დანართი

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2013 წლის 30 აპრილის N1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 24 ივლისის N 01-149 / ო ბრძანებით

ექიმის ბინაზე გამოძახების მართვა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში

პროტოკოლი

ავტორი: საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

დაავადებათა მართვის ეროვნული პროტოკოლი

1. პროტოკოლის დასახელება

ექიმის ბინაზე გამოძახების მართვა პირველადი ჯანდაცვის ქსელში

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

პროტოკოლში აღწერილია ბინაზე ვიზიტის უზრუნველყოფის ღონისძიებები პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, რომელიც მოიცავს ექიმის სტანდარტულ სამუშაო საათებში ბინაზე გამოძახების დროს პაციენტის საჭიროების შეფასებასა და აუცილებლობის შემთხვევაში - ბინაზე ვიზიტს.

პროტოკოლში შემოთავაზებულია საუკეთესო პრაქტიკის რჩევები ოჯახის ექიმის/უბნის ექიმის და/ან ექთნის ბინაზე ვიზიტის განხორციელების თაობაზე, მოწოდებულია რეკომენდაციები პაციენტის და/ან მომვლელის მოთხოვნით ბინაზე ვიზიტის საჭიროებების განსაზღვრის შესახებ. პროტოკოლი ასევე მოიცავს ინფორმაციას პაციენტთა პრეფერენციებისა და მათ მიერ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების საკითხებზე, რომელსაც დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო მომსახურების პროცესში.

პროტოკოლი არ მოიცავს ოჯახის ექიმის ბინაზე გეგმიური ვიზიტის საკითხს, რომელიც ხორციელდება პაციენტის ქრონიკული ან მწვავე მდგომარეობისა და სოციალური გარემოს შეფასების მიზნით.

ოჯახის ექიმმა ბინაზე გეგმიური ვიზიტ(ებ)ი უნდა განახორციელოს ქვეყანაში მოქმედი კლინიკური მდგომარეობების მართვის ეროვნული გაიდლაინებით/პროტოკოლებით ან/და საერთაშორისოდ აღიარებული გაიდლაინებით მოწოდებული რეკომენდაციების შესაბამისად ან პირადი გადაწყვეტილების საფუძველზე.

	დასახელება	კოდი
1	ექიმის ვიზიტი ბინაზე	კოდი – (ICPC2) -46

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

„პირველადი ჯანდაცვის ქსელში ექიმის ბინაზე გამოძახების მართვის ეროვნული პროტოკოლი“ ეფუძნება ბრიტანეთის, ავსტრალიის, აშშ–ის და სხვა ქვეყნების საუკეთესო პრაქტიკ(ებ)ის გამოცდილებას.

აღნიშნული პროტოკოლის შემუშავებაში მონაწილეობდნენ პირველადი ჯანდაცვის ექიმები და ექთნები.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის ექიმების სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და მათ მიერ ბინაზე ვიზიტების განხორციელება პაციენტების საჭიროებების შესაბამისად.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება:

ბინაზე ვიზიტებს, რომელიც ხორციელდება სტანდარტულ სამუშაო დროში ოჯახის ექიმის/უბნის ექიმის/ექთნის მიერ, პაციენტთა მწვავე პრობლემების გადასაჭრელად და/ან მკვეთრად შეზღუდული მობილურობის მქონე პაციენტების ბინაზე მკურნალობისა და მეთვალყურეობის მიზნით.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია:

პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, რომლებსაც პირდაპირი კონტაქტი აქვთ პაციენტებთან და შესაბამისად, უწევთ გადაწყვეტილების მიღება პაციენტების ბინაზე მომსახურებასთან დაკავშირებით.

პროტოკოლი აგრეთვე განკუთვნილია პაციენტებისა და მათი მომვლელებისთვის, რადგან ბინაზე ექიმის მომსახურების მოთხოვნის დროს პაციენტმა და მეურვემ საჭიროა გააცნობიერონ, როგორც საკუთარი, ასევე ექიმის უფლებები. იმავდროულად, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ეფექტურ კომუნიკაციას, რომელიც გამყარებულია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციით და პაციენტს/ჯანდაცვის პროფესიონალებს ეხმარება სწორი გადაწყვეტილების მიღებაში.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ექიმის სტანდარტულ სამუშაო საათებში პაციენტის რისკების შეფასებისა (რეგისტრატორის/ექიმის/ექთნის/მომვლელის მიერ) და ექიმის ბინაზე ვიზიტის მოთხოვნისთანავე, როცა პაციენტს თავად არ შეუძლია სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ექიმთან მისვლა.

