

## **PROJEKTS**

Versija: 1.1

*Atbilstoši starp Nacionālo veselības dienestu un valsts sabiedrību ar ierobežotu atbildību „Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari”” noslēgtajam līgumam par rehabilitācijas klīniski metodiskās vadības nodrošināšanu 4.pielikuma 3.6.1., 3.6.2.punktam*

# **OBLIGĀTO PRASĪBU UN KVALITĀTES RĀDĪTĀJU DEFINĒŠANA PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM, KAS NODROŠINA REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMUS IEDZĪVOTĀJA DZĪVESVIETĀ**

Dokumenta projekta izstrādes darba grupa:

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste **Inese Svikliņa**  
Fizioterapeite **Dace Stirāne**  
Kvalitātes vadības sistēmu speciāliste **Laura Miltiņa**

## SATURS

Tekstā lietotie saīsinājumi .....	3
1. Pacientu prioritizēšana un atlase rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanai.....	4
2. Minimālās obligātās prasības pakalpojumu sniedzējiem rehabilitācijas nodrošināšanai iedzīvotāja dzīvesvietā.....	6
2.1. Prasības pakalpojuma sniedzējam rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā sniegšanai.....	6
2.2. Minimālās obligātās prasības pakalpojuma sniedzējam attiecībā uz resursu nodrošināšanu .....	11
3. Kvalitātes pārraudzības plāns .....	14
4. Medicīniskās dokumentācijas saturs par rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanu iedzīvotāja dzīvesvietā.....	16
5. Izmantoto informācijas avotu saraksts .....	19
1.pielikums .....	1

## **Tekstā lietotie saīsinājumi**

AL – audiologopēds

ET – ergoterapeits

FRM ārsts – fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts

FT – fizioterapeits

IAL - individuālie aizsardzības līdzekļi

KP – klīniskais un veselības psihologs

LR – Latvijas Republika

MK – Ministru kabinets

Pakalpojuma sniedzējs - rehabilitācijas pakalpojuma sniedzējs iedzīvotāja dzīvesvietā (ārstniecības iestāde)

SFK – Pasauls Veselības organizācijas Starptautiskā funkcionēšanas nespējas un veselības klasifikācija

TO – tehniskais ortopēds

Vispārīgā datu aizsardzības regula - Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK)

## **1. Pacientu prioritizēšana un atlase rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanai**

Rehabilitācijas pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvietā ir pakalpojumu kopums, kas ietver noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu pacientam viņa dzīvesvietā, izņemot ieslodzījuma vietas un sociālās aprūpes iestādes. Rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā saņēmēju prioritizēšanai nepieciešami skaidri definēti un saprotami noteikumi - **iekļaušanas kritēriji:**

- 1.1. Prioritāri rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā ir nepieciešams nodrošināt personām, kuras atbilst **vismaz vienam no zemāk uzskaitītajiem kritērijiem:**
  - 1.1.1. kurām 6 mēnešu laikā pēc akūtas traumas vai saslimšanas, vai hroniskas slimības saasinājuma ir radušies tādi funkcionēšanas traucējumi, kas neļauj pacientam, izmantojot tehniskos palīgīdzekļus, nokļūt uz ambulatoru rehabilitāciju;
  - 1.1.2. kurām pēc akūtas stacionārās ārstēšanas tiek plānots subakūts stacionārās rehabilitācijas posms, taču šis pakalpojums nav pieejams uzreiz;
  - 1.1.3. kurām specializēta stacionāra rehabilitācija tiek atlikta un plānota gadījumā, ja pēc rehabilitācijas iedzīvotāja dzīvesvietā pakalpojuma saņemšanas tiks novērota prognozētā funkcionālā stāvokļa uzlabošanās.
- 1.2. Rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā ir nepieciešams nodrošināt personām, kuras atbilst **visiem zemāk uzskaitītajiem kritērijiem:**
  - 1.2.1. zemas/vidējas intensitātes rehabilitācijas programma ir pietiekoša /atbilstoša un ir pierādījumi, ka rehabilitācijas rezultātā ir sagaidāmi funkcionēšanas uzlabojumi.
  - 1.2.2. Personas mērķis ir dzīvot jēgpilnu dzīvi;
  - 1.2.3. persona ir spējīga iesaistīties terapijas procesā un ir motivēta to darīt;
  - 1.2.4. kuru dzīvesvietā ir pacientam un rehabilitācijas speciālistam piemēroti apstākļi, ergonomiska un droša vide rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā realizācijai;
  - 1.2.5. medicīniski stabils veselības stāvoklis.
- 1.3. Rehabilitācijas pakalpojums iedzīvotāja dzīvesvietā netiek nodrošināts personām (**izslēgšanas kritēriji**), kurām:

