, M.L. Brown, C.N. Klabunde, *et al.* Are physicians doing too much colonoscopy? A national survey of colorectal surveillance after polypectomy
Ann Intern Med, 141 (2004), pp. 264-271
79. J. Lau, E.M. Antman, J. Jimenez-Silva, *et al.* Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. N Engl J Med, 327 (1992), pp. 248-254
80. E.M. Rogers (4th ed.), Diffusion of innovations, xvii, Free Press, New York (1995)
p. 519
81. J.N. Doucette View from the cockpit: what the airline industry can teach us about patient safety. Nursing, 36 (2006), pp. 50-53

82. R.L. Helmreich, A.C. Merritt, J.A. Wilhelm The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. *Int J Aviat Psychol*, 9 (1999), pp. 19-32
83. E.L. Grogan, R.A. Stiles, D.J. France, *et al.* The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. *J Am Coll Surg*, 199 (2004), pp. 843-848.
84. D.J. France, S. Leming-Lee, T. Jackson, *et al.* An observational analysis of surgical team compliance with perioperative safety practises after crew resource management training *Am J Surg*, 195 (2008), pp. 546-553.
85. C.M. Thomas, E. Bertram, D. Johnson The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educ*, 34 (2009), pp. 176-180
86. M. Donahue, M. Miller, L. Smith, *et al.* A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *Am J Med Qual* (2011)
87. A.S. Brandrud, A. Schreiner, P. Hjortdahl, *et al.* Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members *Qual Saf Health Care*, 20 (2011), pp. 251-259
88. M.L. Duckers, C. Wagner, L. Vos, *et al.* Understanding organisational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative. *Implement Sci*, 6 (2011), p. 18
89. V. de Jonge, E.J. Kuipers, M.E. van Leerdam Opinion of gastroenterologists towards quality assurance in endoscopy. *Dig Liver Dis*, 43 (2011), pp. 215-219
90. T.A. Brennan Physicians' professional responsibility to improve the quality of care *Acad Med*, 77 (2002), pp. 973-980
91. A.M. Audet, M.M. Doty, J. Shamasdin, *et al.* Measure, learn, and improve: physicians' involvement in quality improvement. *Health Aff (Millwood)*, 24 (2005), pp. 843-853

92. S.N. Roscoe Incremental transfer effectiveness
Human Factor. *J Hum Factors Ergon Soc*, 13 (1971), pp. 561-567
93. Rantanen EM, Talleur DA. Incremental transfer and cost effectiveness of ground-based flight trainers in university aviation programs. *Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting Proceedings 2005*; Education:764–768.
94. A. Haycock, A.D. Koch, P. Familiari, *et al.* Training and transfer of colonoscopy skills: a multinational, randomized, blinded, controlled trial of simulator versus bedside training
Gastrointest Endosc, 71 (2010), pp. 298-307.
95. K.S. Gurusamy, R. Aggarwal, L. Palanivelu, *et al.* Virtual reality training for surgical trainees in laparoscopic surgery. *Cochrane Database Syst Rev* (2009)CD006575
96. E.N. de Vries, H.A. Prins, R.M. Crolla, *et al.* Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*, 363 (2010), pp. 1928-1937
97. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care
98. Beach, M. C., Cooper, L. A., Robinson, K. A., Price, E. G., Gary, T. L., Jenckes, M. W., Powe, N.R. (2004). Strategies for improving minority healthcare quality. (AHRQ Publication No. 04-E008-02). Retrieved from the Agency of Healthcare Research and Quality website: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/minqual/minqual.pdf>
99. Goode, T. D., Dunne, M. C., & Bronheim, S. M. (2006). The evidence base for cultural and linguistic competency in health care. (Commonwealth Fund Publication No. 962). Retrieved from The Commonwealth Fund website: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Goode_evidencebasecultlinguisticcomp_962.pdf
100. LaVeist, T. A., Gaskin, D. J., & Richard, P. (2009). The economic burden of health inequalities in the United States. Retrieved from the Joint Center for Political and Economic Studies website: <http://www.jointcenter.org/sites/default/files/upload/research/files/>

