




სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარისხის უზრუნველყოფის საორგანიზაციო მექანიზმები და თანამედროვე ტენდენციები ქართულ კლინიკებში

Organizational mechanisms and modern trends in ensuring the quality of medical documentation in Georgian clinics

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.01.14>

მარი არაბიძე^{1ა}

Mari Arabidze¹

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო.

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia.

საკონტაქტო ავტორი: მარი არაბიძე - ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, m_arabidze2@cu.edu.ge

Corresponding Author: Mari Arabidze - School of Business, Caucasus University, m_arabidze2@cu.edu.ge

აბსტრაქტი

შესავალი: სამედიცინო ჩანაწერები პაციენტის მოვლის პროცესისა და კლინიკური მართვის ფუნდამენტური კომპონენტია, რის გამოც დოკუმენტაციის ხარისხის შესწავლა და მისი მუდმივი გაუმჯობესება ჯანდაცვის სექტორის უწყვეტ გამოწვევას წარმოადგენს. ჩანაწერების სისრულესა და სიზუსტეზე არაერთი კომპლექსური ფაქტორი ახდენს გავლენას, მათ შორის ადამიანური რესურსების მენეჯმენტი, პერსონალის ქცევითი ასპექტები და საოპერაციო სტანდარტების დაცვა. წინამდებარე ნაშრომის მიზანია პაციენტის მოვლისა და კლინიკის წარმატებული ფუნქციონირების პროცესში სამედიცინო ჩანაწერების როლის განსაზღვრა, ხარისხზე მოქმედი ფაქტორების იდენტიფიცირება, აგრეთვე ქალაქდმატარებელ ისტორიებთან დაკავშირებული საორგანიზაციო სირთულეების ანალიზი და ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერების (EHR) დანერგვით გამოწვეული ტრანსფორმაციის შეფასება. **მეთოდოლოგია:** დასახული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ, ნახევრადსტრუქტურირებული ჩადრმავებული ინტერვიუები ჯანდაცვის სფეროს ხარისხის მენეჯერებთან. ამასთანავე, განხორციელდა მეორეული მონაცემების, საერთაშორისო საუკეთესო პრაქტიკის, დარგობრივი სტანდარტებისა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის რეტროსპექტული ანალიზი. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხი პირდაპირპროპორციულ კავშირშია ჰოსპიტალის მართვის ეფექტურობასა და პაციენტთა უსაფრთხოებასთან. გამოიკვეთა, რომ დოკუმენტირების ხარისხზე, ტექნიკურ და ადამიანურ ფაქტორებთან ერთად, არსებით გავლენას ახდენს ორგანიზაციის შიდა პოლიტიკა და მატერიალურ-მორალური სტიმულირების (ჯილდოებისა და ჯარიმების მართვის) მექანიზმები. ელექტრონული სისტემების დანერგვამ საგრძნობლად შეამცირა მონაცემთა დაკარგვის რისკი და აამაღლა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, თუმცა გამოავლინა პერსონალის ადაპტაციასთან დაკავშირებული



ტექნოლოგიური ბარიერები. **დასკვნა:** სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის უზრუნველყოფა და ხარვეზების პრევენცია მოითხოვს სისტემურ მიდგომას, რაც გულისხმობს არა მხოლოდ ციფრული ინსტრუმენტების ინტეგრირებას, არამედ კლინიკების შიდა საორგანიზაციო იერარქიის ოპტიმიზაციას, პერსონალის უწყვეტ პროფესიულ განათლებას და ხარისხის მართვის დეპარტამენტების ფუნქციურ გაძლიერებას.

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო ჩანაწერი, ხარისხის უზრუნველყოფა, ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერები, პაციენტის უსაფრთხოება, კლინიკური მართვა.

რეკომენდირებული ციტირება: არაბიძე მ. (2026). სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარისხის უზრუნველყოფის საორგანიზაციო მექანიზმები და თანამედროვე ტენდენციები ქართულ კლინიკებში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 10 (1). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.01.14>

Abstract

Introduction: Medical records are critical to patient care and clinical management, making continuous quality improvement essential. This study aims to evaluate the role of medical records in hospital performance, identify factors affecting documentation quality, and assess the transition from paper-based histories to Electronic Health Records (EHR). **Methodology:** A qualitative approach was employed, using semi-structured in-depth interviews with healthcare quality managers. Additionally, desk research was conducted to analyze international best practices, industry standards, and the regulatory framework of Georgia's healthcare sector. **Results:** The quality of medical records directly correlates with hospital management efficiency and patient safety. Beyond technical and human factors, quality is heavily influenced by internal hospital policies and incentive/penalty systems. EHR implementation significantly reduces data loss and improves accessibility, though it introduces technological adaptation barriers for staff. **Conclusion:** Ensuring documentation quality requires a systemic approach. This involves integrating digital tools, optimizing internal organizational hierarchies, providing continuous staff training, and strengthening the functional capacity of quality management departments.

Keywords: Medical records, quality assurance, Electronic Health Records (EHR), patient safety, clinical management.