8. რეკომენდაციები

8.1 ზოგადი მიმოხილვა

ბინაზე ვიზიტებს ახორციელებს ოჯახის ექიმი/უბნის ექიმი/ექთანი სტანდარტულ სამუშაო საათებში საკონსულტაციო ოფისის გარეთ:

(1) პაციენტთა მწვავე პრობლემების გადასაჭრელად, ოჯახის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებში.

(2) იმ პაციენტების მკურნალობისა და მეთვალყურეობის მიზნით, რომელთაც უჭირთ გადაადგილება და/ან არ შეუძლიათ ექიმთან ვიზიტი. მაგ: ავადმყოფი მოხუცი;

(3) გეგმიურად, როდესაც პაციენტის მდგომარეობის მართვა საჭიროებს ბინაზე ვიზიტს, როგორც ეს განსაზღვრულია ცალკეული კლინიკური მდგომარეობების მართვის გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით.

პაციენტთან საცხოვრებელ ადგილზე მისვლა კარგია არამარტო კონკრეტული კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით, არამედ ფსიქოლოგიური თვალსაზრისითაც, ასევე შესაძლებელია მან მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს პაციენტის სოციალური გარემოსა და მოვლის ხარისხის შეფასებაში.

მითები პჯდ ექიმის სერვისებთან დაკავშირებით:

1. ***ბინაზე გამოძახების შემთხვევაში ექიმი უნდა მოვიდეს თქვენთან სამედიცინო მომსახურების გაწევის მიზნით.***

არ არის სწორი – ოჯახის ექიმი/ექთანი განახორციელებს ბინაზე ვიზიტს, თუკი ის გამომდინარეობს პაციენტის სამედიცინო საჭიროებებიდან. სამედიცინო საჭიროებას აფასებს ექიმი, რის საფუძველზეც იღებს გადაწყვეტილებას ბინაზე სამედიცინო მომსახურების გაწევის თაობაზე. ექიმის გადაწყვეტილებით, მხოლოდ იმ პაციენტებთან ხორციელდება ბინაზე ვიზიტი, რომელთა ოფისში მისვლა არ არის მიზანშეწონილი.

პაციენტმა საჭიროა იცოდეს, რომ ოფისში/სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმს დაახლოებით 6 პაციენტის მიღება შეუძლია იმ დროში, რასაც მოანდომებს 1 პაციენტთან ბინაზე ვიზიტს.

2. ***უფრო სწრაფად მოგემსახურებიან ბინაზე, ვიდრე ამბულატორიულად.***

არ არის სწორი – ექიმს პაციენტთან ვიზიტისათვის სჭირდება უფრო მეტი დრო. ვიდრე ოფისში/სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების გაწევისას. ამდენად, სტანდარტული სამუშაო საათების განმავლობაში ბინაზე ვიზიტის განხორციელებისას ექიმის დრო აკლდება სხვა პაციენტებს, ხანგრძლივდება მოცდის დრო და იზრდება რიგები. შესაბამისად, ექიმი სამედიცინო მომსახურებას გაუწევს უფრო ნაკლები რაოდენობის პაციენტებს.

8.2 რეკომენდაციები

Q1	**რა ფაქტორების გათვალისწინებაა საჭირო პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, სტანდარტულ სამუშაო საათებში, ბინაზე ვიზიტის ორგანიზებისას?**
R 1	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს დოკუმენტირებული და ნათლად ჩამოყალიბებული უნდა ჰქონდეთ სტანდარტულ სამუშაო საათებში ბინაზე/ოფისის გარეთ (სხვა ადგილას) სამედიცინო მომსახურების მიწოდების