- 1.3.1. vērojami adaptācijas traucējumi un funkcionēšanas ierobežojumi, kas neļauj saņemt un piedalīties paredzētajās pakalpojuma aktivitātēs;
- 1.3.2. ir absolūtas kontrindikācijas rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai:
  - 1.3.2.1. nestabils medicīniskais stāvoklis;
  - 1.3.2.2. dekompensēta sirds mazspēja;
  - 1.3.2.3. asiņošana vai tās iespējamība;
  - 1.3.2.4. aktīva plaušu tuberkuloze;
  - 1.3.2.5. febrila ķermeņa temperatūra;
  - 1.3.2.6. liela (>5 cm) inficēta brūce, rozes infekcija, gangrēna;
  - 1.3.2.7. pedikuloze, kašķis vai citas kontagiozas slimības, kas var apdraudēt paša pacienta un citu cilvēku veselību un dzīvību;
  - 1.3.2.8. neiropsihiatriskie traucējumi – izteikta demence ar ierobežotām pašaprūpes spējām vai izteikti psihiatriski traucējumi, kuru dēļ nav iespējams jebkāds rehabilitācijas posms.
- 1.3.3. ir nepietiekams rehabilitācijas potenciāls. Rehabilitācijas potenciālu (veiktspēju) – to nosaka pacienta spēja (gan ķermeniska, gan garīga) izturēt un realizēt paredzamo nepieciešamo terapiju un aktivitātes. Rehabilitācijas potenciālu izvērtē pirms rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā uzsākšanas. To izvērtē FRM ārsts pēc vairākiem kritērijiem:
  - 1.3.3.1. pacienta vispārējais stāvoklis – nestabils medicīniskais stāvoklis un kontrindikācijas;
  - 1.3.3.2. pacienta spēja aktīvi iesaistīties rehabilitācijā – tiek novērtēts funkcionēšanas traucējumu līmenis pēc SFK.;
  - 1.3.3.3. pacienta motivācija – sagaidāma aktīva pacienta līdzdalība rehabilitācijas programmā;
  - 1.3.3.4. vēlme mazināt savus funkcionēšanas traucējumus, ārsta un rehabilitācijas speciālistu rekomendāciju ievērošana, terapijas izpilde.

1.4. **Pacientu atlasī medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanai veic FRM ārsts, novērtējot:**

- 1.4.1. pacienta veselības stāvokli un ar to saistītos funkcionālos ierobežojumus;
- 1.4.2. medicīniskās rehabilitācijas potenciālu;
- 1.4.3. pacienta un viņa piederīgo motivāciju;
- 1.4.4. veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai.

## 2. Minimālās obligātās prasības pakalpojumu sniedzējiem rehabilitācijas nodrošināšanai iedzīvotāja dzīvesvietā

### 2.1. Prasības pakalpojuma sniedzējam rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā sniegšanai

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. Izvirzītā mērķa sasniegšanai tiek noteikti uzdevumi, kuru izpildi veic pakalpojuma sniegšanā mērķtiecīgi iesaistītie rehabilitācijas speciālisti. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus sniedz FRM ārsti, funkcionālie speciālisti konsultāciju, multiprofesionālu vai monoprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidā, pēc nepieciešamības piedaloties citām ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām (skat.1.tabulu).

*1.tabula. Aktivitātes rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā mērķa un uzdevumu sasniegšanai*

Uzdevumi:	Aktivitātes (*obligāta, **pēc nepieciešamības, ja to nosaka FRM ārsts)
Visaptveroša funkcionēšanas novērtēšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>● FRM ārsts veic pacienta novērtēšanu*</li> <li>● Funkcionālie speciālisti (FT, ET, TO, AL) veic pacienta novērtēšanu*, konsultāciju**</li> <li>● Klīniskā un veselības psihologa konsultācija**</li> </ul>
Individuāla rehabilitācijas plāna sastādīšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Komandas sapulce, kurā piedalās FRM ārsts un iesaistītie funkcionālie speciālisti (interpersonāla sadarbība), pacients un viņa tuvinieki/aprūpētājs*</li> </ul>
Funkcionēšanas traucējumu mazināšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Funkcionālie speciālisti (FT, ET, TO, AL) veic pacienta novērtēšanu*, konsultāciju**, nodrošina nodarbības**</li> <li>● Klīniskā un veselības psihologa konsultācija**</li> </ul>
Veselības veicināšana un komplikāciju profilakse	<ul style="list-style-type: none"> <li>● FRM ārsta konsultācija**, funkcionālie speciālisti (FT, ET, TO u.c.) sniedz konsultāciju**, nodrošina nodarbības (interpersonāla sadarbība)**</li> </ul>
Psihoemocionāla atbalsta sniegšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Klīniskā un veselības psihologa konsultācija**</li> </ul>