Recommended Citation: Arabidze M. Organizational mechanisms and modern trends in ensuring the quality of medical documentation in Georgian clinics (2026). Health Policy, Economics and Sociology, 10(1). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.01.14>

შესავალი

სამედიცინო ჩანაწერი წარმოადგენს ფუნდამენტურ სამართლებრივ და კლინიკურ დოკუმენტს, რომელიც აერთიანებს ამომწურავ ინფორმაციას პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების, ჩატარებული მანიპულაციების, მკურნალობის შედეგების, პრე- და პოსტოპერაციული მოვლისა და სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიწოდებული ყველა სხვა სერვისის შესახებ (Bali et al., 2011). ხარისხიან და სრულყოფილ სამედიცინო დოკუმენტაციას უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ჰოსპიტალური სექტორის წარმატებული ფუნქციონირებისათვის, ვინაიდან სამედიცინო რეზიუმეს სისრულე პირდაპირ ასახავს საავადმყოფოს მიერ გაწეული მომსახურების საერთო ხარისხს (Ayuningsih et al., 2022).

თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო ჩანაწერები აღარ განიხილება მხოლოდ ექიმის შიდა მოხმარების ხელსაწყოდ; ისინი უშუალო გავლენას ახდენენ ბენეფიციართა უსაფრთხოებაზე, სამეცნიერო კვლევების ვალიდურობაზე, ჯანდაცვის პოლიტიკის დაგეგმვასა და კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების პროცესზე (Nugraheni et al., 2023). გარდა ამისა, აღნიშნული დოკუმენტაცია წარმოადგენს მუდმივი ინტერესის საგანს სადაზღვევო კომპანიებისა და მარეგულირებელი სახელმწიფო ორგანიზაციებისათვის, რაც მას ფინანსური და სამართლებრივი ურთიერთობების მთავარ საფუძვლად აქცევს.

სამედიცინო ჩანაწერების სიზუსტე, სისრულე და ხელმისაწვდომობა პირდაპირპროპორციულ კავშირშია სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან. დანაკლისი ამ პროცესში ორმხრივ ნეგატიურ ეფექტს იწვევს: ერთი მხრივ, იგი აქვეითებს პაციენტის მოვლის ხარისხს, ხოლო, მეორე მხრივ, მნიშვნელოვნად ზრდის ჯანდაცვის არამიზნობრივ ხარჯებს (Endriyas et al., 2022). არასრულად ან არასწორად შევსებული დოკუმენტაცია ხშირად ხდება არასწორი კლინიკური დიაგნოზის, არაეფექტური მკურნალობის ტაქტიკისა და სამედიცინო შეცდომების მიზეზი, რაც პირდაპირ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას.

მედიცინის ინსტიტუტის (Institute of Medicine [IOM]) განმარტებით, კლინიკური ხარისხის გაუმჯობესების ნებისმიერი აქტივობა საჭიროებს ზუსტ, ვალიდურ და დროულ მონაცემებს, რაც საავადმყოფოებს აძლევს განვითარებისა და სტრატეგიული ცვლილებების განხორციელების შესაძლებლობას (Ayuningsih et al., 2022). ჰოსპიტალში პაციენტების სამედიცინო ჩანაწერების რეტროსპექტული განხილვა ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამების ერთ-ერთ საკვანძო კომპონენტს წარმოადგენს, რაც საშუალებას იძლევა სერვისის მიწოდების შემდგომ ეტაპზე იდენტიფიცირებულ იქნეს სისტემური ხარვეზები.

ინფორმაციული ნაკლოვანებები განსაკუთრებით მწვავედ ვლინდება პაციენტის განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციისას, როდესაც ჯანდაცვის პროფესიონალებს არ აქვთ წვდომა ანამნეზურ მონაცემებზე. ამასთანავე, არასრული დოკუმენტაცია აფერხებს საავადმყოფოს მენეჯმენტს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, ართულებს სამედიცინო დავებისა და საჩივრების მართვას და ფინანსური პრობლემების წინაშე აყენებს ორგანიზაციას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით, არასათანადო ჩანაწერები არა მხოლოდ საფრთხეს უქმნის კლინიკურ უსაფრთხოებას, არამედ შეუძლებელს ხდის მომსახურების რეალური ღირებულების კალკულაციასა და სამედიცინო სერვისების ადეკვატურ ანაზღაურებას (Vianiomaki et al., 2009). შესაბამისად, სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის მართვა - სტანდარტიზებული პროტოკოლების დანერგვის, პერსონალის გადამზადებისა და თანამედროვე ტექნოლოგიების ინტეგრირების გზით - ჯანდაცვის ორგანიზაციების უპირატეს პრიორიტეტს წარმოადგენს (Rosenbloom et al., 2014).

წინამდებარე კვლევის მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის უზრუნველყოფაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორების კომპლექსური შესავალი და ანალიზი, როგორცაა ადამიანური რესურსების კომპეტენცია, ტექნოლოგიური ინფრასტრუქტურა და შიდა მონიტორინგის სისტემები.

კვლევის კონკრეტული ამოცანებია:

- ჯანდაცვის პროვაიდერებისა და ადმინისტრატორების ცოდნის, რწმენისა და აღქმის შესწავლა სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების ღირებულებასთან დაკავშირებით;
- ხარისხის მართვის პროცესში არსებული ბარიერებისა და გამოწვევების იდენტიფიცირება;
- პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავება, რომლებიც ხელს შეუწყობს სამედიცინო დოკუმენტაციის სტანდარტიზაციას და, გრძელვადიან პერსპექტივაში, უფრო ეფექტური, ფინანსურად მდგრადი და უსაფრთხო ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებას.