	პოლიტიკა.
R 2	ზოგადად, ბინაზე ვიზიტი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პჯდ ცენტრში რეგისტრირებული ყველა პაციენტისთვის, **შესაბამისი კლინიკური საჭიროების არსებობის დროს.**
R 3	პჯდ დაწესებულებებში, სტანდარტულ სამუშაო საათებში ექიმის ბინაზე ვიზიტის პოლიტიკის ჩამოყალიბებისას, საჭიროა განხილულ იქნას სპეციფიკური საკითხები, როგორიცაა: – დაწესებულების ტიპი (მაგ.: საოჯახო მედიცინაზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების გათვალისწინება და სხვ.). – ფაქტორები, რომელიც განსაზღვრავს რამდენად მიზანშეწონილი და უსაფრთხოა ექიმის/ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალის ვიზიტი ბინაზე. – შესაბამის გეოგრაფიულ არეალში არსებული სხვა სამედიცინო სამსახურები (მაგ. სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების შესაძლებლობა, ბინაზე მომსახურების სხვა სამსახურები). – ინფორმირებულია თუ არა მოსახლეობა ექიმის ბინაზე გამოძახების პროცედურასთან დაკავშირებით. – პრობლემების ტიპი (დაავადებათა კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების გათვალისწინებით საჭიროა განისაზღვროს, რამდენად აუცილებელია ექიმის ბინაზე ვიზიტი). – ალტერნატიული მომსახურება, რომლის პაციენტისათვის შეთავაზება შესაძლებელია პჯდ დაწესებულებაში (ყველა პჯდ დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ალტერნატიული მომსახურებების დოკუმენტირებული სია, მაგ: სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების შესაძლებლობა, ბინაზე მომსახურების სხვა სამსახურების ხელმისაწვდომობა და ა.შ.). – ოჯახის ექიმმა/უბნის ექიმმა საჭიროა აღწეროს პაციენტის მდგომარეობა და დაასაბუთოს, რატომ იყო აუცილებელი/შესაბამისი ბინაზე მომსახურება ან რატომ არ განხორციელდა პაციენტთან ბინაზე ვიზიტი.
R4	როცა ბინაზე ვიზიტი იგეგმება პაციენტთან, რომელსაც დადგენილი აქვს ფსიქიკური პრობლემები, მაღალია სუიციდის რისკი ან საეჭვოა ნარკოტიკული/ალკოჰოლური საშუალებების ჭარბი მოხმარების ფონზე აღმოცენებული პრობლემები, ექიმის უსაფრთხოების მიზნით საჭიროა ბინაზე ვიზიტი განხორციელდეს პოლიციის თანხლებით.
R5	ვიზიტის განხორციელებამდე, ექიმმა უნდა მოსთხოვოს პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს, რომ ჩაკეტონ ძაღლი, უზრუნველყონ ბინასთან შესაბამისი განათება და ნიშანი, რათა ექიმმა შეძლოს მისამართის იოლად მიგნება.

R6	პიროვნების იდენტიფიცირების მიზნით პაციენტმა უნდა დაასახელოს ზუსტი მონაცემები და ტელეფონის ნომერი, რითაც დადგინდება დაწესებულების/ექიმის კონტიგენტის სიაში მისი არსებობა.
R7	სამედიცინო დაწესებულება უნდა ფლობდეს სხვა ადგილობრივი სამსახურების საკონტაქტო ინფორმაციას (მაგ: სასწრაფო დახმარება, პალიატიური ზრუნვის სამსახური, სოციალური სააგენტო, ფსიქიატრიული სამსახური, ჰოსპიტალური მომსახურების მიმწოდებლები, შინმოვლის სერვისები და სხვ.) იმისათვის, რომ შესაბამის შემთხვევებში მოხდეს პაციენტის გადამისამართება.
R8	ექიმის გადაწყვეტილებით, პაციენტი, შესაძლოა, ბინაზე ნახოს ექთანმა, თუმცა, შემდგომი სამედიცინო მომსახურების შესახებ გადაწყვეტილება მიღებულ იქნება და ეცნობება პაციენტს/მის წარმომადგენელს, მხოლოდ შეფასების (ტრიაჟის) შედეგების ექიმისთვის გაცნობის შემდეგ.
Q2	**ვის ესაჭიროება ყველაზე მეტად ექიმის ბინაზე ვიზიტი/შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება ბინაზე?**

