



საქართველოს ბიოეთიკის და
ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი
საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება

რეკომენდაციები

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების შესახებ

ავტორები

გივი ჯავაშვილი, გურამ კიკნაძე, ია შეყრილაძე, თამარ კურტანიძე

რეკომენდაციები მომზადებულია პროექტის „შეზღუდული
შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო და სოციალურ სერვისებზე
ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“ ფარგლებში

პროექტის განმახორციელებლები:

- ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში
- საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია
- საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება
- საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაცია

დონორი: ჩეხეთის განვითარების სააგენტო

თბილისი, 2017 წელი

შინაარსი:

შესავალი	3
პრობლემის არსი:	5
ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის - პრივილეგია თუ უფლება? საერთაშორისო სტანდარტები.....	5
ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის საქართველოში: არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა	6
პირველადი ჯანდაცვის როლი.....	9
პირველადი ჯანდაცვის როლი შშმპ-ების სამედიცინო მომსახურებაში	10
სოციალური მუშაობა პირველად ჯანდაცვაში.....	12
საერთაშორისო გამოცდილება.....	12
საქართველოში არსებული მდგომარეობა: რეალობა და შესაძლებლობები	15
პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის პროფესიული კომპეტენცია.....	16
ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენცია და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურება	17
ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბება-განვითარების გზა	19
დიპლომამდელი განათლება და შშმ პირთა ჯანმრთელობა	21
დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადება და შშმ პირთა ჯანმრთელობა	24
უწყვეტი პროფესიული განვითარება და შშმ პირთა ჯანმრთელობა	25
სამედიცინო დაწესებულებებში გარემოს ადაპტირება.....	27
ფიზიკური გარემო	28
მართვა, სამუშაო პროცესი	30
გარემოს ადაპტირების პროცესის დაწყების და დაჩქარების მექანიზმები	30
ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	32
ცხელი ხაზის გამოცდილება	32
პჯდ პერსონალის ჩართვა	33
რეკომენდაციები.....	34

შესავალი

ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასმა 2015-2017 წლებში პარტნიორ ორგანიზაციებთან ერთად - საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაცია - განახორციელა პროექტი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო და სოციალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“. პროექტის მიზანი იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) პირთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ჯანდაცვის და სოციალურ სფეროში მათი უფლებების რეალიზებისათვის ხელშეწყობით.

პროექტის მიზანი იყო შშმ პირთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება სამედიცინო და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. მიზნის მისაღწევად განხორციელდა სხვადასხვა საქმიანობები. კერძოდ: პროექტის ფარგლებში ფუნქციონირებდა ცხელი ხაზი შშმ პირებისთვის ინფორმაციის მიწოდებისა და კონსულტაციის გაწევისათვის ჯანდაცვის სფეროში მათი უფლებებისა და არსებული ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების შესახებ. საჭიროების შემთხვევაში პრობლემის მოგვარებაში სოციალური მუშაკი ერთვებოდა.

პროექტი ასევე მოიაზრებდა სამედიცინო და სოციალური სფეროს სპეციალისტთა კომპეტენციის გაფართოებას შშმ პირებთან დაკავშირებულ საკითხებში. კერძოდ, პროექტის ერთ-ერთი მიმართულება იყო პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრთა ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და დამოკიდებულების/ღირებულებების შეცვლა-ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობა ისე, რომ ისინი სათანადო ყურადღებას უთმობდნენ შშმ პირთა საჭიროებებს და შეეძლოთ მათთან ადეკვატური კომუნიკაცია, მათთვის საჭირო სამედიცინო სერვისების მიწოდება და, საჭიროებისას, დამატებითი რესურსების მოძიება და შშმ პირთათვის სერვისების მიწოდებაში ჩართული პირების საქმიანობის კოორდინაცია.

გარდა ზემოხსენებულისა, პროექტის ფარგლებში მომზადდა სახელმძღვანელოები სოციალური და ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებისთვის და რეკომენდაციები საუნივერსიტეტო სასწავლო პროგრამების განახლების შესახებ და ამ პროგრამებში შშმ პირთა პრობლემებთან დაკავშირებული საკითხების ასახვის თაობაზე.

აღნიშნული პროექტი მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია ჯანდაცვის სფეროში შშმ პირთა უფლებების შესწავლის, ჯანდაცვისა და სოციალური ინტერსექტორული მუშაობის პრეცედენტის შექმნისა და ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის ხელშეწყობის თვალსაზრისით.

წინამდებარე დოკუმენტში ასახულია რეკომენდაციები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების შესახებ. რეკომენდაციები შემუშავებულია პროექტის ფარგლებში სამწლიანი მუშაობის გამოცდილების საფუძველზე და მოიცავს შემდეგ საკვანძო საკითხებს:

- გარემოს და სამუშაო პროცესების ადაპტაციის აუცილებლობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში შშმ პირთათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების გასაწევად;
- ჯანდაცვის მუშაკთა პროფესიული კომპეტენციის საკითხები, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია შშმ პირთათვის მათი საჭიროების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების გასაწევად;
- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების მოტივირების აუცილებლობის შესახებ, რათა მათ შეძლონ შშმ პირებისათვის ადეკვატური მომსახურების გაწევა;
- რეკომენდაციები შშმ პირთათვის მათთვის აუცილებელი ინფორმაციისა და კონსულტაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შესახებ, რაც მოიცავს ცხელი ხაზის ფუნქციონირებას (პროექტის ფარგლებში ცხელი ხაზის მუშაობის ანალიზის ჩათვლით);
- სოციალური მუშაობის როლი შშმ პირთათვის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაში; რეკომენდაციები სოციალური მუშაობის დანერგვისა და განვითარების შესახებ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სფეროში, მათ შორის, სოციალური მუშაკის პირველადი ჯანდაცვის გუნდში ჩართვის თაობაზე; სოციალურ მუშაკთა სპეციფიკური კომპეტენციების ჩამოყალიბების საჭიროება მათი ჯანდაცვის სფეროში მუშაობისათვის მოსამზადებლად.

პრობლემის არსი:

ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის - პრივილეგია თუ უფლება?

საერთაშორისო სტანდარტები

ალბათ, არ იქნებოდა გადაჭარბებული იმის თქმა, რომ პასუხი ზემოთ მოცემულ შეკითხვაზე შეიძლება ვაქციოთ ინდიკატორად იმისა, თუ რამდენად განვითარებულია კონკრეტული საზოგადოება, სისტემა თუ ქვეყანა. იქ, სადაც შშმ პირთათვის ხელმისაწვდომობა უფლებას, განვითარებულ და გამართულ სისტემასთან გვაქვს საქმე, ხოლო სადაც პრივილეგიაა, ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი იმისათვის, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირმა საზოგადოების სრულუფლებიან წევრად იგრძნოს თავი. თუმცა, ალბათ, უმეტესობა იმ ქვეყნებისა, რომლებიც მიერთებული არიან გაეროს 2006 წლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ კონვენციას, ამ ორ პოლუსს შორის განთავსდება.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაერთიანებული ერების 2006 წლის კონვენციის პირველი მუხლის თანახმად: „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიეკუთვნებიან პირები ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევებით, რომელთა ურთიერთქმედებამ სხვადასხვა დაბრკოლებებთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ პირობებში“.¹

ამრიგად, პირველი მუხლიდანვე კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო მოდელს ცვლის სოციალური მოდელით და შეზღუდული შესაძლებლობის მიზეზად არა ჯანმრთელობის პრობლემის არსებობას თვლის, არამედ არაადეკვატური გარემოთი განპირობებულ დაბრკოლებებს. ამასთან, კონვენცია ცვლის დამოკიდებულებას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისადმი და მათ განიხილავს არა როგორც ქველმოქმედების, ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების ობიექტებად, არამედ როგორც თანაბარი უფლებებისა და ღირსების მქონე სუბიექტებად, რომელთაც შეუძლიათ საკუთარი კანონიერი უფლებების დაცვის მოთხოვნა და საკუთარი ცხოვრების ყველა ასპექტის განკარგვა და შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღება.

¹ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, ვებ-გვერდი, 02/05/2014; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289>

კონვენციის მიზანია უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარ უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა რეალიზება, მათი ღირსების პატივისცემა. საქართველომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციას 2009 წელს მოაწერა ხელი, ხოლო პარლამენტის მიერ იგი რატიფიცირებული იყო 2013 წლის დეკემბერში, ძალაში შევიდა 2014 წლის 12 აპრილიდან. კონვენციის რატიფიცირებით სახელმწიფო გამოხატავს თანხმობას და მზაობას შეასრულოს კონვენციის პირობები.

კონვენციის თანახმად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს სხვა პირთა თანაბრად აქვთ ყველა ძირითადი უფლება და თავისუფლება, რომელთა შორისაა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფა და მისაწვდომობა. კონვენციის ზოგიერთი მუხლი კონკრეტულად ეხება ჯანდაცვის მომსახურებებს. კერძოდ, კონვენციის 25-ე მუხლის თანახმად, მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებას, ისარგებლონ ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტებით, შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე აღმოცენებული ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე და იღებენ ყველა შესაბამის ზომას, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის.

აღნიშნული მუხლი მოიაზრებს ადეკვატური ხარისხის უფასო ან შეღავათიანი ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობას, მომსახურების ორგანიზებას საცხოვრებელ თემთან ახლოს, და ჯანდაცვის პროფესიონალების ვალდებულებას, თანაბარი ხარისხის მომსახურება გაუწიონ შშმ პირებს ეთიკური სტანდარტების დაცვით. ამასთან, შშმ პირთა უფლება ჯანმრთელობაზე ასევე მოიცავს პრევენციის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის კომბინირებულ ელემენტებს².

კონვენცია, როგორც საქართველოს მიერ ხელმოწერილი და რატიფიცირებული საერთაშორისო ხელშეკრულება, იერარქიით ჩვენი ქვეყნის კონსტიტუციის, კონსტიტუციური კანონისა და კონსტიტუციური შეთანხმების შემდეგ სხვა კანონებზე უფრო მაღლა დგას და სამართლებრივი ნორმათა კოლიზიის შემთხვევაში უპირატესობა კონვენციით დადგენილ ნორმებს ენიჭება.

ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის საქართველოში: არსებული მდგომარეობის მიმოხილვა

²გაეროს ეკონომიკურ, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის ზოგადი კომენტარი N6 ხანდაზმულთა უფლებების შესახებ, E/1996/22 at 20 (1996), პარაგრაფები 34–35

საინტერესოა, სად განთავსდებოდა საქართველო უფლება-პრივილეგიის ზემოხსენებულ კონტინუუმზე? სავარაუდოდ სადღაც შუაში უფლებათა პოლუსისკენ მოძრაობის ტრაექტორიითა და პერსპექტივით.

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, სახელმწიფო უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ დაცვას და უქმნის მათ საჭირო პირობებს ინდივიდუალური განვითარების, შემოქმედებითი და საწარმოო შესაძლებლობების რეალიზაციისათვის (მუხლი 3, პუნქტი 1). ასევე, სახელმწიფოს მიერ უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო, პროფესიული და სოციალური რეაბილიტაცია (მუხლები 13–16).³ შშმ პირების სოციალური დახმარება ითვალისწინებს ფინანსურ (პენსია, სხვა სახის ფულადი დახმარება) და ტექნიკურ (სავარძელ-ეტლები, საპროთეზო-ორთოპედიული ნაკეთობები და სხვა სახის დამხმარე საშუალებები) უზრუნველყოფას.