მეთოდი

დასახული მიზნებისა და ამოცანების მისაღწევად, წინამდებარე კვლევაში გამოყენებულია შერეული მიდგომა, რომელიც მოიცავს როგორც პირველადი, ისე მეორეული მონაცემების კომპლექსურ ანალიზს. აღნიშნული მიდგომა უზრუნველყოფს კვლევის ვალიდურობას, სანდოობასა და მიღებული შედეგების მრავალმხრივ შეფასებას.

პირველადი მონაცემების შეგროვება (თვისობრივი კვლევა)

პირველადი მონაცემების მოპოვების მიზნით გამოყენებულ იქნა თვისობრივი კვლევის მეთოდი, კერძოდ, ნახევრადსტრუქტურირებული ჩაღრმავებული ინტერვიუ. ეს მეთოდი საშუალებას იძლევა რესპონდენტებისგან მიღებულ იქნეს სიღრმისეული, დეტალური ინფორმაცია შესასწავლი ფენომენის შესახებ და გამოვლინდეს ისეთი ნიუანსები, რომლებიც რაოდენობრივი კვლევის მიღმა რჩება.

სამიზნე ჯგუფი და შერჩევა: კვლევის სამიზნე ჯგუფს (შერჩევის ერთეულს) წარმოადგენდნენ ჯანდაცვის მენეჯმენტის სფეროში მოქმედი ხელმძღვანელი პირები, საქართველოს სხვადასხვა მრავალპროფილური კლინიკის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელები. მათი კომპეტენცია პირდაპირ უკავშირდება სამედიცინო დოკუმენტაციის მართვასა და ყოველდღიურ მონიტორინგს.

კვლევის პერიოდი და არეალი: ინტერვიუები ჩატარდა 2025 წლის გაზაფხულზე, ქალაქ თბილისში მოქმედ რამდენიმე მრავალპროფილურ სამედიცინო დაწესებულებაში.

კვლევის ინსტრუმენტი და თემატიკა: ინტერვიუები წარიმართა წინასწარ შემუშავებული გზამკვლევის (ღია კითხვების) საფუძველზე, რომელიც ორიენტირებული იყო სიღრმისეული და ობიექტური ინფორმაციის მიღებაზე. საკვლევი აქცენტები მიიმართა იმის დასადგენად, თუ როგორ აღიქვამენ ჯანდაცვის პროვაიდერები და ადმინისტრატორები კლინიკური დოკუმენტაციის დანიშნულებას, რა მეთოდებს იყენებენ მისი წარმოებისთვის, რა გამოწვევებს აწყდებიან ყოველდღიურ პრაქტიკაში და რა რეკომენდაციები აქვთ არსებული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

თითოეული ინტერვიუ იყო ერთსაათიანი და ინფორმაციის სანდოობისა და ეთიკური ნორმების დაცვით წარიმართა სამედიცინო ცენტრების იზოლირებულ, კერძო საკონფერენციო დარბაზებში. მონაწილეები წინასწარ იყვნენ ინფორმირებულნი კვლევის მიზნებისა და მიღებული მონაცემების ექსკლუზიურად აკადემიური მიზნებისთვის გამოყენების შესახებ. რესპონდენტთა ნებაყოფლობითი თანხმობის საფუძველზე, შეხვედრები ჩაიწერა აუდიოფორმატში, რის შემდეგაც განხორციელდა მათი სრული verbatim-ტრანსკრიფცია (სიტყვა-სიტყვითი გაშიფვრა) და თემატური კოდირება ანალიზის გასამართივებლად (მიენიჭათ კოდები R1-დან R7-მდე).

კვლევის ეთიკა და კონფიდენციალურობა

კვლევის მონაწილეთა დაცულობისა და ეთიკური ნორმების მკაცრი უზრუნველყოფის მიზნით, ინტერვიუში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებისა და რესპონდენტების ვინაობა სრულად ანონიმურია და ნაშრომში არ ზუსტდება. აღნიშნული მიდგომა ხელს უწყობდა ღია, თავისუფალი და კომფორტული საკვლევი გარემოს შექმნას, რაც მინიმუმამდე ამცირებს პასუხების სოციალური სასურველობისა თუ მიკერძოებულობის რისკს.

მეორეული მონაცემების ანალიზი

კვლევის თეორიულ-ნორმატიული ჩარჩოს შესაქმნელად განხორციელდა მეორეული მონაცემების რეტროსპექტული ანალიზი. კვლევის ამ ნაწილში დეტალურად იქნა შესწავლილი და დამუშავებული შემდეგი მასალები:

- ჯანდაცვის სექტორის მარეგულირებელი კანონმდებლობა და ეროვნული რეგულაციები/ბრძანებები სამედიცინო ჩანაწერების წარმოებასთან დაკავშირებით;
- სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარისხის უზრუნველყოფის საერთაშორისო სტანდარტები;
- თანამედროვე სამეცნიერო ლიტერატურა, რეცენზირებადი აკადემიური სტატიები და დარგობრივი საერთაშორისო ანგარიშები.

ორივე ტიპის კვლევის მეთოდის სინთეზურმა გამოყენებამ შესაძლებელი გახადა თეორიული და სამართლებრივი საფუძვლების დაკავშირება საქართველოს ჯანდაცვის

სისტემაში არსებულ პრაქტიკულ რეალობასთან, რაც საფუძვლად დაედო მიღებული შედეგების სიღრმისეულ ინტერპრეტაციას.