R9	• ტერმინალურ პაციენტებს;
	• პაციენტებს, რომელსაც კოგნიტური მდგომარეობის გაუარესების ან ფსიქიკური პათოლოგიის გამო, არ შეუძლიათ ექიმთან მიღებაზე მისვლა;
	• გადაადგილების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტებს, რომელთა სამედიცინო დაწესებულებამდე მანქანით გადაადგილება გამოიწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუარესებას ან მიუღებელ დისკომფორტს. ასეთ პაციენტებს შორის განიხილება:
	  ○ პაციენტები, რომლებიც გადაადგილებისთვის საჭიროებენ დამხმარე მოწყობილობებს;
	  ○ პაციენტები, რომლებიც გადაადგილებისთვის საჭიროებენ სპეციალიზირებულ სატრანსპორტო საშუალებებს;
	  ○ პაციენტები, რომლებიც გადაადგილებისთვის საჭიროებენ სხვა პირის მნიშვნელოვან დახმარებას (არ იგულისხმება მშობლის თანხლება ბავშვის სტანდარტული ტრანსპორტირებისას);
	  ○ პაციენტები, რომლებისთვისაც საცხოვრებელი ადგილის დატოვება უკუნაჩვენებია მათი სამედიცინო მდგომარეების გამო, მაგ.:
	  1. პაციენტები ახალგადატანილი ინსულტით, რომლებიც ინვალიდის ეტლით გადაადგილდებიან ან სჭირდებათ დამხმარე მოწყობილობა გადაასაადგილებლად;
	  2. უსინათლო პაციენტები, რომლებიც საცხოვრებელს სხვისი დახმარების გარეშე ვერ ტოვებენ;
	  3. პაციენტები, რომლებსაც დაკარგული აქვთ ზედა კიდურების ფუნქცია და არ შეუძლია კარის გაღება, ასევე კიბის სახელურის

	გამოყენება; 4. საავადმყოფოდან ახალგამოწერილი პაციენტები პოსტოპერაციულ პერიოდში, თუ მათი მოძრაობა ტკივილთან და დისკომფორტთანაა დაკავშირებული; 5. პაციენტები, მძიმე ფორმის გულის იშემიური დაავადებით, რომელთათავისაც უკუნაჩვენებია სტრესი და ფიზიკური დატვირთვა. • ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებს, რომელთა თანმხლები პირის გარეშე გადაადგილება საფრთხის მატარებელია ან დაავადების გამო მათ არ სურთ სახლის დატოვება.
Q3	**რა მდგომარეობების დროს და რა პერიოდში არის რეკომენდებული პაციენტის გამოძახებით ექიმის ბინაზე ვიზიტის განხორციელება?**
R10	ექიმის ბინაზე ვიზიტი სასურველია შესრულდეს იმავე სამუშაო დღეს, შემდეგ შემთხვევებში: • ბავშვები 0–1 წლის ჩათვლით, რომლებსაც აღენიშნებათ: ✓ ტემპერატურის მომატება; ✓ სხვა სიმპტომები (ტემპერატურული რეაქციით ამ მის გარეშე): ღებინება, ფაღარათი, კანზე ახალგაჩენილი გამონაყარი, ხველა ბრონქოსპაზმის ნიშნებით, თავის ან მუცლის ტკივილი.
R11	ექიმის ბინაზე ვიზიტი სასურველია შესრულდეს მომდევნო სამუშაო დღის ბოლომდე, თუ ბინაზე გამოძახების მოთხოვნა ერთი ეპიზოდის განმავლობაში განმეორებითია და ახალი სიმპტომების გაჩენას ან მდგომარეობის გაუარესებას არ უკავშირდება.
R12	უმჯობესია სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების გამოძახება შემდეგი მდგომარეობების დროს: • საეჭვო მიოკარდიუმის ინფარქტი, გამოხატული გულმკერდში ძლიერი ტკივილით და/ან სუნთქვის მწვავე უკმარისობით; • სუნთქვის მწვავე უკმარისობა; • მწვავე სისხლდენა; • კოგნიტიური ფუნქციის უეცარი გაუარესება ან სხვა ნიშანი, რაც თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლაზე მიუთითებს.
Q4	**რა დროს <u>არ არის</u> აუცილებელი ექიმის ბინაზე ვიზიტი?**
R13	ბინაზე ვიზიტისთვის ექიმის მიერ დახარჯული დრო გამართლებულად არ ითვლება შემდეგ შემთხვევებში:

- 1 წლის ზემოთ ბავშვთა ასაკის პაციენტებში გავრცელებული პრობლემების დროს: ცხელება, გაცივება, ხველა, ყურის ტკივილი, თავის ტკივილი, დიარეა/ღებინება, და მუცლის ტკივილის უმრავლესი შემთხვევები. აღნიშნული სიმპტომების მქონე პაციენტებს შეუძლიათ მანქანით გადაადგილება ექიმის ოფისში მისასვლელად.
  ცხელებით ბავშვის მიყვანა ექიმის ოფისში არ არის დაკავშირებული რაიმე მოსალოდნელ გართულებასთან. თუმცა, ასეთი ბავშვის მგზავრობა ფეხით ან ავტობუსით არ არის მოხერხებული.
- მოზრდილებში, გავრცელებული პრობლემებით, როგორიცაა: ხველა, ყელის ტკივილი, გრიპი, ზურგისა და მუცლის ტკივილი, თუ მათი ტრანსპორტირება სერიოზულ ფიზიკურ დისკომფორტთან არ არის დაკავშირებული.
- ხანდაზმულებში ისეთი პრობლემების დროს, როგორიცაა: გადაადგილების შესაძლებლობის შეზღუდვა, სახსრების ტკივილი და ზოგადი სისუსტე. პირიქით, ასეთი პაციენტების კონსულტაციისათვის საუკეთესო ადგილს წარმოადგენს ექიმის ოფისი.
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებში, თუ მათი ტრანსპორტირება არ არის დაკავშირებული სერიოზულ ფიზიკურ დისკომფორტთან.

R14 პაციენტის მანქანით მიყვანა პჯდ ცენტრში უნდა უზრუნველყოს პაციენტის მხარემ, საკუთარი ძალებით (ტაქსით თუ სხვა მანქანით), რადგან პაციენტის ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა ექიმის პასუხისმგებლობას არ წარმოადგენს.

Q5 **როგორ ხდება ექიმის ბინაზე გამოძახების ორგანიზაცია ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში?**

R15 დაწესებულების ადმინისტრაცია განსაზღვრავს ექიმის ბინაზე გამოძახების დროს. სასურველია, ექიმის ბინაზე გამოძახება მოხდეს დილის 9^{00}–დან 11^{00} საათამდე, ხოლო მისი ვიზიტი დაგეგმილ დღეს განხორციელდეს არა უგვიანეს 19^{00} საათისა.

R16 ექიმის ბინაზე ვიზიტი შეიძლება მოითხოვოს:

- პაციენტმა;
- მისი ოჯახის წევრმა/წარმომადგენელმა;
- ექთანმა, რომელმაც პაციენტი მოინახულა;
- სასწრაფო დახმარების ექიმმა, რომელმაც გამორიცხა გადაუდებელი მდგომარეობა და მიიჩნევს, რომ პაციენტის მართვა შესაძლებელია გაგრძელდეს ბინაზე;
- ექიმის ბინაზე ვიზიტი შეიძლება განხორციელდეს ექიმის გადაწყვეტილებით, როცა მას კლინიკური გადაწყვეტილების მისაღებად

	სჭირდება საცხოვრებელი და ოჯახური გარემოს შესწავლა.
R17	ექიმის ბინაზე გამოძახების მიღების დროს გამოძახების მიმღები რეგისტრატორი/ექთანი სვამს შეკითხვებს, რომლებზეც აუცილებელია პასუხის გაცემა: – პიროვნების სახელი, გვარი და საკონტაქტო ინფორმაცია, რომელიც იძახებს ექიმს; – პაციენტის სახელი, გვარი, სხვა მონაცემები (პირადი ნომერი, პოლისის ნომერი და სხვ.), მისამართი, ადგილმდებარეობა და საკონტაქტო დეტალები; – სიმპტომების ჩამონათვალი, რისთვისაც სურთ ექიმის ბინაზე გამოძახება; – სიმპტომების დაწყების დრო; – რამდენად ხშირად განიცდის პაციენტი აღნიშნულ სიმპტომებს; – მედიკამენტების დასახელება, დოზა და მიღების დრო; – დამატებით სხვა გარემოებები, რის გამოც პაციენტი/წარმომადგენელი ღელავს და სურს ექიმის ბინაზე გამოძახება.
R18	საჭიროა პაციენტის ინფორმირება ექიმის ბინაზე ვიზიტის სავარაუდო დროსთან დაკავშირებით, ხოლო ბინაზე ვიზიტის გადავადების შემთხვევაში მას უნდა განემარტოს გადავადების მიზეზი.
Q 6	**რა ალტერნატიული გადაწყვეტილებების მიღება შეუძლია ექიმს პაციენტის/მისი წარმომადგენლის მიერ ბინაზე გამოძახების მოთხოვნის შემთხვევაში?**
R19	გამოძახების მიმღები რეგისტრატორისაგან ინფორმაცია გადაეცემა ექიმს, რის შემდეგაც ექიმი გადარეკავს პაციენტთან უფრო დეტალური და სპეციფიკური მონაცემების შეგროვების მიზნით, რომლებიც საჭიროა ადექვატური გადაწყვეტილების მისაღებად.
R20	რეგისტრატორისგან გამოძახების შესახებ ინფორმაციის მიღების შემდეგ, ექიმს შეუძლია: – გადარეკოს პაციენტთან და შეაფასოს რამდენად აუცილებელი და სასწრაფოა ბინაზე ვიზიტი; – პაციენტთან/მის წარმომადგენელთან სატელეფონო საუბრის შემდეგ, გამოიძახოს სასწრაფო დახმარების ბრიგადა; – დაგეგმოს ბინაზე ვიზიტი ტელეფონით დამატებითი ინფორმაციის მიღების გარეშე; – მისცეს პაციენტს რჩევა ტელეფონით საჭირო მკურნალობის ან დროებითი სიმპტომური ღონისძიებების შესახებ; – ურჩიოს პაციენტს, რომ მიმართოს ჰოსპიტალს;