- The%20Economic%20Burden%20of%20Health%20Inequalities%20in%20the%20United%20States.pdf
101. National Partnership for Action to End Health Disparities. (2011). National stakeholder strategy for achieving health equity. Retrieved from U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health website: <http://www.minorityhealth.hhs.gov/npa/templates/content.aspx?lvi=1&lvid=33&ID=286>
 102. U.S. Department of Health and Human Services. (2011). HHS action plan to reduce racial and ethnic health disparities: A nation free of disparities in health and health care. Retrieved from http://minorityhealth.hhs.gov/npa/files/Plans/HHS/HHS_Plan_complete.pdf
 103. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). Healthy people 2020: Social determinants of health. Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=39>
 104. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health (2011). National Partnership for Action to End Health Disparities. Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/npa>
 - World Health Organization. (2012). Social determinants of health. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/en/
 105. ლაბორატორიული ბიოუსაფრთხოების სახელმძღვანელო. საქართველოს ბიოუსაფრთხოების ასოციაცია, 2014
 106. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია 2004 Laboratory Biosafety Manual
 107. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდ-ლანი). „ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში“, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის # 148/ო ბრძანება.

108. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება #01-38/ნ, 7 სექტემბერი, 2015 წელი. „ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციის და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ“
109. კომპანია BOD-ის მიერ მოწოდებული ხსნარების: _ Korsolex Basic; Bododex Forte; Microbac Forte; Sterillium (ready-to-use solution); baktolin (ready-to-use solution); Bacillol AF (ready-to-use solution) მომზადების და გამოყენების ინსტრუქცია
110. საქართველოს კანონი უსაფრთხოების შესახებ
111. „სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის შეფასების კითხვარის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-9/ო, 2016 წლის 18 იანვარი
112. ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის N 148/ო ბრძანებით)
113. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-38/ნ, 2015 წლის 7 სექტემბერი, ქ. თბილისი, ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ
<http://rama.moh.gov.ge/res/docs/38brz.pdf>
114. ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და სამართლებრივი ანალიზი. სამედიცინო მოწყობილობების უსაფრთხოება
<http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-01000-00---off-0samartal--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--11-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL4-.1&d=HASH4e35112dccb841ea499b55.4.5.1>

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებების განმარტებები:

- PRICOR – Primary Health Care Operations Research
- CCCD – Combatting Communicable Childhood Diseases
- QA – Quality Assurance
- CQI – Continuous Quality Improvement
- LDC – less developed countries
- WHO – World Health Organization
- TQM – Total Quality Management
- 5W: – What – რა, Why – რატომ, Where – სად,
When – როდის, Who – ვინ.
- 2H: – How – როგორ, How much – რამდენი.



ნატა ყაზახაშვილი, MD PHD

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი.

ნატა ყაზახაშვილი 1973-1979 წ. სწავლობდა თსსუ-ში. მისი დამთავრების შემდეგ, 1980-86 წლებში ეწეოდა პრაქტიკულ საქმიანობას. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულებით და ჯანდაცვის ორგანიზაციაში მუშაობა დაიწყო 1986 წელს, თბილისის ჯანდაცვის საქალაქო სამსახურიდან.

1993-2007 წწ. ნ. ყაზახაშვილი მუშაობდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში სხვადასხვა ხელმძღვანელ თანამდებობაზე, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა საკითხების დეპარტამენტის უფროსად, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის დეპარტამენტის უფროსად, საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის გენერალური დირექტორის მოადგილედ სამედიცინო დაზღვევის საკითხებში; 1994 წლიდან თანამშრომლობს და მონაწილეობს საქართველოში საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ განხორციელებულ მასშტაბურ პარტნიორულ პროგრამებში; აქტიურად იყო ჩართული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებზე უცხოეთის ქვეყნებში გამართულ საერთაშორისო კონფერენციებისა და თათბირ-სემინარების მუშაობაში. მათ შორის უმნიშვნელოვანესია: პაციენტის უფლებების შესახებ ევროპის დეკლარაციის მომზადება (1994 წ. მარტი, ამსტერდამი, ნიდერლანდები), სასწავლო კურსი მენეჯმენტში (1994 წ. აგვისტო-ოქტომბერი, ატლანტა, აშშ); დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესების სტრატეგიების დანერგვა განვითარებად