შედეგები

თემატური ანალიზის შედეგები

ხარისხის მართვის სპეციალისტთა ფუნქციური მოვალეობები

ინტერვიუს დასაწყისში რესპონდენტებმა დეტალურად აღწერეს თავიანთი ყოველდღიური საქმიანობა სამედიცინო ჩანაწერების მონიტორინგის მიმართულებით. რესპონდენტებმა, რომლებმაც მონაწილეობა მიიღეს კვლევაში აღნიშნეს, რომ მათი პასუხისმგებლობა მოიცავს სტაციონარული სამედიცინო ჩანაწერების ყოველდღიურ მონიტორინგს, დეტალურ ანალიზს, აუდიტის ჩატარებას და უკუკავშირს სამედიცინო ჩანაწერების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად. მათ აღნიშნეს, რომ მნიშვნელოვანია მენეჯმენტის აქტიური ჩართულობა სამედიცინო ჩანაწერების მაღალი ხარისხის შენარჩუნების პროცესში და გაუმჯობესების პოლიტიკის დაგეგმვაში.

„ჩემი ფუნქციონალური მოვალეობა მოიცავს სტაციონარული სამედიცინო ჩანაწერების ყოველდღიურ მონიტორინგს, შიდა აუდიტის ჩატარებას და კლინიკური გადაცდომებისა თუ დოკუმენტაციის ხარვეზების გამოვლენის მიზნით დეტალური ანალიზის მომზადებას.“ (R1)

„ჩემი პასუხისმგებლობა სამედიცინო ჩანაწერების სისტემურ შემოწმებას გულისხმობს, რაც მოიცავს დოკუმენტაციის სისრულისა და მოქმედ კანონმდებლობასთან შესაბამისობის კონტროლს. ასევე, ჩემი ამოცანაა ისეთი შიდა პროტოკოლების შემუშავება, რომლებიც აღმოფხვრის არსებულ ხარვეზებს და გააუმჯობესებს სამუშაო პროცესს.“ (R2)

სამედიცინო ჩანაწერების ძირითადი ფუნქციები

თვისობრივმა კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო ჩანაწერებს მრავალმხრივი დანიშნულება აქვს. რესპონდენტებმა გამოყვეს ხუთი ძირითადი განზომილება: კლინიკური, ფინანსური, სამართლებრივი, კვლევითი და საგანმანათლებლო.

კლინიკური ფუნქცია და მულტიდისციპლინური კომუნიკაცია:

„სამედიცინო ჩანაწერს უპირველესი კლინიკური ფუნქცია აქვს. იგი გამოიყენება ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგისთვის, ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ჩატარებული პროცედურების აღრიცხვისა და შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისთვის. გარდა ამისა, იგი ეხმარება სამედიცინო გუნდის წევრებს შორის ინფორმაციის უწყვეტ გაცვლას, რათა ყველა ჩართული სპეციალისტი თანაბრად იყოს ინფორმირებული პაციენტის დინამიკის შესახებ.“ (R1)

ფინანსური ფუნქცია (ბილინგი):

„ჩვენი სამედიცინო დაწესებულების მთავარი აქცენტი, რა თქმა უნდა, პაციენტის მოვლაა, თუმცა კლინიკურ დოკუმენტაციას სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს ფინანსური ანგარიშსწორების (ბილინგის) მიზნებისათვის. ჩანაწერებში დასაფიქსირებელი ინფორმაცია ხშირად პირდაპირ განისაზღვრება დამფინანსებლისა თუ სადაზღვევო კომპანიების მოთხოვნებით, ვინაიდან შესაბამისი და ზუსტი მონაცემების გარეშე გაწეული მომსახურების ანაზღაურება შეუძლებელია.“ (R2)

სამართლებრივი ფუნქცია და ინფორმირებული თანხმობა:

„დოკუმენტაციას უმნიშვნელოვანესი სამართლებრივი დანიშნულება აქვს, მან მკაფიოდ უნდა ასახოს პროვაიდერის კლინიკური მსჯელობა და ინტერვენციის საფუძვლები, რათა სამართლებრივი დავის შემთხვევაში დაიცვას ექიმისა და კლინიკის ინტერესები. დოკუმენტირების პროცესი მჭიდროდ არის დაკავშირებული იურიდიული მოთხოვნების დაკმაყოფილებასთან. მაგალითად, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“

მოითხოვს, რომ ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევა განხორციელდეს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, რასაც ჩვენს კლინიკაში მკაცრად ვაკონტროლებთ.“ (R3)

კვლევითი და სტატისტიკური ფუნქცია:

„სამედიცინო ჩანაწერი ბევრი კლინიკური კვლევის საფუძველია. იგი საშუალებას გვაძლევს დავაკვირდეთ ტენდენციებს პაციენტთა სხვადასხვა ჯგუფში, რაც მის მნიშვნელობას ინდივიდუალური პაციენტის დონიდან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მასშტაბამდე ზრდის. ხარისხიანი ჩანაწერები აუცილებელია ეპიდემიოლოგიური კვლევებისა და დაავადებათა მონიტორინგისთვის. მაგალითად, კლინიკის ეპიდემიოლოგი სწორედ ამ მონაცემების საფუძველზე აგროვებს სტატისტიკას და გადასცემს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს (NCDC).“ (R4)

საგანმანათლებლო ფუნქცია:

„სამედიცინო ჩანაწერი არ არის მხოლოდ ინფორმაციის საცავი, იგი სწავლების ეფექტური ინსტრუმენტიცაა. პრაქტიკაში ჩანაწერები გამოიყენება იმისათვის, რომ თავად სამედიცინო პერსონალმა აითვისოს ხარისხიანი დოკუმენტირების სტანდარტები. როდესაც სამედიცინო ისტორიების განხილვისას სამაგალითო ჩანაწერს ვხვდები, მას აუცილებლად ვიყენებ ნიმუშად სხვა კლინიკისტების სწავლების პროცესში.“ (R5)

სრულყოფილი დოკუმენტირების გავლენა პაციენტის მოვლაზე

რესპონდენტები ერთხმად აღნიშნავენ, რომ სამედიცინო ისტორიის სრულყოფილად შევსება პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო შეცდომების პრევენციასთან და კლინიკური გადაწყვეტილებების სისწრაფესთან.