	– გააფრთხილოს პაციენტი, რომ დაუყოვნებლივ დაუკავშირდეს მდგომარეობის გაუარესების ან მისი რჩევების შეუსრულებლობის შემთხვევაში.
Q 7	**რა უნდა იცოდეს პაციენტმა/მომვლელმა ექიმის ბინაზე გამოძახების შესახებ?**
R21	პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული ზოგადსაექიმო პრაქტიკის ექიმის ბინაზე გამოძახების პროცედურის შესახებ და დაიცვას ის.
R22	პაციენტის მოვალეობაა ექიმისა და პჯდ-ს სხვა პერსონალის მიმართ გამოიჩინოს პატივისცემა, თავაზიანობა და კეთილგანწყობა.
R23	პაციენტს მუდმივად უნდა ახსოვდეს, რომ ექიმი ყოველთვის ძალიან დაკავებულია. ამიტომ, პირველ რიგში, პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები (გულშემატკივრები) ბოლომდე უნდა დარწმუნდნენ, რომ თავად ვერ ახერხებენ სამედიცინო დაწესებულებაში მისვლას და ექიმის ბინაზე გამოძახება აუცილებელია .
R24	პაციენტს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ ექიმი თავის ოფისში უფრო ეფექტურად მუშაობს, ვიდრე ბინაზე, რადგანაც მისთვის ადგილზე უფრო ადვილად ხელმისაწვდომია სხვა პერსონალი და დამხმარე საშუალებები (გადაუდებელი დახმარების მედიკამენტები, ჰოსპიტალთან კომუნიკაციის შესაძლებლობა, საჭირო აღჭურვილობა, რომლის თან წაღებაც ბინაზე ვიზიტის დროს შეუძლებელია). ასევე, რეფერალის საჭიროების შემთხვევაში, ის ორგანიზაციულად უფრო სწრაფად განხორციელდება ექიმის სამუშაო ადგილზე.
R25	გადაუდებელი დახმარება პაციენტს გაეწევა სასწრაფო გადაუდებელი სამსახურის და არა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ.
R26	საჭიროა პაციენტმა იცოდეს, რომ ბინაზე ვიზიტის მოთხოვნისას სამედიცინო პერსონალს უნდა მიაწოდოს დეტალური და სრული ინფორმაცია მისი ჩივილებისა და მდგომარეობის შესახებ, რათა ექიმმა სწორად და დროულად განსაზღვროს, რა სახის ჩარევის განხორციელებაა აუცილებელი.
R27	პაციენტს მუდმივად უნდა ახსოვდეს, რომ ექიმს შეიძლება უფრო გადაუდებელ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი ჰყავდეს გასასინჯი.
R28	პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ ის არ არის უფლებამოსილი, მიიღოს გადაწყვეტილება ექიმის ბინაზე ვიზიტის შესახებ, არამედ ამ გადაწყვეტილებას