კანონით ასევე გათვალისწინებულია მრავალი ღონისძიება, რომელიც ირიბად შშმ პირთა ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის მიღწევას ემსახურება, მაგ., სოციალური ინფრასტრუქტურის, მათ შორის შენობა-ნაგებობების, მისადაგება შშმ პირთა საჭიროებებთან, შშმ პირთა განათლების, პროფესიული აღზრდის და დასაქმების საკითხების მოგვარება, შშმ პირთათვის სპორტის შესაფერის სახეობებში მონაწილეობის უზრუნველყოფა და სხვ.

სოციალური პაკეტის - პენსიის დანიშვნა რეგულირდება კანონით „სოციალური დახმარების შესახებ“.

შშმ პირთა სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით 2012 წლიდან ქვეყანაში ამოქმედდა სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა, რომელიც სხვა კატეგორიის პირებთან ერთად ითვალისწინებდა შშმ ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევას, ხოლო 2013 წლიდან კი ძალაში შევიდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც წარმოებს შშმ პირებისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება⁴.

მიუხედავად სახელმწიფოსადმი წაყენებული ზემოხსენებული მრავალფეროვანი მოთხოვნებისა, რომელთა მიზანია შშმ პირთა სოციალური, აგრეთვე, ჯანმრთელობის

³<http://www.ombudsman.ge/ge/specializirebuli-centrebi/shshm-pirebis-uflebata-dacvis-departamenti/informacia-shshm-pirtatvis>

⁴<http://www.ombudsman.ge/ge/specializirebuli-centrebi/shshm-pirebis-uflebata-dacvis-departamenti/informacia-shshm-pirtatvis>

დაცვისათვის მყარი გარანტიების შექმნა, ამ მოთხოვნების რეალიზება ნელი ტემპით და შეზღუდული მოცულობით ხდება. აღნიშნულზე მიუთითებს შშმ პირთა დღევანდელი მდგომარეობა - მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობისა და სოციალური და ჯანდაცვის სერვისების შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის მდგომარეობა სასურველისაგან ძალიან შორის არის.

დღესდღეობით საქართველოში შშმ პირებისთვის, მათთვის დაუძლეველი ტერიტორიული, ფიზიკური თუ ფინანსური სირთულეების გამო, არ არის ხელმისაწვდომი ქვეყანაში არსებული სამედიცინო და/ან სოციალური სერვისები. შშმ პირთა უფლებრივი მდგომარეობის შესახებ საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, სახელმწიფოში სრულყოფილად არ არის დაცული ბენეფიციართა ჯანმრთელობის უფლების უმაღლესი სტანდარტები, არ ტარდება გეგმიური სამედიცინო კვლევები, რიგ შემთხვევებში არასაკმარისია სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა⁵. თუ გავითვალისწინებთ, რომ სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით ხარვეზები შეინიშნება სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებშიც, სადაც მონიტორინგი რეგულარულად წარმოებს, სავარაუდოდ, შშმ პირები, რომლებიც თემში ცხოვრობენ, მაგრამ არ ჰყავთ თანადგომის ქსელი და რომელთა უფლებრივი მდგომარეობის მონიტორინგი ნაკლებად წარმოებს, ამ თვალსაზრისით კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში არიან.

აღნიშნულს ადასტურებს ჩვენი პროექტის ფარგლებში შეძენილი გამოცდილებაც; მხედველობაში გვაქვს ცხელი ხაზით მიღებული მომართვები, შეხვედრები პირველადი ჯანდაცვის პერსონალთან, მუშაობა უშუალოდ შშმ პირებთან.

მნიშვნელოვანი იყო ცხელი ხაზის საშუალებით შემოსული მომართვების ანალიზი, რომლის საფუძველზე შეიძლება შემდეგი დასკვნების გამოტანა:

- შშმ პირები ვერ იღებენ მათთვის საჭირო ჯანდაცვის სერვისებს; ძირითადად, ეს ეხება ფიზიკური შეზღუდულობის მქონე პირებს, რადგან მათი პრობლემები აშკარაა და გაცილებით ხშირად მომართავდნენ ცხელ ხაზს; პრობლემის არსი ასეთია: ფიზიკური გადაადგილების შეზღუდვის გამო მოქალაქეებს ჭირდებათ დამატებითი ხარჯები იმისათვის, რომ მივიდნენ სამედიცინო დაწესებულებაში (ტრანსპორტირება, დამხმარე პირები) ან მიიღონ სერვისი ბინაზე (ასეთი სერვისები არ ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ);

⁵შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებრივი მდგომარეობა სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში, საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში, 2016

- ინფორმაციის, ახსნა-განმარტებებისა და მხარდაჭერის ნაკლებობა შშმ პირის სტატუსის მიღების მსურველთათვის;
- შშმ პირთა ფინანსური სოციალური დახმარების სიმცირე. ხშირად შშმ პირები აღარ ზრუნავენ სტატუსის მიღებაზე რადგან ასაკობრივი პენსიის (პენსია ასაკის გამო) ოდენობა მეტია ან ტოლია შშმ პირთა პენსიისა (პენსია შეზღუდული შესაძლებლობის გამო);
- შშმ პირთათვის არ არის ხელმისაწვდომი მედიკამენტები;
- შშმ პირთათვის მკაფიო, გასაგები და ხელმისაწვდომი არ არის მათი უფლებების დაცვის მექანიზმები.

პროექტის ცხელი ხაზის სოციალური მუშაკი, ინფორმაციის მიწოდებისა და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გარდა, ასრულებდა რესურსების გამონახვისა და შუამავლის ფუნქციებს, უკავშირდებოდა რა ადგილობრივ ხელისუფლებას თუ ფარმაცევტულ კომპანიებს და ცდილობდა ბენეფიციართა საჭიროებებზე მათი დახმარებით რეაგირებას.

პროექტის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ დღესდღეობით საქართველოში შშმ პირებს ცალსახად ესაჭიროებათ დახმარება სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების მიღებაში. სოციალური მუშაკი, როგორც დამხმარე რგოლი სისტემაში გასარკვევად და ბარიერების დასაძლევად, უადვილებს ადამიანს საჭირო მომსახურების მიღებას.

დაბრკოლებების მიზეზები მრავალგვარია, დაკავშირებულია ინფორმაციის დეფიციტთან, საყოველთაოდ დამკვიდრებულ დამოკიდებულებასთან და ინერტულობასთან, აგრეთვე კანონმდებლობის აღსრულების ადეკვატური მექანიზმების ნაკლებობასთან.

ამრიგად, მნიშვნელოვანია, რომ საკანონმდებლო მოთხოვნებთან ერთად არსებობდეს ამ მოთხოვნების რეალიზაციის (აღსრულების) ეფექტური მექანიზმები, რაც ასევე კანონმდებლობით უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი.

პირველადი ჯანდაცვის როლი

პირველადი ჯანდაცვის როლი შშმპ-ების სამედიცინო მომსახურებაში

პაციენტის უფლებების ევროპულ ქარტიაში (აქტიური მოქალაქეების ქსელი, რომი, 2002 წელი) გაცხადებული ადამიანის უფლებებიდან ერთ-ერთის (პუნქტი 12) მიხედვით „ყველა პირს აქვს უფლება მოითხოვოს მისი პიროვნული საჭიროებების შესაბამისი სადიაგნოზო თუ სამკურნალო მომსახურება“.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომია სიკეთეები, რომლებითაც სხვა მოქალაქეები სარგებლობენ, ანუ შშმ პირები დისკრიმინირებულნი არიან. მოხსენიებულის აღმოსაფხვრელად განვითარებული სამყარო ამ პირებთან მიმართებაში „სოციალურ მოდელს“ იყენებს, რომლის არსი შემდეგია: ზემოთ მოხსენიებული ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მიზეზია არა ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა (დაავადება, დაზიანება და სხვ.), არამედ გარემო, რომელიც არ არის მისადაგებული ამ პირის საჭიროებებთან, შეუძლებელს ხდის მისთვის იმ სიკეთეებით სარგებლობას, რომლებიც სხვებისთვის ხელმისაწვდომია.

შეზღუდული შესაძლებლობის „სოციალური მოდელის“ მიხედვით, შშმ პირების საზოგადოებიდან გარიყულობას არაადეკვატური გარემო უფრო განაპირობებს, ვიდრე ინდივიდის შესაძლებლობების შეზღუდვა.

მაგალითად, თუ ადამიანი ვერ ახერხებს დაწესებულებაში შესვლას გადაადგილების უუნარობის გამო, პრობლემას ის კი არ არის, რომ ამ ადამიანს არ შეუძლია სიარული, არამედ ის, რომ დაწესებულება არ არის სათანადოდ მომზადებული და მასში არსებული გარემო ვერ პასუხობს შშმ პირის საჭიროებებს.

შშმ პირების დიდი ნაწილი ღარიბია. მათი ყოფა, გადაადგილება, საზოგადოებაში ინტეგრაცია მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული ოჯახის წევრებზე, ახლობლებზე, თუ ასეთი გააჩნიათ. მათ შორის მაღალია უმუშევრების რაოდენობა.

ამრიგად შეზღუდული შესაძლებლობები არის საზოგადოების დამოკიდებულების, საზოგადოებრივი ინსტიტუტების და მატერიალური გარემოს იმგვარი ერთობლიობა, რომლის შედეგად სხვადასხვა ფიზიკური, ფსიქოემოციური, გონებრივი თუ სენსომოტორული პრობლემების მქონე ადამიანებს არ გააჩნიათ პიროვნული განვითარებისა და თვითრეალიზაციის თანაბარი შესაძლებლობა.

ანალოგიურ სიძნელეებს აწყდებიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ისინი, მოსახლეობის სხვა ნაწილთან შედარებით, უფრო ხშირად საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებას; ხშირია შესაძლებლობების შეზღუდვასთან დაკავშირებული მეორადი დაავადებები, კომორბიდული

დაავადებები, ასაკთან დაკავშირებული პათოლოგიები და სხვ. მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის სფეროში მათი საჭიროებები გაცილებით ნაკლებად არის დაკმაყოფილებული ფიზიკური, ფინანსური ბარიერების (შემოსავლის ნაკლებობა, არასათანადო დაზღვევა) არსებობის, სამედიცინო დაწესებულებების სტრუქტურისა და აღჭურვილობის, ჯანდაცვის პროფესიონალთა უნარ-ჩვევების არაადეკვატურობის გამო.

ზემოთ ჩამოთვლილი სირთულეები ეხება ნებისმიერი დონის სამედიცინო დაწესებულებას, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს.

ამასთან, ადეკვატური პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა შშმ პირებისათვის გაცილებით მნიშვნელოვანია, რადგან სწორდეს პირველადი ჯანდაცვის სერვისები უზრუნველყოფს დაავადებათა, პრევენციას, მათ დროულ გამოვლენას, ქრონიკული დაავადების მართვას ცალკეული პირის ინდივიდუალური საჭიროებების შესაბამისად მათი ოჯახისა და თემის კონტექსტში.

მოხსენიებული ბარიერების დაძლევა, შშმ პირისთვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდება მისი უფლებებისა და მისთვის საჭირო სერვისების შესახებ, მისი ცნობიერების ამაღლება და დამოუკიდებლობისთვის ხელშეწყობა პირველადი ჯანდაცვის გუნდის რომელიმე წევრმა უნდა იკისროს. სადღეისოდ საქართველოში ეს გუნდი მხოლოდ ექიმითა და ექთნით ან ექიმის ასისტენტით არის წარმოდგენილი.

ყველაზე ეფექტურად ამ ფუნქციას შეასრულებს სოციალური მუშაკი, რომელიც ჯერჯერობით არ არის პჯდ გუნდის შემადგენლობაში და რომლის თაობაზეც ქვემოთ იქნება საუბარი.