„ჩანაწერების სრულყოფილებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის უსაფრთხოებისთვის. სრულფასოვანი ისტორია მოიცავს პაციენტის ანამნეზის დეტალურ აღწერას, რაც კლინიკური შეცდომების ალბათობას მინიმუმამდე ამცირებს.“ (R3)

„როდესაც სამედიცინო ისტორია სრულყოფილადაა დოკუმენტირებული, კლინიკისტებს ეძლევათ შესაძლებლობა, სწრაფად მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილება. გაუმართავი და არასრული ჩანაწერები კი იწვევს დროის ფუჭ კარგვას ინფორმაციის ძიებაში და აფერხებს ეფექტური, კოორდინირებული სამედიცინო მომსახურების გაწევას.“ (R4)

სამედიცინო ჩანაწერებში ხარვეზების გამომწვევი მიზეზები

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა ორი ძირითადი ფაქტორი, რომლებიც ხელს უშლის ხარისხიანი დოკუმენტაციის წარმოებას: ობიექტური (გადატვირთული სამუშაო გრაფიკი) და სუბიექტური (არასაკმარისი კომპეტენცია).

„ხარვეზების მთავარი მიზეზი ხშირად გადატვირთული სამუშაო გრაფიკი და კლინიკური პერსონალის დეფიციტია. როდესაც ექიმს ან ექთანს უწევს მრავალი პაციენტის ერთდროული მომსახურება, ფიზიკურად რთულია დროის სწორად გადანაწილება ზუსტი დოკუმენტირებისთვის. შედეგად, მცირე, მაგრამ მნიშვნელოვანი დეტალები ყურადღების მიღმა რჩება.“ (R5)

„ჩემი გამოცდილებით, ჩანაწერებში არსებული ხარვეზები ხშირად სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი ინფორმირებულობისა და კომპეტენციის შედეგია. ხშირ შემთხვევაში, მედპერსონალს არ აქვს მკაფიო ცოდნა იმის შესახებ, თუ როგორ და რა სიზუსტით უნდა შეივსოს პაციენტის კლინიკური სტატუსის ესა თუ ის კომპონენტი.“ (R6)

სამედიცინო ჩანაწერების როლი ჰოსპიტალურ მენეჯმენტში

ადმინისტრაციული თვალსაზრისით, რესპონდენტები სამედიცინო ჩანაწერებს განიხილავენ, როგორც ორგანიზაციული მართვისა და სტრატეგიული დაგეგმვის ქვაკუთხედს.

„სრულყოფილი სამედიცინო ჩანაწერები წარმოადგენს საავადმყოფოს წარმატებულად ფუნქციონირების საფუძველს, ვინაიდან ეს დოკუმენტაცია გვაწვდის უმნიშვნელოვანეს

ინფორმაციას სამართლებრივი, ფინანსური და აკრედიტაციის პროცესების ეფექტურად მართვისთვის.“ (R7)

„სრულყოფილი სამედიცინო ჩანაწერი მენეჯმენტისთვის გადაწყვეტი ინსტრუმენტია. დოკუმენტაციის სტრუქტურა განსაზღვრავს კლინიკური პროცესების გამჭვირვალობას და ანგარიშვალდებულებას. იგი გვაძლევს სტრატეგიული დაგეგმვისა და რესურსების ოპტიმალურად განაწილების შესაძლებლობას, რადგან ხარისხის გაუმჯობესების ყველა შიდა ინიციატივა სწორედ ამ მონაცემებზე დაყრდნობით იგეგმება. ეს არის სამართლებრივი დავებისგან თავდაცვისა და პაციენტზე ორიენტირებული სერვისების მიწოდების საწინდარი.“ (R2)

სტაციონარულ ჩანაწერებში ინფორმირებული თანხმობის წარმოება

კვლევის მონაწილეებმა ხაზი გაუსვეს, რომ ინფორმირებული თანხმობის ფორმების შევსება მკაცრად რეგულირდება სახელმწიფო სტანდარტებით და მას განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა.

„ჩვენს სამედიცინო დაწესებულებაში ინფორმირებული თანხმობის ფორმების შევსება სრულად კონტროლდება და შეესაბამება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №108/ნ-ის მოთხოვნებს. ფორმები ივსება ამომწურავად, თითოეული პუნქტი დეტალურად არის დასაბუთებული.“ (R1)

ხარისხის კონტროლისა და მონიტორინგის არსებული მექანიზმები

კლინიკებში სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის კონტროლი ხორციელდება როგორც პერიოდული აუდიტის, ისე ციფრული მონაცემთა ბაზების სტატისტიკური დამუშავების გზით.

„სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის კონტროლს ყოველთვიური შიდა აუდიტების ჩატარებით უზრუნველყოფთ, რაც გულისხმობს შემთხვევითობის პრინციპით შერჩეული ისტორიების დეტალურ რევიზიას. სამედიცინო პერსონალისთვის რეგულარულად ვატარებთ ტრენინგებს, სადაც განვიხილავთ ტიპურ შეცდომებს. ჩვენ ყოველდღიურ რეჟიმში ვმუშაობთ, რათა მყისიერად მოხდეს ხარვეზების იდენტიფიცირება და ექიმებისთვის უკუკავშირის (Feedback) მიწოდება.“ (R5)

„ჩვენ გვაქვს დანერგილი შიდა მონიტორინგის სისტემა, რომელიც გულისხმობს სპეციალურ Excel-ის ბაზაში თითოეული ექიმის მიერ დაშვებული შეცდომის დეტალურ აღრიცხვას. ეს მონაცემები ავტომატურად ჯგუფდება განყოფილებების მიხედვით, რაც გვაძლევს შიდა სტატისტიკას. იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტულ განყოფილებაში სისტემური ხარვეზების ტენდენცია იკვეთება, ჩვენ ზუსტად ვიცით, სად არის პრობლემა და ადმინისტრაცია დაუყოვნებლივ გამოსცემს შესაბამის გაფრთხილებებსა თუ რეკომენდაციებს.“ (R1)

ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების (EMR) უპირატესობები და გამოწვევები

ქალაქის დოკუმენტაციიდან ელექტრონულ სისტემებზე გადასვლამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ოპერაციული ეფექტურობა, თუმცა გამოავლინა ახალი ტიპის ტექნოლოგიური და ადაპტაციური ბარიერები.

„ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემის დანერგვამ მნიშვნელოვნად გაამარტივა შიდა პროცესები. ინფორმაციის მოძიება გახდა ბევრად სწრაფი, გამოირიცხა ჩანაწერების ფიზიკური დაკარგვის რისკი, ამოქმედდა ავტომატური შეხსენებები. თუმცა, გამოწვევად რჩება პერსონალის, განსაკუთრებით უფროსი თაობის, ახალ ტექნოლოგიებთან შეგუების სირთულე.“ (R2)

„ელექტრონული ჩანაწერები ზრდის მუშაობის პროდუქტიულობას, ამცირებს მონაცემთა დუბლირებას და აუმჯობესებს ანალიტიკურ შესაძლებლობებს. თუმცა, პერიოდული ტექნიკური შეფერხებები (სისტემური ხარვეზები) ზოგჯერ ხელს უშლის კლინიკური პროცესის უწყვეტობას.“ (R7)

სადაზღვევო ორგანიზაციებთან ურთიერთობა

სამედიცინო ჩანაწერი წარმოადგენს მთავარ არბიტრს კლინიკასა და მზღვეველს შორის ფინანსური დავების გადაჭრისას.

„სამედიცინო ჩანაწერები სადაზღვევო ორგანიზაციების მუდმივი ინტერესის საგანია. ისინი რეგულარულად ახორციელებენ სამედიცინო ისტორიების რევიზიას, ვინაიდან ესაჭიროებათ მკაფიო, დოკუმენტური მტკიცებულება იმისა, რომ პაციენტს ნამდვილად გაეწია ის სერვისი, რომლის ფინანსურ ანაზღაურებასაც კლინიკა ითხოვს.“ (R6)

რესპონდენტთა პრაქტიკული რეკომენდაციები

ინტერვიუს დასასრულს, ხარისხის მართვის ექსპერტებმა ჩამოაყალიბეს სტრატეგიული რეკომენდაციები სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის გრძელვადიანი გაუმჯობესებისთვის:

მონიტორინგის გამკაცრება და სტანდარტიზაცია:

„ჩემი გამოცდილებიდან გამომდინარე, აუცილებელია შიდა მონიტორინგის სისტემების გამკაცრება და მკაცრად სტანდარტიზებული ფორმების დანერგვა. საჭიროა პერსონალის მუდმივი გადამზადება დოკუმენტირების წესებთან დაკავშირებით. ასევე, ეფექტური იქნება ელექტრონულ სისტემაში სავალდებულო ველებისა და ავტომატური შემხსენებლების ინტეგრირება, რათა არცერთი კრიტიკული კლინიკური დეტალი არ დარჩეს შევსების გარეშე.“ (R7)

კოდირების სისტემის განვითარება და ტრენინგები:

„მნიშვნელოვანია კოდირებისა და კლასიფიკაციის სისტემების შემდგომი განვითარება, რაც გაამარტივებს მონაცემთა გაზიარებასა და ხარისხის კონტროლს. კლინიკურ პერსონალს უნდა ჩაუტარდეს რეგულარული ტრენინგები ჯანდაცვის უახლესი სტანდარტებისა და ციფრული ტექნოლოგიების ასათვისებლად.“ (R5)

მონაცემთა უსაფრთხოება და პროაქტიული რისკების მართვა:

„სულ უფრო პრიორიტეტული ხდება მონაცემთა უსაფრთხოებისა და კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხები. გარდა ამისა, ელექტრონულ სისტემაში უნდა ჩაშენდეს წინასწარი კონტროლის (ცნობარების) მექანიზმები, რათა ნებისმიერ დარღვევაზე მოხდეს მყისიერი რეაგირება და სამომავლო რისკების პრევენცია.“ (R3)

დისკუსია

წინამდებარე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხის გავლენის შესწავლა ჯანდაცვის ორგანიზაციების მართვასა და პაციენტთა უსაფრთხოებაზე. ჩატარებული კვლევის შედეგები მნიშვნელოვან თანხვედრაშია საერთაშორისო აკადემიურ ლიტერატურასთან და ევროპული ქვეყნების საუკეთესო პრაქტიკასთან, თუმცა გამოკვეთს ქართული რეალობისთვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ გამოწვევებსაც.