	იღებს ექიმი პაციენტის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე. ჩვეულებრივ, გამოძახების მიმღებ რეგისტრატორს სჭირდება დრო იმისათვის, რომ ექიმი ჩააყენოს საქმის კურსში. ამის შემდეგ ექიმი დაურეკავს პაციენტს სამედიცინო საჭიროების შესაბამისი მომსახურების მიწოდების მიზნით. რეგისტრატორი აცნობებს პაციენტს, დაახლოებით დროის რა შუალედში შეძლებს ექიმი მასთან დაკავშირებას.
R29	მშობელმა უნდა იცოდეს, რომ ცხელებით ან გამონაყარით ბავშვის მიყვანა კლინიკაში უსაფრთხოა. თუმცა, სასურველია წინასწარ აცნობოს რეგისტრატორს ამის შესახებ, რომ შეძლებისდაგვარად მალე მოხდეს ბავშვის კონსულტაციაზე მიღება.
R30	პაციენტმა/მომვლელმა საჭიროა იცოდეს, რომ ტრასპორტირება ექიმთან ვიზიტის მიზნით საკუთარი ძალებით უნდა განახორციელოს. სოციალური პრობლემები და ტრანსპორტირების თანხის დაზოგვა/უქონლობა არ შეიძლება წარმოადგენდეს ექიმის ბინაზე ვიზიტის მიზეზს.
R31	ექიმის ბინაზე გამოძახების პროცედურისა და/ან სამედიცინო მომსახურების თაობაზე არგუმენტირებული პრეტენზიების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტმა უნდა მიმართოს ადმინისტრაციას, რომელიც განიხილავს ამ კონკრეტულ შემთხვევას და პრობლემურ საკითხებთან დაკავშირებით პაციენტს მიაწოდებს დასაბუთებულ განმარტებას.

8.3 ეთიკურ - სამართლებრივი რეკომენდაციები

პაციენტების ბინაზე სამედიცინო მეთვალყურეობის პროცესში არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება ბაზისური ეთიკური პრინციპების დაცვას. განსაკუთრებით საყურადღებოა, როგორც ექიმის, ასევე პაციენტის პატივისცემა და კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მისი ჩართულობის უზრუნველყოფა. აუცილებელია პაციენტს/მომვლელს დეტალურად განემარტოს შეთავაზებული მომსახურების სარგებელი და მასთან დაკავშირებული რისკები. ასევე, საჭიროა პაციენტთან ერთად შემუშავდეს მომდევნო მოქმედების გეგმა.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვით შესაძლებელი გახდება პაციენტთა ბინაზე სამედიცინო მომსახურება განხორციელდეს საუკეთესო პრაქტიკასა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიხედვით, რომელიც მოიცავს როგორც რისკების დროულ შეფასებას, ასევე პაციენტთან ერთად გადაწყვეტილების მიღებას. ამის შედეგად

მოსალოდნელია სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული დანახარჯების რაციონალიზაცია.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენი ბინაზე გამოძახება იქნა მიღებული საანგარიშო პერიოდის მანძილზე?
- რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა ბინაზე ექიმის/ექთნის ვიზიტი?
- რამდენ შემთხვევაში იყო აუცილებელი ექიმის ვიზიტი ბინაზე?
- რეგისტრატორის ჩანაწერების მიხედვით, რამდენ შემთხვევაში შეფასდა ადექვატურად პაციენტთა საჭიროებები?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა რეკომენდებულია ორ წელიწადში ერთჯერ ან საფუძვლად აღებული გაიდლაინის განახლების შესაბამისად. ახალი მტკიცებულებების გაჩენის შემთხვევაში საჭირო ხდება წარმოდგენილი რეკომენდაციების მოდიფიცირება, ამიტომ პროტოკოლის ნაწილობრივი გადახედვა შესაძლებელია უფრო მოკლე პერიოდშიც განხორციელდეს.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსი იხილეთ ცხრილში **N1.**

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

ჯანდაცვის პროფესიონალების გადამზადებასთან ერთად მნიშვნელოვანია პაციენტთა ინფორმირება აღნიშნულ საკითხებზე, საინფორმაციო ბუკლეტების შემუშავება და მათი გავრცელება.

დანართი № 2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის/უბნის ექიმი	კლინიკური შეფასება; ბინაზე ვიზიტის გადაწყვეტილების მიღება; პჯდ გუნდის სხვა წევრების ჩართვა პროცესში; ალტერნატიული გადაწყვეტილების შეთავაზება პაციენტისათვის.	