სოციალური მუშაობა პირველად ჯანდაცვაში

საერთაშორისო გამოცდილება

სოციალური მუშაობა და პირველადი ჯანდაცვა ეს ის სფეროებია, რომლებიც ადამიანების კეთილდღეობის ხელშეწყობასა და მოსალოდნელი გართულებების პრევენციას ემსახურება. სოციალური მუშაობა, როგორც პროფესია, გულისხმობს ინდივიდების, ჯგუფების თუ საზოგადოების დახმარებას სოციალური ფუნქციონირების უნარის აღდგენასა თუ გაუმჯობესებაში და მათი მიზნების შესატყვისი პირობების შექმნაში. სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება კი თავის თავში მოიცავს პრევენციას, რეაბილიტაციას და რემედიაციას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტების თანახმად, პირველადი ჯანდაცვა არის: “ჯანდაცვის სისტემის მთავარი რგოლი, რომელიც ეფუძნება პრაქტიკულ, გონივრულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიებს, ყველასათვის ხელმისაწვდომია და გულისხმობს ბენეფიციარის სრულ მონაწილეობას; წარმოადგენს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისა და სოციალური და ეკონომიკური განვითარების განუყოფელ ნაწილს, ცენტრალურ ფუნქციასა და მთავარ ფოკუსს”⁶. პირველადი ჯანდაცვის სისტემის საბოლოო მიზანია მოსახლეობის ყველა ფენის ჯანდაცვის მდგომარეობის გაუმჯობესება და დაავადებათა პრევენცია, ასე ვთქვათ, „უკეთესი ჯანდაცვა ყველასათვის!“ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განმარტებით, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ხუთი მთავარი შემადგენელი ელემენტია: (1) უთანასწორობის შემცირება ჯანდაცვაში (უნივერსალური დაფარვა); (2) ჯანდაცვის სერვისების ადამიანთა საჭიროებებსა და მოლოდინებზე მორგება; (3) ჯანდაცვის ყველა სხვა სექტორში ინტეგრირება (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეფორმები); (4) დიალოგი პოლიტიკის დონეზე; (5) დაინტერესებულ პირთა ჩართულობის გაზრდა.

აღსანიშნავია, რომ ხსენებული მიზნები და ელემენტები სრულ ჰარმონიაშია სოციალური მუშაობის მიზნებთან, ამოცანებთან და ღირებულებებთან, რაც კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს ამ ორი სფეროს საერთო ღირებულებებს.

განვითარებულ ქვეყნებში უკეთესი ჯანდაცვის სისტემებით სოციალური მუშაკები ფართოდ არიან დასაქმებულნი ამ სისტემაში. აშშ-ში ჯანდაცვის სპეციალისტთა შორის სოციალური მუშაკები ერთ-ერთ ყველაზე მრავალრიცხოვან ჯგუფს წარმოადგენენ. საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, სოციალური

⁶WHO http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/

მუშაკების როლი ჯანდაცვის სისტემაში ხშირ შემთხვევაში მიზნად ისახავს ჯანდაცვის უთანასწორობის შემცირებას, ინდივიდთა (პაციენტთა) თვითგამორკვევისა და უფლებათა დაცვის ხელშეწყობას, ინდივიდთა უნარ-ჩვევების გაძლიერებას და მრავალმხრივი ბარიერებისა და კრიზისების დაძლევას. ეს სწორედ ის ამოცანებია, რაც, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის თანახმად, პირველადი ჯანდაცვის ელემენტებსაც წარმოადგენს.

ბუნებრივია, სხვადასხვა ქვეყანაში სოციალური მუშაობის პირველად ჯანდაცვაში ინტეგრირების განსხვავებული მოდელები არსებობს. სადემონსტრაციოდ განვიხილავთ კანადის, აშშ-ის და ირლანდიის მაგალითებს.

კანადაში, როგორც წესი, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სოციალური მუშაკი ერთვება, თუ: (1) პაციენტს აქვს პრობლემები ყოველდღიურ პირად, ოჯახურ და სამსახურებრივ ცხოვრებაში; (2) არსებობს ოჯახში უსაფრთხოების დარღვევის და/ან კონფლიქტური სიტუაციის განვითარების შესაძლებლობა; (3) არსებობს საფრთხე, რომ შესაძლოა პაციენტმა და/ან მისმა ოჯახმა ვერ შეძლოს ადაპტირება ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, მათ შორის პალიატიურ ზრუნვასთან; (4) არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი, რომ პაციენტს და/ან მის ოჯახს არ აქვს შესაბამისი მხარდამჭერი რესურსები და/ან უნარები, რომ მოიპოვოს ეს სერვისები; (5) არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი, რომ პაციენტს და/ან მის ოჯახს არ აქვს ზრუნვის უნარები.

აშშ-ში ჯანდაცვის სოციალური მუშაობის ძირითადი მიმართულებებია პრევენცია და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისთვის ხელშეწყობა, მწვავე/გადაუდებელი დახმარებისა და ქრონიკული ზრუნვის უზრუნველყოფა, სარეაბილიტაციო და ხანგრძლივი მოვლის უზრუნველყოფა ⁷. უფრო კონკრეტულად რომ ვთქვათ, სოციალური მუშაკები ეხმარებიან ადამიანებს და მათ ოჯახებს დაავადების თავისებურებების გააზრებაში, დიაგნოზთან დაკავშირებული ემოციების დაძლევაში, მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღებაში, ავადმყოფობასთან დაკავშირებულ სოციალური, ფსიქოლოგიური და ფინანსური პრობლემების გადაწყვეტაში. ამასთან, სტაციონარში ისინი მართავენ შემთხვევას და პაციენტის გაწერას, აწარმოებენ შეფასებას, კონსულტირებას და ზრუნვის კოორდინირებას, აყალიბებენ მხარდამჭერ ჯგუფებს, აწარმოებენ პროგრესის მონიტორინგს, შეფასებას და გადასინჯვას, პაციენტებს ეხმარებიან კრიზისული სიტუაციების დაძლევაში და უწევენ ადვოკატირებას, აგვარებენ

⁷<http://www.rhao.org/Wordpress/wp-content/uploads/2013/09/Fritz-RHC-Social-Work-Practice-in-Primary-Care.pdf>

დაზღვევასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ახდენენ ძალადობის შემთხვევების შეფასებას და მათზე რეაგირებას.⁸

ჯანდაცვის და პირველადი ჯანდაცვის სფეროში სოციალური მუშაკები ირლანდიაში ასევე მრავალგვარ ფუნქციებს ასრულებენ და სერიოზული წვლილი შეაქვთ სისტემის უნარზე, სათანადო და დროული რეაგირება მოახდინოს ინდივიდის საჭიროებებზე. ისინი აწარმოებენ პაციენტთა საჭიროებების ჰოლისტურ შეფასებას, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საკითხებში ადამიანების განათლებას და ტრენინგს, მუშაობენ თემის განვითარებასა და გაძლიერებაზე, მონაწილეობენ შემთხვევის მართვაში, მათ შორის მკურნალობის გეგმის შემუშავებაში ოჯახის წევრებთან და გუნდის სხვა წევრებთან ერთად, ახორციელებენ მედიაციას, ადვოკატურას, პაციენტის გაგზავნაში სხვა შიდა და გარე სერვისებისთვის, შინმოვლის და ოჯახის მხარდამჭერი სერვისების ორგანიზებას, ჯგუფურ და ოჯახურ ფსიქოთერაპიას და კრიზისულ ინტერვენციას.⁹

განხილულ ქვეყნებში სოციალური მუშაკები წარმოადგენენ ჯანდაცვის მრავალდარგობრივი გუნდის განუყოფელ ნაწილს და, მუშაობენ რა ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებთან ერთად, მათ უფრო ინფორმირებულს ხდიან პაციენტს ავადმყოფობის სოციალური და ემოციური ასპექტების მიმართ. გარდა ამისა, ჯანდაცვის ამგვარი სისტემა დროულად ახდენს ყველაზე მოწყვლადი ადამიანების გამოვლენას და საწყისი ეტაპიდან მუშაობს მათი გაძლიერებისა და გამოჯანსაღებისთვის, რაც არ შემოიფარგლება მხოლოდ სამედიცინო საკითხებით. შედეგად, უმჯობესდება პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მოსალოდნელი ხდება გართულებების თავიდან აცილება ან შემცირება (რის შედეგადაც ოპტიმალურად იხარჯება რესურსები) და წარმოებს ზრუნვის კოორდინაცია ოჯახის ექიმთან და სხვა სამედიცინო პერსონალთან ერთად.

რომ შევაჯამოთ სოციალური მუშაობის როლი პირველად ჯანდაცვაში საერთაშორისო გამოცდილების საფუძველზე, შესაძლებელი ხდება ისეთი ზოგადი მიზნების ფორმულირება, როგორიცაა, ბრძოლა უთანასწორობასთან, თვით-გამორკვევისთვის ხელშეწყობა და უფლებათა დაცვა, დაბრკოლებების დაძლევის უნარ-ჩვევების განვითარება-გაუმჯობესება, გარემო ბარიერების შემცირება და გაჯანსაღების და ფუნქციონირების ამაღლებისთვის ხელშეწყობა. სისტემის პერსპექტივიდან კი ეს ყველაფერი ასევე ნიშნავს დროული ჩარევის მიწოდებითა და ინდივიდის გაუმჯობესებისთვის ადრეული ხელშეწყობით სერიოზული

⁸<http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf>

⁹<https://www.iasw.ie/attachments/5df208bc-f91e-4ec3-9f29-bf966336819a.PDF>

გართულებების პრევენციასა და რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას. ამასთან, სოციალური მუშაობის როლი უმნიშვნელოვანესია მედიცინაში სოციალური მოდელის დამკვიდრებისა და ბიოფსიქოსოციალური ხედვის გამყარებისთვის.

საქართველოში არსებული მდგომარეობა: რეალობა და შესაძლებლობები

მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებულ სამყაროში სოციალური მუშაობა ჯანდაცვის სფეროში კარგად დამკვიდრებული პროფესიაა, საქართველოში ერთი-ორი გამონაკლისის გარდა, ამ სფეროში იგი ფაქტიურად მხოლოდ ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურებების კონტექსტში არსებობს, ისიც ჯერ განვითარების საწყის საფეხურზე. არადა, მისი გამოყენების პოტენციალი რაოდენ დიდი და იმედისმომცემია?!

პროექტის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო და სოციალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“ ფარგლებში შეიქმნა პრეცედენტი ორ უმნიშვნელოვანეს დამხმარე რგოლს - პირველადი ჯანდაცვასა და სოციალური სამსახურს შორის ურთიერთობის გაღრმავებისა და თანამშრომლობის დანერგვისა. პროექტის ფარგლებში საქართველოს ორ რეგიონში კონტაქტი შედგა და გამყარდა სოციალურ მუშაკებსა და სოფლის ექიმებს/ექთნებს შორის. ასევე, თბილისში, საოჯახო მედიცინის ცენტრის „ვერე XXI“ ბაზაზე შშმ პირთათვის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით გაკეთდა პირველად ჯანდაცვაში სოციალური მუშაკის ჩართულობის პილოტირება. აღნიშნული ინიციატივის ფარგლებში პროექტის სოციალურმა მუშაკმა დახმარება გაუწია კლინიკის 40-მდე პაციენტს/ბენეფიციარს. გარდა ამისა, ტრენინგი შშმ პირების საკითხებთან დაკავშირებით ჩაუტარდა ორივე პროფესიულ ჯგუფს. სამედიცინო პერსონალი უკეთ გაერკვა სოციალური მუშაკების ფუნქციებში და, რაც მთავარია, იმაში, თუ ბენეფიციართა კეთილდღეობისათვის რაოდენ ნაყოფიერი შეიძლება იყოს მათთან თანამშრომლობა. თავის მხრივ, სოციალური მუშაკები უკეთ გაერკვნენ სოფლის ექიმისა და ექთნის მუშაობის სპეციფიკასა და გამოწვევებში.