ლიტერატურის მიმოხილვაში განხილული ნიდერლანდების მაგალითი, სადაც „სამედიცინო მკურნალობის კონტრაქტის შესახებ კანონი“ (WGBO) მკაცრად განსაზღვრავს ჩანაწერების წარმოების ვალდებულებას, პირდაპირ კავშირშია ჩვენს მიგნებებთან. ნიდერლანდური მოდელი ხაზს უსვამს, რომ ჩანაწერი არის არა მხოლოდ კლინიკური, არამედ სამართლებრივი დოკუმენტაცია. ჩვენი კვლევის მონაწილეებმაც დაადასტურეს, რომ სრულყოფილი დოკუმენტაცია საუკეთესო თავდაცვაა სამართლებრივი დავების დროს, რაც სრულად შეესაბამება დასავლურ პრაქტიკას.

ასევე, შვეიცარიის მაგალითი და „ელექტრონული პაციენტის ჩანაწერების შესახებ ფედერალური კანონი“ (EPDG) აჩვენებს, თუ რამდენად დიდია სახელმწიფოს როლი სტანდარტიზაციის პროცესში. შვეიცარიული მიდგომა, რომელიც ორიენტირებულია მონაცემთა უსაფრთხოებასა და პაციენტის ჩართულობაზე, წარმოადგენს იმ ეტალონს, რომლისკენაც ქართული კლინიკები მიისწრაფვიან ციფრული ტრანსფორმაციის გზაზე. თუმცა,

თუ შვეიცარიაში ციფრული სისტემა კანონმდებლობითაა სინქრონიზებული, ქართულ რეალობაში, რესპონდენტების თქმით, ჯერ კიდევ არსებობს მკაფიო აცდენა ტექნიკურ შესაძლებლობებსა და მათ ერთიან ეროვნულ სტანდარტში მოქცევას შორის.

აიუნინგისა და მისი კოლეგების (Ayuningsih et al., 2022) მოსაზრება, რომ სამედიცინო რეზიუმე საავადმყოფოს მუშაობის ხარისხის სარკეა, სრულად დადასტურდა კვლევის ფარგლებში. რესპონდენტების განმარტებით, სრულყოფილი დოკუმენტაცია მენეჯმენტისთვის წარმოადგენს გადაწყვეტილების მიღების ფუნდამენტურ ინსტრუმენტს. ევროპული ქვეყნების მსგავსად, საქართველოშიც ხარისხიანი ჩანაწერები პირდაპირ აისახება კლინიკის ფინანსურ მდგრადობაზე, განსაკუთრებით სადაზღვევო ორგანიზაციებთან ფინანსური ანგარიშსწორებისა და კლინიკური მიზანშეწონილობის დადასტურების პროცესში.

ენდრიასის (Endriyas et al., 2022) მიერ იდენტიფიცირებული წამყვანი ბარიერი, დროის სიმცირე, ჩვენი კვლევის ერთ-ერთ მთავარ მიგნებად იქცა. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში დოკუმენტირების პროცესი მაღალტექნოლოგიურია, ადამიანური რესურსის გადატვირთვა გლობალურ გამოწვევად რჩება. წინამდებარე კვლევამ აჩვენა, რომ ქართულ რეალობაში პერსონალის მაღალი კლინიკური დატვირთვა ხშირად ხდება მექანიკური თუ ტექნიკური შეცდომების მიზეზი, რაც მიუთითებს მენეჯერული ოპტიმიზაციისა და სამუშაო საათების სწორი გადანაწილების აუცილებლობაზე.

ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების (EHR) დანერგვა, რომელიც თანამედროვე კვლევებში პროცესების გაუმჯობესების მთავარ ბერკეტად განიხილება (ინოვაციებისა და რეფორმების ცენტრი, 2022), ჩვენმა ნაშრომმაც ცალსახად დადებითად შეაფასა. შვეიცარიული მოდელის მსგავსად, სადაც EHR-ის ძირითადი მიზანი პაციენტის უსაფრთხოების გაზრდაა, ქართველი რესპონდენტებიც აღნიშნავენ, რომ ციფრული სისტემები საგრძნობლად ამცირებს ინფორმაციის ფიზიკური დაკარგვის რისკს. თუმცა, მკაფიოდ გამოიკვეთა სპეციფიკური ტექნოლოგიური ბარიერი, რაც პერსონალის გარკვეული ნაწილის ახალ პლატფორმებთან ადაპტაციის სირთულეს გულისხმობს და კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს კლინიკებში უწყვეტი, პრაქტიკული ტრენინგების ორგანიზების აუცილებლობას.

კვლევის შედეგად გამოკვეთილი ტენდენციები სრულად ადასტურებს საწყის ჰიპოთეზას, რომ სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხი კომპლექსური, მრავალფაქტორიანი ფენომენია. საერთაშორისო პრაქტიკის ფონზე აშკარაა, რომ საქართველოში არსებული პრობლემები გლობალური გამოწვევების ანალოგიურია, თუმცა მათი წარმატებით გადაჭრა ადგილობრივ დონეზე მოითხოვს უფრო მკაფიო საკანონმდებლო რეგულაციებს, შიდაკლინიკური დატვირთვის ოპტიმიზაციასა და საავადმყოფოების ელექტრონული სისტემების შემდგომ ფუნქციურ დახვეწას.