ექთანი	ინდივიდუალური საჭიროებების შეფასება მკურნალობის/მოვლის თაობაზე; პაციენტის/მომვლელის კონსულტირება; ტრიაჟის განხორციელება.	
რეგისტრატორი	ბინაზე ექიმის გამოძახების უზრუნველყოფა; საჭირო ინფორმაციის შეგროვება; რჩევების მიცემა პაციენტისთვის კომპეტენციების ფარგლებში.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	
მატერიალურ-ტექნიკური/ორგანიზაციული		
დოკუმენტირება	დეტალური, ზუსტი, პაციენტთან/მომვლელთან გაზიარებული ჩანაწერების გაკეთება.	სავალდებულო
დამხმარე აღჭურვილობა	ტელეფონი; პაციენტების რეესტრი; ადგილობრივი ალტერნატიული სამსახურების საკონტაქტო ინფორმაცია.	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება, სამახსოვროებისა და ბუკლეტების შემუშავება/ დაბეჭდვა, სოციალური მარკეტინგის აქტივობების ორგანიზება.	სასურველი

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Royal Collllege of General Practitioners Dr R W Wbster & Partners - www.drwebsterandpartners.nhs.uk/rwhomevisits.html
2. Home visit guidelines – Leicestershire LMCvisiting guidelines Burbage surgery www.burbagesurgery.co.uk/homeVisitGuide.aspx
3. The RACGP Standards for general practices: 4th edition Standard 1.1 Access to care Criterion 1.1.3 Home and other visits
4. House Calls: taking The Practice to the Patient – James M. Giovino, MD Fam Pract Manag. 2000 Jun; 7(6): 49-56
5. Murtagh J. General practice. 4th edn. Sydney: McGraw Hill, 2007
6. Boerma WGW, Groenewegen PP. GP home visits in 18 European countries, Eur J Gen Pract 2001;7:132-7
7. Van den Berg MJ, Cardol M, Bongers"FJM, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract 2006; 7;58
8. Snijder EA, Kersting M, Theile G, et al. Home visits in German general practice: findings from routinely collected computer data of 158,000 patients. [German –abstract in English]. Gesundheitswesen 2007;69:679–85.
9. Piterman L. We lose so much when we give up on home visits. Australian Doctor 2008; Feb 8, p. 16.
10. Smith P, 2008. Home visits on their deathbed. Australian Doctor 2008; Jan 16, p. 1.
11. Britt H, Miller GC, Charles J, et al. General practice activity in Australia 2006–07.
12. AIHW Cat No GEP 21. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2008.
13. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: A cross-sectional study of GPs. MedJ Aust 2005;183:352–6.
14. Killer G. New models of primary care: Working with the Australian general practice network. Paper presented at the Australian General Practice Network Forum, Hobart, November 2007.
15. Australian Institute of Health and Welfare. Older Australians at a glance (4th edn). AIHW Cat No AGE 52. Canberra: AIHW, 2007.
16. Medicare Australia. Medicare Benefits Schedule (MBS) Item Statistics Reports. Available at www.medicareaustralia.gov.au/statistics/dyn_mbs/forms/mbs_tab4. shtml [Accessed May 2008].
17. Australian Government Department of Health and Ageing. Medicare Benefits Schedule Online. Available at www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing. nsf/Content/Medicare-Benefits-Schedule-MBS-1 [Accessed May 2008].
18. Australian Government Department of Health and Ageing. Medicare Statistics December Quarter 2007. [Table G1A – Number of services for non-referred (GP) attendances]. Available at www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/ Content/medstat-dec07-tables-g [Accessed May 2008].

19. Department of Health and Ageing. General practice in Australia 2004. Canberra: DoHA, 2005.
20. Australian Bureau of Statistics. Australian historical population statistics. ABS Cat No 3105.0.65.001. Canberra: ABS, 2006.
21. Australian Bureau of Statistics. Population by age and sex, Australian states and territories. ABS Cat No 3201.0. Canberra: ABS, 2007.
22. Australian Bureau of Statistics. Consumer Price Index, Australia. ABS Cat No 6401.0. Canberra: ABS, 2008.
23. Medicare Australia. Divisions of General Practice Statistics Reports. Available at www.medicareaustralia.gov.au/statistics/div_gen_prac.shtml [Accessed May 2008].
24. Abbott T. Good health systems, getting better. The health policy of the Liberal Party. Med J Aust 2007;187:490–2.
25. Steering Committee for the Review of Government Service Provision, 2008. Report on Government Services. Canberra: Productivity Commission, 2008.
26. Australian Government Department of Health and Ageing. Medicare Benefits Schedule Book 1 November 2006.
27. Australian Government Department of Health and Ageing. Medicare Benefits Schedule Book, November 2001.