პროექტის გამოცდილებამ ცხადყო, ერთი მხრივ, ამ ორი სფეროს გადაკვეთის არხების შექმნის საჭიროება ბენეფიციართა კეთილდღეობისთვის (პროექტის დასაწყისში ნათელი გახდა, რომ პირველადი ჯანდაცვისა და სოციალური მუშაობის პროფესიონალებს, ამ ორ უმნიშვნელოვანეს რგოლს, ერთმანეთის შესახებ არ ჰქონდათ საკმარისი ინფორმაცია, რომ აღარაფერი ვთქვათ თანამშრომლობაზე.), მეორე მხრივ, კი სოციალური მუშაკის ჩართულობის სარგებელი პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაში ზოგადად, და განსაკუთრებით კი შშმ პირების

დახმარების თვალსაზრისით სამედიცინო და სოციალური სერვისების წვდომაში. უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ პროექტი უშუალოდ სერვისთა ხელმისაწვდომობას ეხებოდა, როგორც ცხელი ხაზის, ასევე საოჯახო მედიცინის ცენტრის პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილებამ გამოავლინა შშმ პირთა მრავალმხრივი ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებები. ეს უკანასკნელი კი მიუთითებს საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სოციალური მუშაობის დანერგვის პოტენციურ სარგებელზე.

პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის პროფესიული კომპეტენცია

პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი საყრდენია ოჯახის ექიმი (იგივე ზოგადი პრაქტიკის ექიმი) და მისი გუნდი - ე.წ. პირველადი ჯანდაცვის გუნდი.

იმისათვის, რომ პირველადი ჯანდაცვის გუნდმა შეძლოს შშმ პირთათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების გაწევა, სხვა მრავალ ფაქტორთან ერთად (რაც მოიცავს ფინანსურ, ორგანიზაციულ, გარემო ფაქტორებს და სხვ.), აუცილებელია ამ გუნდის თითოეული წევრის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბება და განვითარება.

პირველადი ჯანდაცვის გუნდი საქართველოში მყარად ჩამოყალიბებული არ არის და მისი შემადგენლობა იცვლება დაფინანსების თავისებურებების (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, კერძო დაზღვევა), გეოგრაფიული (ქალაქი, სოფელი) თუ პოლიტიკური პირობების (იგულისხმება პჯდ დაწესებულებები, რომლებიც მომსახურებას ოკუპირებულ ტერიტორიაზე მცხოვრებ მოსახლეობას უწევს) მიხედვით.

ჯერჯერობით, უმრავლეს შემთხვევაში, პირველადი ჯანდაცვის გუნდი მოიცავს ოჯახის ექიმს (პირველადი ჯანდაცვის ექიმს) და ექთანს ან ექიმის ასისტენტს. თუმცა, ხშირად პჯდ გუნდში ექიმის თანამდებობა სხვა სპეციალობის ექიმებსაც უჭირავთ - თერაპევტი (სპეციალობა „შინაგანი მედიცინა“), პედიატრი, აგრეთვე, სხვა სპეციალობის პირები, მაგალითად, როგორც არის წინა თავშია მითითებული, სოციალური მუშაკი.

წინამდებარე რეკომენდაციები ამ ეტაპზე ეხება მხოლოდ ოჯახის ექიმის პროფესიულ კომპეტენციას, რადგან, ერთი მხრივ, პჯდ გუნდის შემადგენლობა

მკაფიოდ განსაზღვრული არ არის და, მეორე მხრივ, რეკომენდაციების ავტორთა გამოცდილება სწორედ ოჯახის ექიმის მზადების სფეროს მოიცავს.

ამასთან, პროექტის ფარგლებში მომზადდა პროექტი სოციალური მუშაობის საუნივერსიტეტო სამაგისტრო პროგრამის სილაბუსის განახლების შესახებ ჯანდაცვის სფეროში სოციალური მუშაობისა და შშმ პირების საკითხებთან დაკავშირებით.

ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენცია და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურება

ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენცია მოიცავს ცოდნას, უნარ-ჩვევებსა და ღირებულებებს/დამოკიდებულებას, რაც მას საშუალებას აძლევს გაუწიოს სამიზნე მოსახლეობას პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება აღიარებული პროფესიული და ეთიკური სტანდარტების შესაბამისად.

ოჯახის ექიმის სპეციალობის 11 ძირითადი მახასიათებელი და მათი დაჯგუფება 6 ძირითად კომპეტენციად კარგად არის ჩამოყალიბებული ოჯახის ექიმთა/ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის ჯგუფის (WONCA EUROPE) მიერ მომზადებულ დოკუმენტში „ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ევროპული განმარტება“¹⁰.

თუკი ზემოხსენებულ მახასიათებლებსა და კომპეტენციებს მივადევნებთ თვალს, ნათელი გახდება, რომ ოჯახის ექიმის კომპეტენცია იმდენად მრავალმხრივია, მისადაგებულია ცალკეული ინდივიდის, ოჯახისა და თემის საჭიროებებისა და თავისებურებებისადმი და ითვალისწინებს პაციენტის პრობლემის ბიოფსიქოსოციალურ ასპექტებს, რომ მას უნდა შესწევდეს უნარი მომსახურება გაუწიოს ნებისმიერ პირს მიუხედავად ასაკისა, სქესისა, დაავადებისა და სხვა რაიმე თავისებურებისა. ცხადია ეს ეხება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებსაც.

თუმცა, იმ ქვეყნებშიც, სადაც ოჯახის ექიმის (ზოგადი პრაქტიკის ექიმის) ინსტიტუტი მყარად არის დამკვიდრებული და მათი პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბების სისტემა მაღალ სტანდარტებს შეესაბამება, პირველადი ჯანდაცვის სერვისები შშმ პირებისათვის ადეკვატურად ხელმისაწვდომი არ არის. აღნიშნულს ადასტურებს ჩატარებული კვლევები, რომლის მიხედვით პირველადი ჯანდაცვის სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი შშმ პირებისთვის, რაც განპირობებულია

¹⁰ Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, et al. (2002) The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 52: 526-527.

ფიზიკური ბარიერებით (ტრანსპორტირების სირთულე, შენობის შეღწევადობის პრობლემა), დაფინანსების არაადეკვატურობით, პროფესიული ცოდნისა და დამოკიდებულების არასრულფასოვნებით, კომუნიკაციის დეფიციტით¹¹.

შესაბამისად, აუცილებელია შემდგომი ნაბიჯების გადადგმა და ოჯახის ექიმთა კომპეტენციასა და მათი მზადების პროცესში შშმ პირთა საჭიროებების შესაბამისი ელემენტების შეტანა. ზემოხსენებული შეეხება, როგორც ცოდნას, ისე უნარ-ჩვევებსა და ღირებულებებს/დამოკიდებულებას. ასეთი საჭიროების მაგალითები მოცემულია ქვემოთ:

- ცოდნა: შეზღუდული შესაძლებლობის არსი, შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელები, შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და შესაბამისი დებულებები გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციაში, საქართველოს კანონმდებლობა შშმ პირთა ჯანდაცვის უფლების საკითხებზე, შეზღუდული შესაძლებლობის ფორმები, მიზეზები, მათი პრევენცია და ადრეული გამოვლინება, პირველადი ჯანდაცვა და შშმ პირთა საჭიროებები, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის როლი, კომუნიკაციის თავისებურებები შშმ პირთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, შშმ პირთა საჭიროებებისადმი მისადაგებული სერვისები და სხვა.
- უნარ-ჩვევები: კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები შშმ პირებთან შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძვლის გათვალისწინებით, სამედიცინო მომსახურების მისადაგება შშმ პირთა საჭიროებებთან - ფიზიკური გასინჯვა, სამედიცინო მანიპულაციები, სადიაგნოზო, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო პროგრამების ადაპტაციის უნარი;
- დამოკიდებულება/ღირებულებები: შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის გააზრება, თანაბარი დამოკიდებულება შშმ პირებთან, მათთვის პჯდ სერვისების სრული სპექტრის შეთავაზება, ამასთან, ბარიერების როლის გააზრება და მათ დაძლევაზე ზრუნვა;

ზემოთ ჩამოთვლილი კომპეტენციის ჩამოყალიბება იწყება და გრძელდება ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბების და განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე.

¹¹ Elizabeth H. Morrison, MD, MEd; Valerie George, PA-C; Laura Mosqueda, MD, Primary Care for Adults With Physical Disabilities: Perceptions From Consumer and Provider Focus Groups, Fam Med 2008;40(9):645-51.

ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბება-განვითარების გზა

ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბება, როგორც ნებისმიერი სხვა სპეციალობის ექიმისა, მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- დიპლომამდელი განათლება - უმაღლესი სამედიცინო განათლება;
- დიპლომისშემდგომი მზადება - სპეციალობაში მზადება, რეზიდენტურა.
- მუდმივი: უწყვეტი პროფესიული განვითარება.

დიპლომამდელი განათლება:

საქართველოში უმაღლესი სამედიცინო განათლების ძირითადი მოთხოვნები შეესაბამება ევროპულ სტანდარტებს, როგორც ხანგრძლივობით, ისე სტრუქტურის ძირითადი ელემენტებით (ექვსწლიანი სწავლება და ფუნდამენტური და კლინიკური საგნების ჩამონათვალი და კრედიტები - 360 კრედიტი).

ამასთან, უმაღლესი სამედიცინო განათლების მიზანი და კურსდამთავრებული კომპეტენცია მთელი ქვეყნის მასშტაბით განსაზღვრულია დოკუმენტში „მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის დარგობრივი მახასიათებელი“, რომელიც დამტკიცებულია სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის 2011 წლის 1 ივნისის N225-ე ბრძანებით¹².

დიპლომისშემდგომი მზადება:

დიპლომისშემდგომი მზადება საქართველოში ცალკეულ საექიმო სპეციალობაში მიმდინარეობს სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული უნიფიცირებული პროგრამით. თუმცა მზადება შეიძლება ორი ფორმით წარიმართოს (კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“)¹³:

- რეზიდენტურა - წარიმართება სახელმწიფო შეკვეთის საფუძველზე (ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ) დადგენილ ვადაში (რეზიდენტურის ხანგრძლივობა);
- რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლება (პროფესიული მზადება) - წარიმართება სახელმწიფო დაკვეთის ფარგლებს გარეთ და გულისხმობს სარეზიდენტო პროგრამის ყველა მოდულის კანონით

¹² სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის 2011 წლის 1 ივნისის N225 ბრძანება „მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის დარგობრივი მახასიათებლის დამტკიცების შესახებ“; ხელმისაწვდომია: <http://eqe.gov.ge/res/docs/medicina.pdf>

¹³ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 18, 28/06/2001; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/15334#>

განსაზღვრულ ვადებში გავლას (არ უნდა იყოს რეზიდენტურის პროგრამის ხანგრძლივობაზე ნაკლები ან მასზე 2-ჯერ მეტი).

ამრიგად, დიპლომისშემდგომი მზადების ზემოხსენებული ორი ფორმა შინაარსით იდენტურია და მათ შორის განსხვავება მხოლოდ დამკვეთისა და დამფინანსებლის ვინაობაში და ხანგრძლივობაშია. თუმცა, რეზიდენტურის ალტერნატიული დიპლომისშემდგომი განათლების გახანგრძლივება არა მოდულების ცვლილებით, არამედ ამ მოდულებს შორის შესაძლო წყვეტით არის განპირობებული.