დასკვნა, რეკომენდაციები

წინამდებარე კვლევამ თვალსაჩინოდ აჩვენა, რომ ხარისხის მართვის მენეჯერებისა და პროცესზე პასუხისმგებელი პირების აქტიურ ჩართულობას საკვანძო მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო ჩანაწერების კონტროლისა და შეფასების პროცესში. კლინიკურ პრაქტიკაში დოკუმენტაციის ხარისხის უზრუნველყოფის ეფექტურობა პირდაპირ არის დეტერმინირებული საავადმყოფოს ორგანიზაციული სტრუქტურითა და მართვის მოდელით.

იმ დაწესებულებებში, სადაც ფუნქციონირებს ავტონომიური ხარისხის მართვის საბჭო ან კომიტეტი, მენეჯერებს აქვთ ფართო ფუნქციური ლეგიტიმაცია და ოპერაციული თავისუფლება. აღნიშნული მოდელი მათ აძლევს შესაძლებლობას, განახორციელონ ყოვლისმომცველი და პროაქტიული მონიტორინგი, სრულყოფილად შეაფასონ როგორც ტექნოლოგიური, ისე ადამიანური რესურსების პოტენციალი და უშუალო მონაწილეობა მიიღონ ორგანიზაციის სტრატეგიული განვითარების გეგმების შემუშავებაში.

ცენტრალიზაციის რისკები: რადიკალურად განსხვავებული სურათი იკვეთება მკაცრად ვერტიკალური, ცენტრალიზებული იერარქიის მქონე კლინიკებში, სადაც გადაწყვეტილების

მიღების უფლებამოსილება ექსკლუზიურად სამედიცინო დირექტორატის ან უმაღლესი ადმინისტრაციული მენეჯმენტის ხელშია. ასეთ გარემოში ხარისხის მართვის პოზიცია ხშირად მარგინალიზებულია, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში იწვევს დოკუმენტაციის ხარისხის სისტემურ გაუარესებას, შიდა საორგანიზაციო პროცესების ბიუროკრატიზაციასა და კლინიკური მართვის ეფექტურობის კლებას.

კვლევის შედეგებმა კიდევ ერთხელ დაადასტურა, რომ ვალიდური და მაღალხარისხიანი სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტაბილური ფუნქციონირების უპირატესი პირობაა. ზუსტი, დროული და სრულყოფილი კლინიკური დოკუმენტირების გარეშე პრაქტიკულად შეუძლებელია პაციენტის უსაფრთხო მკურნალობა, მულტიდისციპლინური გუნდის კოორდინირებული მუშაობა და სამედიცინო შეცდომების პრევენცია. შესაბამისად, კვლევის ფარგლებში იკვეთება პირდაპირპროპორციული და მჭიდრო ფუნქციური კავშირი სამედიცინო ჩანაწერების ხარისხობრივ მაჩვენებლებსა და პაციენტის მოვლის (Patient Care) საერთო უსაფრთხოებას შორის.

გამოყენებული ლიტერატურა

Kasaye, M. M., & Beshir, M. A. (2022). Medical documentation practice and associated factors among health workers at private hospitals in the Amhara region, Ethiopia 2021. Retrieved from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07809-6>

Ammenwerth, E., Haux, R., Knaup, P., & Pohl, U. (2000). Computer-based documentation systems and their integration into hospital information systems. International Institute of Informatics and Systemic.

Ayuningsih, R., Othman, s., & Nurqayyimah, A. (2022). A Short review on Quality Assurance in Patient's Medical Record and Medical Ethics. International journal of Bussiness and Technology Management, 1-8.

Azzolini, E., Furia, G., Cambieri, A. et al. (2019). Quality improvement of medical records through internal auditing: a comparative analysis. BMS health service.

Bali, A., Bali, D., Lyer, N., & Lyer, M. (2011). Management of medical records: facts and Figures For surgeons. Journal of Maxillofacial and oral surgery.

Cylus, J., Notile, E., Flgueras, J., & Mckee, M. (2016). What, if anything, does the Euro Health Consumer Index actually tell us? Eurohealth, 1-2.

Endriyas, M., Kawza, A., Alano, A., & Lemango, F. (2022). Quality of medical records in public health facilities: A case of southern ethiopia, resource limited setting. Health informatic journal, 1-5.

Euro Health Consumer Index. (2025). Worldpopulationreview.com. Retrieved from <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/euro-health-consumer-index-by-country>

Nugraheni, S. W., Kumar, S., & Azizah, L. R. (2023). Qualitative analisis of medical record documents in inpatient patients in the public health center. Global health Science Group, 1-10.

Organization, W. H. (2022). WHO. Retrieved from <https://www.who.int/europe/news/item/>

Patientendossier, B. ü. (2015, 06 19). Bundesrecht. Retrieved from fedlex: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/203/de#context-sidebar>

Rosenbloom, S., Kohorst, K., Gadd, C., & Ho, Y.-X. (2014). A Qualitative Analysis Evaluating The purposes And Practices Of Clinical Documentation. Schattauer, 1-16.

USAID, & პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახური. (2024). Pdps.ge. Retrieved from https://pdps.ge/files/content/Geo_2024_%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%9C%E1%83%98%E1%83%9B%E1%83%90%E1%83%9A%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98%20%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%A2%E1%83%98_1723032502.pdf