ქვეყნებში (1997 წ., ჯანმოს ევროპის რეგიონული ბიურო, კოპენჰაგენი, დანია), მსოფლიო ბანკისა და საქართველოს პირველი პროექტის განხორციელება ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შესახებ (1995-1999 წწ.); პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის პროექტის განხორციელებაში მონაწილეობა WB/EU/DFID/OPM-თან ერთად (1998-2002 წწ.). 2004-2008 წლებში ნატა ყაზახაშვილი ოქსფორდის პოლიტიკის ჯგუფთან ერთად (OPM) მონაწილეობდა პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერთა სასწავლო პროგრამის მომზადებაში, როგორც სასწავლო გუნდის წევრი და ლექტორი; 2004 წლიდან არის თსუ ასოცირებული პროფესორი, ხოლო 2018 წლიდან – პროფესორი; ბოლო 15 წელია ხელმძღვანელობს „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა“ პროგრამის მიხედვით ბაკალავრიატის სტუდენტების, მაგისტრანტების და დოქტორანტების სასწავლო კურსებს; 2006 წლიდან საქართველოს უნივერსიტეტში ხელმძღვანელობს მაგისტრანტთა სასწავლო კურსებს: „ბიოეთიკა და სამედიცინო სამართალი“, „სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა და გაუმჯობესება“; მონაწილეობს სუ/სკრენტონის უნივერსიტეტის პარტნიორული პროგრამის განხორციელებაში. 2012-2018 წლებში ნატა ყაზახაშვილი მონაწილეობდა როგორც საერთაშორისო ექსპერტი საერთაშორისო პროექტში “The World Justice Project” (WJP). იგი 2010 წლიდან მონაწილეობდა TEMPUS-ის პროექტში: „სამაგისტრო პროგრამები საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და სოციალურ მომსახურებაში“ 511303-TEMPUS-1-2010-1-UK-TEMPUS-JPCR. პროექტის ხანგრძლივობა 2010-2013; 2011 წელს მონაწილეობდა USAID/G-PAC/TSU-ის პროექტში „ჯანმრთელობის პოლიტიკის სწავლებისთვის საგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავება და დაწერვა ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში“. პროექტის ხანგრძლივობა მაისი-დეკემბერი, 2011; 2010-2014 წლებში მონაწილეობდა ტემპუსის პროექტში 516664-TEMPUS-1-2011-1-UK-TEMPUS-JPC “Modernizing Undergraduate Medical Education in EU Eastern Neighboring Area”; 2016 წლიდან მონაწილეობს საქართველო-ნორვეგიის ერთობლივ პროექტში GeNoC-PH CPEA 2015-10057 SIU, Norway (პროექტის მიზანი: საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში განათლებისა და კვლევების ჰარმონიზაცია საერთაშორისო სტანდარტებთან,

ნორვეგიული გამოცდილების საფუძველზე (პროექტის ხანგრძლივობა 01.03 2016-31.12.2019); 2018 წლიდან ჩართულია პროექტში Erasmus+ CBHE project 597977-EPP-1-2018-1-AM-EPPKA2-CBHE-JP Doctoral Programmes in Public Health and Social Science (Goal of the project to harmonized education and research in Public Health and Social Sciences with International standards based on European Universities experience). პროექტის ხანგრძლივობა 15 ნოემბ. 2018 – 14 ნოემბ. 2021.

ნ. ყაზახაშვილი არის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიმართულების უმაღლესი განათლების დარგობრივი საბჭოს წევრი, თსუ მედიცინის ფაკულტეტის აკადემიური საბჭოს წევრი, საქართველოს სამედიცინო-სოციალურ მეცნიერებათა აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი, საქართველოს პერინატოლოგთა და ნეონატოლოგთა პროფესიული ასოციაციის წევრი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი, პედიატრთა საზოგადოების წევრი.

იგი არის 52 სამეცნიერო ნაშრომის ავტორი, მრავალი სახელმძღვანელოს და მეთოდური რეკომენდაციის თანაავტორი, რეცენზენტი, კონსულტანტი. ევროპის რეგიონში პოლიომიელიტის ერადიკაციის საქმეში შეტანილი წვლილისთვის დაჯილდოებულია ჯანმოს სპეციალური ოქროს მედლითა და სერტიფიკატით.

ნატა ყაზახაშვილი 2008 წლიდან ჩაჩაყას კლინიკაში მუშაობს და 2016 წლიდან ასრულებს გენერალური დირექტორის მოვალეობას; ასევე აგრძელებს პედაგოგიურ მოღვაწეობას ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში.

გამომცემლობის რედაქტორი	მარინე ვარამაშვილი
გარეკანის დიზაინი	მარიამ ებრალიძე
წიგნის დაკაბადონება და დიზაინი	ნინო ვაჩეიშვილი

0179, თბილისი, ი. ჭავჭავაძის გამზირი 14
14, Ilia Tchavtchavadze Ave., Tbilisi 0179
Tel 995(32) 2 25 14 32
www.press.tsu.ge