ამა თუ იმ სპეციალობაში, მათ შორის სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ სარეზიდენტო პროგრამის აკრედიტაციას ახდენს „პროფესიული განვითარების საბჭო“, ხოლო პროგრამა საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან შეთანხმებით მტკიცდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

უწყვეტი პროფესიული განვითარება:

უწყვეტი პროფესიული განვითარება ექიმის მთელი პროფესიული საქმიანობის განმავლობაში უნდა გრძელდებოდეს და უზრუნველყოფდეს მისი კომპეტენტურობის შენარჩუნებას და მისადაგებას უახლეს მიღწევებთან.

საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს უწყვეტი პროფესიული განვითარებას, როგორც საექიმო საქმიანობის განუყოფელ ნაწილს (იხ. უწყვეტი პროფესიული განვითარების განმარტება კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 5)¹³. ამასთან, მასში მონაწილეობა ექიმისათვის სავალდებულო არ არის (იგივე კანონი, მუხლი 29’).

უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში მონაწილეობა საქართველოში მომუშავე ექიმებისთვის სავალდებულო იყო 2001 წლიდან („საექიმო საქმიანობის შესახებ“ კანონის ძალაში შესვლის მომენტიდან) 2008 წლის 21 მარტამდე, როდესაც ამავე კანონში შევიდა ცვლილება¹⁴.

დღეს მოქმედ კანონში კვლავ არის მითითებული უწყვეტი პროფესიული განვითარების ფორმები, მიუხედავად იმისა, რომ ექიმს არ ევალება უწყვეტი პროფესიულ განვითარებაში მონაწილეობა (მუხლი 29’, პუნქტი 2):

- უწყვეტი სამედიცინო განათლება;

¹⁴ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის თაობაზე“, საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 9, 04/04/2008; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/22084>.

- უწყვეტი პრაქტიკული საექიმო საქმიანობა;
- პროფესიული რეაბილიტაცია;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესება.

ამასთან, უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესის ორგანიზების, მართვისა და მონიტორინგის ფუნქცია აკისრია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებულ საბჭოს, რომელიც იქმნება მინისტრის ბრძანებით და მისი სახელწოდებაა „პროფესიული განვითარების საბჭო“.

უწყვეტი სამედიცინო განათლება კანონმდებლით განმარტებულია როგორც „უწყვეტი პროფესიული განვითარების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს როგორც თვითგანათლებას, ისე ფორმალიზებული სწავლების/მზადების პროგრამებში მონაწილეობას, აგრეთვე სხვადასხვა საქმიანობებს, რომლებიც ექიმის პროფესიული ცოდნის და უნარ-ჩვევების განმტკიცებას და გაუმჯობესებას უწყობს ხელს (კონგრესებში, კონფერენციებში მონაწილეობა, ნაშრომების გამოქვეყნება, სწავლება და სხვა).“

ამრიგად, საქართველოში კანონმდებლობა განმარტავს უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას, ადგენს მის ფორმებს, ავალებს მის წარმართვას შესაბამის საბჭოს, თუმცა, ამ სისტემაში მონაწილეობა ექიმებისთვის არ არის სავალდებულო.

როგორც წინა თავში იყო აღნიშნული, დღეს აუცილებელია ოჯახის ექიმთა კომპეტენციის აღწერილობასა და მათი მზადების პროცესში შუამ პირთა საჭიროებების შესაბამისი ელემენტების შეტანა (ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულება) და მათი შესწავლა-გათავისება ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბების და განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე, რაც მოიცავს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ეტაპს - დიპლომამდელი განათლება, დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადება და უწყვეტი პროფესიული განათლება.

ზემოხსენებული ჩვენი პროექტის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა იყო.

დიპლომამდელი განათლება და შუამ პირთა ჯანმრთელობა

დიპლომამდელი განათლება - უმაღლესი სამედიცინო განათლება, ექიმის, მათ შორის ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბების პირველი აუცილებელი ეტაპია. უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირს ჩვენს ქვეყანაში დიპლომირებული მედიკოსი ეწოდება და მას არ აქვს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება.

უმაღლესი სამედიცინო განათლების პროცესში ყალიბდება:

ა) ძირითადი ცოდნა ფუნდამენტური მედიცინის სფეროში - თეორიული და კლინიკურ დისციპლინები;

ბ) ძირითადი უნარ-ჩვევები - ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენების უნარი, დასკვნის გამოტანის უნარი, სწავლის უნარი სხვადასხვა რესურსების გამოყენებით და კომუნიკაციის უნარი;

გ) ძირითადი პროფესიული ღირებულებები - ზოგადი და პროფესიული ეთიკის და სამართლებრივი საკითხები.

უმაღლესი სამედიცინო განთლების სწავლების შედეგები ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და ღირებულებების სახით დაწვრილებით არის გაწერილი სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის ბრძანებით დამტკიცებულ დოკუმენტში „მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის დარგობრივი მახასიათებელი“¹² (იხ. ზემოთ).

საყურადღებოა, რომ მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის დარგობრივ მახასიათებელში, კერძოდ ძირითად დოკუმენტში, არ არის მითითებული რაიმე დამატებითი კომპეტენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების საჭიროებებთან დაკავშირებით. თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ დანართში 1, რომელშიც მოცემულია „ერთსაფეხურიანი სამედიცინო საგანმანათლებლო პროგრამის სწავლის შედეგები (TUNING/MEDINE-ის მიხედვით)“, რომელშიც მითითებულია, რომ უმაღლესი სამედიცინო განათლების კურსდამთავრებულს უნდა შეეძლოს:

- „უნარშეზღუდულ პირებთან კომუნიკაცია“ (დარგობრივი უნარები, პუნქტი 6. „სამედიცინო კონტექსტში ეფექტური კომუნიკაცია“).

ამასთან, ზემოხსენებული დოკუმენტის დანართში 4. „ევროპაში საბაზო სამედიცინო განათლების პირველი საფეხურის კურსდამთავრებულის თეორიული ცოდნის მინიმალური მოთხოვნები“ დამატებით მითითებულია შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხი შეტანილი შემდეგ დისციპლინებში:

- „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა: ინვალიდობა/უნარშეზღუდულობა“;
- „ეთიკური და სამართლებრივი პრინციპები სამედიცინო პრაქტიკაში: უნარშეზღუდული პირების უფლებები“¹⁵.

¹⁵ სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის 2011 წლის 1 ივნისის N225 ბრძანებაში და მის დანართებში გამოყენებული ტერმინები აღარ შეესაბამება თანამედროვე მოთხოვნებს. თუმცა, ნორმატიული აქტში მითითებული ტექსტი ციტატის სახით უცვლელად გადმოვიტანეთ.

ამრიგად, ევროპული სტანდარტების მიხედვით, მინიმალური მოთხოვნა უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირისათვის უნდა იყოს:

ცოდნა: შეზღუდული შესაძლებლობის არსი; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის უფლებები;

უნარ-ჩვევები: კომუნიკაცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთან;

ღირებულებები: შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელით ხელმძღვანელობა (გამომდინარე შშმ პირთა უფლებების ცოდნიდან).

ზემოხსენებული მოთხოვნები საქართველოშიც ძალაშია, რადგან ასახულია ნორმატიული აქტში (იგულისხმება სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის 2011 წლის 1 ივნისის N225 ბრძანება), თუმცა, ეს მოთხოვნა ამ დოკუმენტში არ არის მკაფიოდ ფორმულირებული და ეხება მხოლოდ კომუნიკაციის უნარს და არ მოიცავს ცოდნას და ღირებულებებს.

ჩვენი პროექტის ფარგლებში, რომლის ერთ-ერთი ძირითადი სამიზნე ოჯახის ექიმის კომპეტენციის გაფართოება და მასში შშმ პირთა საჭიროებების შესაბამისი ელემენტების ასახვაა, ასევე გაანალიზდა დიპლომამდელი განათლების (უმაღლესი სამედიცინო განათლების) ეტაპზე შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების თავისებურებების ასახვის მნიშვნელობა და შესაძლებლობა. აღნიშნულის საფუძველზე მომზადდა გარკვეული რეკომენდაციები, რომელთა შეჯამებული რედაქცია წინამდებარე დოკუმენტის ბოლო თავშია მოცემული (იხ. რეკომენდაცია 2. „ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის გაფართოებისა და შშმ პირთა საჭიროებებისადმი მისი მისადაგების თაობაზე“). ქვემოთ მიმოხილულია ამ რეკომენდაციების ნაწილი, რომელიც მხოლოდ დიპლომამდელ განათლებას შეეხება:

1. აუცილებელია უმაღლესი სამედიცინო განათლების სწავლების შედეგები, როგორც ცოდნა, ისე უნარები და ღირებულებები მოიცავდეს შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხებს; უმჯობესია, ეს მოთხოვნა აისახოს სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის ბრძანებით დამტკიცებულ დოკუმენტში „მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის დარგობრივი მახასიათებელი“.
2. სასურველია, უმაღლესმა სამედიცინო სასწავლებლებმა შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო და სოციალური მოდელი ასახონ იმ საგნების სილაბუსებში, რომელთა მიზანია სწავლების პირველ წლებში ჯანდაცვის სისტემის და ექიმის პროფესიული საქმიანობის ძირითადი ელემენტების

გაცნობა და ფუნდამენტური პროფესიული ღირებულებების ჩამოყალიბება; სასურველია ეს სწავლების პირველ წლებში მოხდეს;

3. სასურველია უმაღლესი სამედიცინო განათლების შედეგები შშმ პირებთან კომუნიკაციის უნარის გარდა მოიცავდეს შშმ პირთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის უნარებსაც (ანამნეზის შეკრება, ფიზიკური გასინჯვა, რისკ-ფაქტორების გათვალისწინება და ა.შ.).

საყურადღებოა, რომ პილოტური საქმიანობის სახით ზემოხსენებული რეკომენდაციები, სასწავლო პროგრამებში გარკვეული საკითხების ჩართვის ფორმით და არა კურიკულუმისა და სილაბუსების შეცვლის დონეზე, უკვე აისახა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის საქმიანობაზე.

დიპლომისშემდგომი პროფესიული მზადება და შშმ პირთა ჯანმრთელობა

დღეს საქართველოში სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ დიპლომისშემდგომი მზადება მიმდინარეობს დიპლომისშემდგომი მზადების პროგრამის საფუძველზე, რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 4 თებერვლის ბრძანებით №01-6/ნ¹⁶.

არსებული ფორმით პროგრამაში, ფაქტობრივად, არ არის გათვალისწინებული, შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხები. შეზღუდული შესაძლებლობა მოხსენიებულია მხოლოდ მოდულში „I.4. პრაქტიკული უნარ-ჩვევები და ტკივილის მართვის საფუძვლები“, ისიც მხოლოდ სოციალური დაცვის კონტექსტში.

ამასთანვე, საყურადღებოა ისიც, რომ სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ პროფესიული კომპეტენცია, რომელიც დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით¹⁷, ასევე არ შეიცავს შშმ პირთა ჯანმრთელობის შესაბამის საკითხებს.

იმის გათვალისწინებით, რომ ოჯახის ექიმის, როგორც სპეციალისტის სპეციფიკური კომპეტენცია სწორედ რეზიდენტურაში მზადების პროცესში ყალიბდება, აუცილებელია, რომ პროგრამაში აისახოს შშმ პირთა ჯანმრთელობის

¹⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 4 თებერვლის ბრძანება №01-6/ნ „სარეზიდენტო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“; დანართი 32. ხელმისაწვდომია: <http://moh.gov.ge/ka/538/>

¹⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-8/ნ, 2015 წლის 30 მარტი „საექიმო სპეციალობათა პროფესიული კომპეტენციების დამტკიცების შესახებ“, დანართი 10. ხელმისაწვდომია: http://moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01_GEO/wJAN2016/16.pdf

საკითხები, რათა ამ პროგრამის ფარგლებში მზადების პროცესში ოჯახის ექიმებს ჩამოუყალიბდეთ შესაბამისი უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულება.

ოჯახის ექიმის კომპეტენციის შესახებ შეჯამებული რედაქცია წინამდებარე დოკუმენტის ბოლო თავშია მოცემული (იხ. რეკომენდაცია 2. „ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის გაფართოებისა და შშმ პირთა საჭიროებებისადმი მისი მისადაგების თაობაზე“). ქვემოთ მიმოხილულია ამ რეკომენდაციების ნაწილი, რომელიც მხოლოდ დიპლომისშემდგომ განათლებას შეეხება:

1. ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის აღწერილობაში აისახოს შშმ პირთა ჯანმრთელობის და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხები;
2. განახლდეს სარეზიდენტო პროგრამა სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ და აისახოს მასში შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხები;
3. ზემოხსენებული ცვლილებების დანერგვამდე არსებული პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული იქნეს შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხების სწავლება და შესაბამისი უნარ-ჩვევების გამომუშავება.

პროექტის ფარგლებში მომზადდა დაწვრილებითი რეკომენდაციები სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ სარეზიდენტო პროგრამის განახლებისა და მასში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის საკითხების ასახვის შესახებ. აღნიშნული რეკომენდაციების სრული ტექსტი თან ერთვის წინამდებარე დოკუმენტს.

უწყვეტი პროფესიული განვითარება და შშმ პირთა ჯანმრთელობა

შშმ პირთა ჯანმრთელობის საჭიროებების შესაბამისი სამედიცინო სერვისების მიწოდებაში პჯდ პერსონალის ჩართვის უმოკლესი გზა ამ პერსონალის უწყვეტი განათლების პროგრამებში ჩართვის გზით მოტივირება და დამატებითი კომპეტენციის ჩამოყალიბებისათვის ხელშეწყობაა.

თუმცა ეს გზა ვერ მოიცავს იმ კომპეტენციების ჩამოყალიბებას, უნარ-ჩვევების გამომუშავების ჩათვლით, რასაც შედარებით დიდი დრო ჭირდება რეზიდენტურის პროგრამის ფარგლებში მზადების გზით, ან გულისხმობს ძალზე ფუნდამენტური უნარ-ჩვევებისა და ფასეულობების ჩამოყალიბებას, რომელიც დიპლომამდელი განათლების დონეზე ხდება.

პროექტის ფარგლებში პილოტური საქმიანობის სახით ჩატარდა პჯდ პერსონალის მზადება შშმ პირთა უფლებებისა და მათთვის აუცილებელი პჯდ სერვისების თავისებურებების თაობაზე. პროგრამა მოიცავდა კომუნიკაციის საკითხებსაც. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამაში მონაწილეობა არ იყო სავალდებულო, სამიზნე რეგიონებიდან (კახეთი, სამეგრელო) მოწვეული პჯდ პერსონალი, რომელიც სოფლის ექიმის პროგრამაში იყო ჩართული, პროგრამაში თითქმის სრულად მონაწილეობდა (მოწვეულთა 100%).

ზემოხსენებული მიუთითებს, რომ სოფლის პროგრამაში ჩართული სამედიცინო პერსონალი - პჯდ ექიმები და ექთნები სათანადოდ აფასებენ მათ როლს და უფრო ახლოს დგებიან სამუშაო ადგილს.

როგორც უკვე აღინიშნა, უწყვეტი პროფესიული განვითარება საქართველოში მოქმედი ექიმებისთვის არ არის სავალდებულო. აღნიშნულ პირობებში ძნელია მასობრივად გაიშალოს შშმ პირთა საჭიროებებზე ორიენტირებული უწყვეტი პროფესიული განათლების პროგრამები. თუმცა ამ სფეროშიც არის შესაძლებელი ე.წ. სელექციური კონტრაქტირების გამოყენება, რაც დამატებით მოტივაციას შექმნის პჯდ პერსონალის ზემოხსენებულ პროგრამებში ჩართვისათვის.

ოჯახის ექიმის კომპეტენციის შესახებ შეჯამებული რედაქცია წინამდებარე დოკუმენტის ბოლო თავშია მოცემული (იხ. რეკომენდაცია 2. „ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის გაფართოებისა და შშმ პირთა საჭიროებებისადმი მისი მისადაგების თაობაზე“). ქვემოთ მიმოხილულია ამ რეკომენდაციების ნაწილი, რომელიც მხოლოდ უწყვეტ პროფესიულ განვითარებას შეეხება:

1. უწყვეტი პროფესიული განვითარების სხვადასხვა ფორმებში, მათ შორის უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში, მონაწილეობა ეტაპობრივად კვლავ უნდა გახდეს სავალდებულო სერტიფიცირებული ექიმებისათვის; კერძოდ მაში მონაწილეობა უნდა იყოს სახელმწიფო სერტიფიკატის ვადის გაგრძელების ერთ-ერთი ძირითადი პირობა;
2. ზემოაღნიშნული ცვლილების განხორციელებამდე, რასაც დრო ჭირდება, დაინერგოს პჯდ პერსონალის სტიმულირების ალტერნატიული მეთოდები უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში ჩართვის წასახალისებლად;
3. პჯდ პერსონალისათვის მომზადდეს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები შშმ პირთა ჯანმრთელობის საკითხებსა და მათთვის საჭირო სამედიცინო სერვისების შესახებ და მოხდეს მათი აკრედიტაცია პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ;

4. ასეთ აკრედიტებულ პროგრამებში მონაწილეობა განისაზღვროს სელექციური კონტრაქტირების ერთ-ერთ კრიტერიუმებად, რაც ამ პროგრამებში მონაწილეობისთვის მნიშვნელოვანი სტიმული იქნება.

სამედიცინო დაწესებულებებში გარემოს ადაპტირება

შეზღუდული შესაძლებლობისთვის შეუსაბამო გარეშე ფაქტორებმა შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა იქონიოს შშმ პირთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და მის ხარისხზე. სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული გარემო და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული კომპეტენცია შეიძლება მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნიდეს შშმ პირებისათვის მათთვის საჭირო, ადეკვატური ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიღების გზაზე.

სამედიცინო დაწესებულებაში გარემოს ადაპტირებაში მოიაზრება, როგორც ფიზიკური გარემოს ადაპტირება, ისე ორგანიზაციის მართვისა და მიმდინარე პროცესების ადაპტირება და სამედიცინო პერსონალის კომპეტენცია.

ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის ჩამოყალიბება-განვითარების საკითხი წინამდებარე დოკუმენტში ცალკეა განხილული.

ფიზიკური გარემოს ადაპტირება გულისხმობს შშმ პირთა საჭიროების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის აუცილებელი ფიზიკურ გარემოს ჩამოყალიბებას და მოიცავს:

- შენობა-ნაგებობების ხელმისაწვდომობას და დამოკიდებულია შეზღუდული შესაძლებლობის თავისებურებაზე:
 - პანდუსები, ლიფტები, შესაბამისი ზომის კორიდორები და კარები, მოსაცდელი ადგილი - ეტლით მოსარგებლეთათვის;
 - ადეკვატური განათება და შესაბამისი ზომის წარწერები და ნიშნები - დაქვეითებული მხედველობის მქონე პირთათვის;
 - სახელურები, კარგი მოჭიდების მქონე ზედაპირის მქონე იატაკი, ადვილად გასაღები კარები - ხანდაზმულებისთვის და კოორდინაციის დარღვევის მქონე პირებისთვის და ა.შ.
- სერვისების ხელმისაწვდომობას, რაც ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის თავისებურებაზეა დამოკიდებული:

- დაბალი გასასინჯი მაგიდა, სპეციალური სასწორი, მოწყობილობა ეტლიდან საწოლზე და საწოლიდან ეტლზე გადასაყვანად - ეტლით მოსარგებლე პირთათვის;
- დიდი ზომი ან ბრაილის შრიფტით დაწერილი სარეკომენდაციო ლიტერატურა - დაქვეითებული მხედველობის მქონე პირთათვის;
- „ხელების ენით“ მოსაუბრე თარჯიმნის ხელმისაწვდომობა - დაქვეითებული სმენის მქონე პირებისთვის და ა.შ.

ორგანიზაციის მართვისა სისტემაში შშმ პირთა საჭიროებების ასახვა გულისხმობს, შშმ პირთა ვიზიტისთვის მზადების და შესაბამისი რესურსების მობილიზების რეკომენდაციების თუ პროტოკოლების არსებობა და მათი ამოქმედება.

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების დონზე გარემოს ადაპტაცია გადაუდებელ აუცილებლობას წარმოადგენს, რადგან შშმ პირთათვის პჯდ სერვისების მიწოდების შეფერხება უარყოფითად აისახება მათ ჯანმრთელობაზე და უნარებზე.

ფიზიკური გარემო

არსებობს აუცილებელი მოთხოვნები, რომელთა დაკმაყოფილება გადაუდებლად უნდა მოხდეს და მოთხოვნები, რომელთა გათვალისწინება ეტაპობრივად არის შესაძლებელი.

საყურადღებოა, რომ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის № 41 დადგენილებით განსაზღვრულია დასახლებულ ადგილებში გარემოს (სივრცის) და შენობების მოწყობის სტანდარტები, რაც აუცილებელია შშმ პირთათვის ზემოხსენებული ადგილების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა¹⁸.

ზემოხსენებულ დადგენილებაში ასახულია, როგორც გარემოს, ისე შენობების მოწყობის ზოგადი სტანდარტები, რომელიც საერთო ყველა ტიპის გარემოსა და შენობა-ნაგებობისთვის, სადაც შშმ პირს უწევს მოხვედრა ან ცხოვრება. ამასთან, დოკუმენტში მოცემულია სპეციფიკური მოთხოვნები სამედიცინო დაწესებულებებისათვის.

¹⁸ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის № 41 დადგენილება „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სივრცის მოწყობისა და არქიტექტურული და გეგმარებითი ელემენტების ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2186893>

დადგენილება მოითხოვს, რომ „აშენებული და მშენებარე საზოგადოებრივი დანიშნულების ობიექტები მოყვანილი იქნეს შესაბამისობაში ტექნიკური რეგლამენტის მოთხოვნებთან, მისი ძალაში შესვლიდან ხუთი წლის განმავლობაში“. იმის გათვალისწინებით, რომ დადგენილება ძალაში შევიდა 2014 წლის დასაწყისში, მასში ასახული მოთხოვნები დაკმაყოფილებული უნდა იქნეს 2018 წლის ბოლოსთვის.

მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის № 41 დადგენილებაში გათვალისწინებულია შშმ პირებისათვის შენობა-ნაგებობების შედგენადობისათვის აუცილებელი, ფაქტობრივად, ყველა დეტალი და განსაზღვრულია შესაბამისი სტანდარტები, რაც მოიცავს:

- შენობების შესასვლელებს;
- პანდუსებს;
- კიბეებს;
- ლიფტებს;
- შენობა-ნაგებობების გასასვლელებს;
- კარის დიოზებს;
- სანიტარიულ კვანძებს.

ზემოხსენებული მოთხოვნები ეხება ნებისმიერ შენობა-ნაგებობას, სადაც შშმ პირს უწევს მოხვედრა ან ცხოვრება. ამასთან, სამედიცინო დაწესებულებებისათვის განსაზღვრული სპეციფიკური მოთხოვნები ეხება შემდეგ საკითხებს:

- დერეფნების სიგანე;
- კაბინეტებისა და პალატების მოწყობა;
- სანიტარიული კვანძების მოწყობა.

გადაუდებელ მოთხოვნებს განეკუთვნება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების შენობის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და პირველ ეტაპზე მოიცავს საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის № 41 დადგენილებით განსაზღვრული ზოგადი და სპეციფიკური მოთხოვნების დაკმაყოფილებას. აღნიშნულს უნდა დაემატოს მოთხოვნები წარწერებისა და ნიშნების შესახებ, რომელიც პაციენტებისთვის არის განკუთვნილი. კერძოდ, ყველა წარწერა და ნიშანი უნდა შესრულდეს დიდი ზომის შრიფტით, რომელთა წაკითხვა აუცილებელია პჯდ სერვისით მოსარგებლე ვიზიტორისათვის.

მომდევნო ეტაპებზე უნდა მოხდეს პჯდ დაწესებულებების იმ აღჭურვილობით უზრუნველყოფა, რაც აუცილებელია შშმ პირთათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების გასაწევად.

მართვა, სამუშაო პროცესი

ორგანიზაციის მართვის სისტემა უნდა მოიცავდეს შშმ პირთათვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების გაწევისათვის საჭირო რესურსების მობილიზების შესაძლებლობას.

პჯდ ექიმსა და მის გუნდს გააზრებული უნდა ჰქონდეს, რომ, სასურველია შშმ პირის ვიზიტი წინასწარ დაიგეგმოს. მომზადება შეიძლება გულისხმობდეს დამხმარე პირის მოწვევას, რომელიც პაციენტს დაეხმარება გადაადგილებაში, ტანსაცმლის გახდა-ჩაცმაში, საუბარში (მეტყველების ან სმენის დარღვევის შემთხვევაში), ასევე კონსულტაციისათვის უფრო მეტი დროის გამოყოფას და სხვა.

აღნიშნული შეიძლება აისახოს დაწესებულების შინაგანაწესში და ჩამოყალიბდეს ერთგვარი პროცესის აღწერილობის თუ პროტოკოლის სახით. მაგალითად, როგორ ხდება მზადება შშმ პირის ვიზიტისთვის, რა რესურსები (ადამიანური, ტექნიკური) არის საჭირო და ვინ არის პასუხისმგებელი მზადების ამა თუ იმ ელემენტზე.

გარემოს ადაპტირების პროცესის დაწყების და დაჩქარების მექანიზმები

საქართველოში პჯდ სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების ძალიან განსხვავდება ერთმანეთისაგან ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმით, სტრუქტურით, სერვისების მოცულობით, რესურსებით, მართვის და ანგარიშგების და დაფინანსების თავისებურებებით.

განსხვავებულია მოტივაციაც, რაც ასევე მნიშვნელოვანია - მოგების გაზრდა (კომერციული კერძო დაწესებულებები), სერვისების დაზოგვა (გადამხდელის კუთვნილების ან ზედამხედველობის ქვეშ მყოფი დაწესებულებები), პრესტიჟი, გამოსავლების გაუმჯობესება, დამატებითი პასუხისმგებლობისათვის თავის არიდება (ფიქსირებული ანაზღაურების მქონე პირების და მათი დაწესებულებები - მაგ., სოფლის ექიმი, თუმცა, ხშირად დიდ როლს პირადი მოტივაციაც თამაშობს, რაც პაციენტის კმაყოფილებას, მათ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას მოიცავს).

პროექტის ფარგლებში დაგროვდა გარკვეული გამოცდილება, რაც მოიცავდა შეხვედრებს და დისკუსიებს პჯდ პერსონალთან, ასევე პარტნიორ პროექტთან

(„პაციენტის უფლებების ცხელი ხაზი“, დაფინანსებული ფონდი ღია საზოგადოება - საქართველოს მიერ) თანამშრომლობის საფუძველზე გაწეულ საქმიანობას, რომლის მიზანი პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი კლინიკის ინსტიტუტის დამკვიდრება იყო.

ზემოხსენებული გამოცდილების საფუძველზე, ვფიქრობთ, აუცილებელია შშმ პირთათვის პჯდ სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესებისთვის გამოყენებული უნდა იქნეს შემდეგი მიდგომა:

ა) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მონაწილეობის მსურველი პჯდ დაწესებულებების შერჩევისას სელექციური კონტრაქტირების მეთოდის გამოყენება;

ბ) დაწესებულებების წახალისება ე.წ. „პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი კლინიკის“ წოდების ყოველწლიური მინიჭებით, რასაც შეიძლება თან ახლდეს სხვა სახის წახალისებაც - ფინანსური, ან სამედიცინო პერსონალის უფასო მონაწილეობა უწყვეტი პროფესიული განვითარების სხვადასხვა ფორმებში - კონფერენცია, მოკლევადიანი პროფესიული სტაჟირების მსგავსი ვიზიტი სხვა ქალაქში, რეგიონში.

სელექციური კონტრაქტირების გამოყენებისას არათანაბარ მდგომარეობაში აღმოჩნდებიან ე.წ. „სოფლის ექიმის“ პროგრამაში ჩართული ოჯახის ექიმები და ექთნები და შედარებით მყარი მატერიალურ-ტექნიკური ბაზისა და დაფინანსების მქონე დაწესებულებები. ამიტომ:

ა) იმ დაწესებულებებში, სადაც პჯდ სერვისებს „სოფლის ექიმის“ პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობას სთავაზობენ განმახორციელებლის მიერ დაკონტრაქტებული სოფლის ექიმი / ექთანი, ფიზიკური გარემოს ადაპტირება უნდა უზრუნველყოს სახელმწიფომ - ადგილობრივმა ან ცენტრალურმა ხელისუფლებამ (დამოკიდებულია ადგილობრივ კონტექსტზე);

ბ) იმ დაწესებულებებში, რომლებიც იურიდიულ პირს წარმოადგენს და ორიენტირებულია მოგებაზე, თავად უნდა უზრუნველყონ ფიზიკური გარემოს ადაპტაცია შშმ პირთა საჭიროებებისადმი.

სამინისტრომ უნდა განსაზღვროს სელექციური კონტრაქტირების პირობები, რომელიც ეტაპობრივად განვითარდება და მიუახლოვდება შშმ პირთა საჭიროებებს. თუმცა, საწყის ეტაპზე ის მხოლოდ გადაუდებელ მოთხოვნებს უნდა შეიცავდეს (იხ. ზემოთ).

ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

პროექტის განხორციელების ფარგლებში გამოვლინდა და, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები საჭიროებენ მოტივირებას, მობილიზებას მათთვის განახლებული ინფორმაციის მიწოდებას ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სფეროში მათი უფლებების, მათთვის აუცილებელი ჯანდაცვის სერვისებისა და ამ სერვისების მიღების გზების შესახებ.

ინფორმაციის მიწოდების ფორმების მრავალფეროვნების ფონზე (მაგ., ნაბეჭდი მასალა, შეხვედრების და დისკუსიების ორგანიზება, ინტერნეტ-რესურსების გამოყენება) მნიშვნელოვანია შემდეგი ადვილად ხელმისაწვდომი რესურსების გამოყენება:

1. ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობა უფასო სატელეფონო ზარით ე.წ. „ცხელი ხაზის“ საშუალებით;
2. ინფორმაციის მიღება პჯდ პერსონალის დახმარებით;

მესამე, ძალზე მნიშვნელოვანი ელემენტია ინფორმაციის მიწოდება, კონსულტირება და სერვისების მიღებაში დახმარება სოციალური მუშაკის მიერ, რაც ძალზე ეფექტური აღმოჩნდა პროექტის ფარგლებში. თუმცა, ჯერჯერობით სოციალური მუშაკი არ არის პჯდ გუნდის წევრი.

სოციალური მუშაკის საქმიანობისა და მისი პჯდ გუნდში ინტეგრირების საკითხი წინამდებარე დოკუმენტში ცალკეა განხილული.

ცხელი ხაზის გამოცდილება

ცხელი ხაზის ფუნქციონირება პროექტის მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი იყო, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელი გახდა, გამოკვეთილიყო და გაანალიზებულიყო შშმ პირთა გამოწვევები და საჭიროებები როგორც ჯანდაცვისა და სოციალურ სერვისებთან მიმართებაში, ასევე ყოველდღიურ ცხოვრებაში. შშმ პირთა საკითხებზე შემოსული ზარების ანალიზის საფუძველზე შესაძლებელი გახდა პრიორიტეტულ საჭიროებათა იდენტიფიცირება. ზარების უდიდესი ნაწილი გულისხმობდა კითხვებს არსებულ სერვისებსა და სოციალურ დახმარებაზე, ასევე, ხშირი იყო კითხვები შშმ პირის სტატუსის მინიჭების ან შეცვლის თაობაზე. საკმაოდ ხშირად ადამიანები ითხოვდნენ დახმარებას სოციალური თუ სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობაში (როგორიცაა პენსიის დანიშვნა, შემწეობის მოპოვება, პროთეზის მოპოვება), უფასო მედიკამენტების მიღებაში დამხმარე სერვისებისა და

რესურსების მოძიებასა და წვდომაში. ასევე, რიგ შემთხვევებში, ადამიანები ითხოვდნენ დახმარებას ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის მოგვარებასა თუ შშმ პირის უფლებათა დაცვაში.

მიუხედავად იმისა, რომ ცხელი ხაზით გაცემულ ინფორმაციას საჭიროებისას თან ახლდა სოციალური მუშაკის მიერ გაწეული დამატებითი კონსულტაცია და დახმარება, ცხელი ხაზისადმი მომართვების ძირითადი ნაწილი მაინც ინფორმაციის მოთხოვნას გულისხმობდა. აღნიშნული მიუთითებს, რომ შშმ პირებისათვის მნიშვნელოვანია ჰქონდეთ ადვილად ხელმისაწვდომი ინფორმაციის წყარო ცხელი ხაზის სახით.

ზემოხსენებული სერვისის ინტეგრირება შესაძლებელია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ცხელი ხაზის „15-05“ ფარგლებში, რომელიც ყოველდღე 24 საათის განმავლობაშია ხელმისაწვდომი მოსახლეობისათვის. ამისათვის აუცილებელია ინფორმაციის მიწოდების სტანდარტული პროტოკოლების ადაპტაცია და ინფორმაციის წყაროს დამუშავება და გამარტივება, სადაც ასახული იქნება შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და სოციალური სერვისების საკითხები.

პჯდ პერსონალის ჩართვა

მნიშვნელოვანია პჯდ პერსონალის ჩართვა შშმ პირთათვის მათი უფლებებისა და მათთვის საჭირო სერვისების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაში. აღნიშნულის წინაპირობაა პჯდ პერსონალის მონაწილეობა შესაბამის უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში (იხ. ზემოთ). თუმცა პჯდ პერსონალისათვის შშმ პირთა უფლებებისა და მათი საჭიროებების ინფორმაციის მიწოდება ავტომატურად არ ნიშნავს, რომ ისინი ჩართული იქნებიან შშმ პირთა ცნობიერების ამაღლების პროცესში. ეს სერვისი უნდა იყოს პჯდ გუნდის რომელიმე წევრის მოვალეობა. როგორც უკვე აღინიშნა, ამ ეტაპზე პჯდ გუნდი, ფაქტობრივად, მხოლოდ ექიმს და ექთანს ან ექიმის ასისტენტს მოიცავს.

ყველაზე ეფექტურად ამ ფუნქციას შეასრულებს სოციალური მუშაკი, რომლის თაობაზეც ზემოთ იყო საუბარი და რომელიც ჯერჯერობით არ არის პჯდ გუნდის შემადგენლობაში.

რეკომენდაციები

დასასრულ, პროექტის გამოცდილებიდან გამომდინარე წინამდებარე დოკუმენტში ასახულია რეკომენდაციები გადაწყვეტილებათა მიმღებთათვის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ჯანდაცვისა და სოციალური სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების შესახებ. აღნიშნული რეკომენდაციები გამიზნულია როგორც სახელმწიფო უწყებათათვის, ასევე საგანმანათლებლო დაწესებულებების, დონორი ორგანიზაციებისა და არასამთავრობო სექტორისათვის. ქვემოთ ჩამოთვლილი კონკრეტული ღონისძიებები და წინადადებები, ავტორთა აზრით, რეალისტური და ამავდროულად შედეგის მომტანი უნდა იყოს შშმ პირთა კეთილდღეობის ხელშეწყობის, სოციალური მოდელის დამკვიდრებისა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისათვის.

ქვემოთ მოცემული რეკომენდაციების მიზანია ჩვენს ქვეყანაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში კანონმდებლობით გათვალისწინებული პაციენტის უფლებების დაცვის უზრუნველყოფა და შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის დამკვიდრებისთვის ხელშეწყობა.

რეკომენდაცია 1 - პჯდ დაწესებულებების ფიზიკური ხელმისაწვდომობისა და მათში ინკლუზიური გარემოს სხვა ელემენტების უზრუნველყოფის შესახებ

ა) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის და დაწესებულებაში ინკლუზიური გარემოს სხვა ელემენტების, მათ შორის შშმ პირების საჭიროებებთან მისადაგებული აღჭურვილობის, უზრუნველსაყოფად სასურველია მომზადდეს:

- ფიზიკური ხელმისაწვდომობისთვის აუცილებელი პირობების ჩამონათვალი, რომელიც, ფაქტობრივად, სრულად არის ასახული საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის № 41 დადგენილებაში „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სივრცის მოწყობისა და არქიტექტურული და გეგმარებითი ელემენტების ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“;
- დაწესებულებაში ინკლუზიური გარემოს შექმნისთვის აუცილებელი სხვა პირობების ჩამონათვალი;
- შშმ პირების ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭირო აღჭურვილობის ჩამონათვალი;

- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების მოდელური შინაგანაწესი/პროტოკოლი, რომელშიც ასახული იქნება შშმ პირების სამედიცინო მომსახურების პროცესის თავისებურებები.

ბ) სასურველია, პირველად ჯანდაცვაზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში ჩასართავად სელექციური კონტრაქტების კრიტერიუმებში შეტანილი იყოს ზემოთ მითითებული პირობები.

გ) იმისათვის, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის, დაწესებულებაში ინკლუზიური გარემოს სხვა ელემენტების უზრუნველყოფა, შშმ პირების საჭიროებებთან მისადაგებული აღჭურვილობის ჩათვლით, დროულად მოხდეს, მნიშვნელოვანია შემდეგი:

- სოფლის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ფიზიკური ხელმისაწვდომობისა და დაწესებულებაში ინკლუზიური გარემოს უზრუნველყოფისთვის საჭირო პირობები, შშმ პირებისთვის ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭირო აღჭურვილობის ჩათვლით უნდა უზრუნველყოს სახელმწიფომ - ადგილობრივმა ან ცენტრალურმა ხელისუფლებამ (დამოკიდებულია ადგილობრივ კონტექსტზე).
- კერძო სამართლის იურიდიულმა პირებმა, რომლებიც მოგებაზე არიან ორიენტირებული, თავად უნდა უზრუნველყონ ზემოხსენებული.

რეკომენდაცია 2 - ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის გაფართოებისა და შშმ პირთა საჭიროებებისადმი მისი მისადაგების თაობაზე

ა) აუცილებელია უმაღლესი სამედიცინო განათლების შედეგები, როგორც ცოდნა, ისე უნარები და ღირებულებები, მოიცავდეს შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხებს; უმჯობესია, ეს მოთხოვნა აისახოს სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ დირექტორის ბრძანებით დამტკიცებულ დოკუმენტში „მედიცინის საგანმანათლებლო პროგრამის დარგობრივი მახასიათებელი“.

ბ) სასურველია მომზადდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭირო ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და ღირებულებების შემადგენლების ჩამონათვალი და მათი სწავლების სქემა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების (დიპლომამდელი განათლება) სასწავლო პროგრამებში;

გ) ოჯახის ექიმის პროფესიული კომპეტენციის აღწერილობაში აისახოს შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სპეციფიკური საკითხები;

დ) სასურველია განახლდეს დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადების პროგრამა სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ და შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და მათთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების საკითხები აისახოს შესაბამის მოდულებში; ამასთან, პროგრამა ორიენტირებული უნდა იყოს ოჯახის ექიმის

პროფესიული კომპეტენციის მიღწევაზე, სადაც შეტანილი იქნება შშმ პირთა ჯანმრთელობის საკითხები. პროექტის ფარგლებში მომზადდა შესაბამისი „რეკომენდაციები სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“ სარეზიდენტო პროგრამის განახლებისა და მასში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის საკითხების ასახვის შესახებ“;

ე) ოჯახის ექიმებისთვის მომზადდეს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები შშმ პირთა ჯანმრთელობის საკითხებისა და მათთვის საჭირო სამედიცინო სერვისების შესახებ; პროგრამები წარდგენილი იქნეს აკრედიტაციისთვის პროფესიული განვითარების საბჭოში;

ვ) უწყვეტი სამედიცინო განათლების აკრედიტებულ პროგრამებში მონაწილეობა განისაზღვროს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების სელექციური კონტრაქტირების ერთ-ერთ კრიტერიუმად, რაც ამ პროგრამებში მონაწილეობის მნიშვნელოვანი სტიმული იქნება.

რეკომენდაცია 3 - პჯდ დაწესებულებების მოტივირების ალტერნატიული გზების შესახებ

პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წახალისება ე.წ. „პაციენტისადმი კეთილგანწყობილი კლინიკის“ წოდების ყოველწლიური მინიჭებით, რასაც შეიძლება თან ახლდეს სხვა სახის წახალისებაც - ფინანსური, ან სამედიცინო პერსონალის უფასო მონაწილეობა უწყვეტი პროფესიული განვითარების სხვადასხვა ფორმებში - კონფერენცია, მოკლევადიანი პროფესიული სტაჟირების მსგავსი ვიზიტი სხვა ქალაქში, რეგიონში.

რეკომენდაცია 4 - შშმ პირთათვის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის თაობაზე

შშმ პირებისთვის მნიშვნელოვანია ადვილად ხელმისაწვდომი ინფორმაციის წყაროს არსებობა ცხელი ხაზის სახით. ამ სერვისის ინტეგრირება სასურველია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ცხელი ხაზის „15-05“ ფარგლებში, რომელიც ყოველდღიურად 24 საათის განმავლობაშია ხელმისაწვდომი მოსახლეობისათვის. ამისათვის აუცილებელია ინფორმაციის მიწოდების სტანდარტული პროტოკოლების ადაპტაცია და ინფორმაციის წყაროს დამუშავება და გამარტივება, სადაც ასახული იქნება შშმ პირთა ჯანმრთელობისა და სოციალური სერვისების საკითხები.

რეკომენდაცია 5 - პირველად ჯანდაცვაში სოციალური მუშაობის ინტეგრაციისა და სოციალური მუშაკის პჯდ გუნდში ჩართვის შესახებ

ა) შშმ პირების მრავალმხრივი ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილების უზრუნველსაყოფად სასურველია სოციალური მუშაკების პირველადი ჯანდაცვის გუნდში ჩართვის სტიმულირება.

ბ) დასაწყისში სასურველია საპილოტე პროექტის სახით სოციალური მუშაკის რომელიმე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების გუნდში ჩართვა. პროექტის ფარგლებში უნდა მოხდეს საპილოტედ შერჩეული ერთეულის ბენეფიციართა ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების იდენტიფიცირება საპილოტე პროექტის დაწყებამდე და დამთავრების შემდეგ და აღნიშნული ერთეულის შედეგების შედარება სხვა მსგავსი მონაცემების მქონე დაწესებულების (რომელსაც არ ჰყავს სოციალური მუშაკი) შედეგებთან სოციალური მუშაობის ინტერვენციის ეფექტურობის განსასაზღვრად; შედეგებიდან გამომდინარე, სასურველია, სამომავლოდ, პროექტის სისტემაში რეპლიკაციაზე მსჯელობა;

გ) სასურველია, ერთი მხრივ, სამედიცინო პერსონალისთვის უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში ჯანდაცვის სფეროში სოციალური მუშაობის მნიშვნელობასთან დაკავშირებული საკითხების ჩართვა, მეორე მხრივ, სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკებისათვის შშმ პირების ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ უწყვეტი განათლების პროგრამების (ტრენინგი, სუპერვიზია) განხორციელება ყველა რაიონში. ასევე, სოციალური მუშაობის საუნივერსიტეტო სამაგისტრო და საბაკალავრო პროგრამებში ჯანდაცვის სფეროში სოციალური მუშაობის და შშმ პირებთან დაკავშირებული მოდულების შემუშავება და დანერგვა. პროექტის ფარგლებში უკვე შემუშავებულია სპეციალური სილაბუსი და სახელმძღვანელო სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამისთვის „სოციალური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში“, რომლის დანერგვაც იგეგმება მომდევნო აკადემიური წლიდან;

დ) სასურველია დიპლომამდელი განთლებისა და დიპლომის შემდგომი პროფესიული მზადების სასწავლო პროგრამებში სოციალური მუშაობის როლის ამსახველი საკითხების ჩართვა.

ე) შშმ პირების მზრუნველებისთვის/მეურვეებისთვის საგანმანათლებლო პროგრამების მომზადება და ჩატარება შშმ პირებზე ზრუნვისა და მათი მოვლის საკითხებზე სამედიცინო და სოციალური პერსონალის ჩართულობით.

რეკომენდაცია 6 - დროებითი სამუშაო ჯგუფის ჩამოყალიბების შესახებ

წინამდებარე დოკუმენტში ასახული რეკომენდაციების რეალიზაციისთვის საჭირო ღონისძიებების, მათი შესრულების მიმდევრობისა და სავარაუდო გონივრული ვადების განსაზღვრისთვის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის და განათლების და მეცნიერების დაცვის სამინისტროებთან ჩამოყალიბდეს

ინტერსექტორული დროებითი სამუშაო ჯგუფი, რომელიც მოამზადებს სტრატეგიულ გეგმას წინამდებარე რეკომენდაციებში ასახული ღონისძიებების (აგრეთვე, სხვა დამატებითი ღონისძიებებისა, რომელსაც თავად სამუშაო ჯგუფი განსაზღვრავს) შესრულების ვადებისა და შესრულებაზე პასუხისმგებელი სტრუქტურების მითითებით

სასურველია დროებითი სამუშაო ჯგუფის შემადგენლობაში შევიდეს ყველა დაინტერესებული მხარე, მათ შორის:

1. შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელი;
2. განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს სსიპ „განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრის“ წარმომადგენელი;
3. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის წარმომადგენელი (ასევე სხვა უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების წარმომადგენლები);
4. შშმ პირების არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენელი;
5. როგორც სოფლის, ისე ქალაქის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების წარმომადგენლები, მიუხედავად დაწესებულების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა;
6. საქართველოს მთავრობის წარმომადგენლები, რომლებიც ჩართული არიან საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 6 იანვრის № 41 დადგენილების განხორციელებასა და მის შესრულებაზე ზედამხედველობაში;
7. წინამდებარე რეკომენდაციების ავტორები.

საკონტაქტოს ინფორმაცია:

თამარ კურტანიძე,

პროექტის მენეჯერი, მობილური: 593 314504 ელ.ფოსტა: tamar.kurtanidze@caritas.cz