Izglītošana un pašpārvaldes veicināšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>● FRM ārsta konsultācija**, funkcionālie speciālisti (FT, ET, TO, AL) sniedz konsultāciju**, nodrošina nodarbības (interpersonāla sadarbība) **</li> <li>● Funkcionālie speciālisti (FT, ET, TO, AL) veic pacienta novērtēšanu, konsultāciju, nodrošina nodarbības**</li> <li>● Klīniskā un veselības psihologa konsultācija**</li> </ul>
---	--

### 2.2.1. Uzdevumu un aktivitāšu apraksts rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā mērķa sasniegšanai:

2.1.1.1. **Visaptverošā funkcionēšanas novērtēšanā** tiek pielietotas mērķtiecīgas, aktuālajam stāvoklim un vajadzībām atbilstošas pacienta izmeklēšanas metodes (t.sk., kontraindikāciju izvērtēšana), kā arī analīzes, slēdziena formulēšanas un ārstēšanas plānošanā rekomendējamajām medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijām. Katra no šīm darbībām tiek fiksēta dokumentācijā.

2.1.1.2. **Individuāls rehabilitācijas plāns** tiek veidots katram pacientam, uzsākot rehabilitāciju dzīvesvietā, lai realizētu uz pacientu centrētu, pierādījumos balstītu multiprofesionālu rehabilitāciju, novērtētu un analizētu rehabilitācijas procesu, kā arī uzkrātu datus, aizpildot medicīnisko dokumentāciju.

Rehabilitācijas plānā ir jāietver medicīniskās rehabilitācijas mērķi, kurus izvirza komanda, izmantojot SMART principu (SMART - nozīmīgi, specifiski, izmērāmi, sasniedzami un laikā noteikti terapijas mērķus). Izvirzītie mērķi ir jābalsta uz noteikta standartizēta novērtēšanas instrumenta izmantošanu, lai būtu skaidri mērķa sasniegšanas indikatori (Melin J, 2019). Pēc mērķu izvirzīšanas, sadarbojoties un cienot pacienta un/vai viņa piederīgā vērtības, pārlicību un izvēli, tiek sastādīts terapijas plāns (ietverot laika kontekstu, nodarbību skaitu un veidu, plānoto sadarbību ar rehabilitācijā iesaistītajiem speciālistiem, plānotās pielietotās aktivitātes, metodes un tehnoloģijas), tiek iegūts pacienta vai tā pārstāvja piekrišana ārstēšanas programmas īstenošanai, kā arī plānota mērķu sasniegšanas novērtēšana un atgriezeniskās saites sniegšana ģimenes ārstam.

2.1.1.3. **Funkcionēšanas traucējumu mazināšana**, noris nodrošinot individuālās fizioterapijas, ergoterapijas, audiologopēdijas vai cita funkcionālā speciālista nodarbības atbilstoši izstrādātajam individuālajam rehabilitācijas plānam, kā arī ņemot vērā funkcionēšanas ierobežojumus un aktuālos mērķus. Individuālo

nodarbību saturs jāpielāgo atbilstoši konkrēta pacienta vajadzībām un izvirzītajiem mērķiem (Alve G, et al, 2013). Pakalpojumu sniedz sertificēts funkcionālais speciālists, pielietojot spēkā esošās apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas, darbojoties saskaņā ar Ārstniecības likumu un profesijas standartiem.

2.1.1.4. **Veselības veicināšana un komplikāciju profilakse** var tikt nodrošināta izglītojot, organizējot un ieviešot indivīda ikdienā veselības veicināšanas un komplikāciju profilakses pasākumus. FRM ārsta un funkcionālo speciālistu uzdevums rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā sniegšanas ietvaros ir analizēt iespējas veicināt personas veselību, aizkavēt un mazināt iespējamo komplikāciju riskus, izmantojot medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas.

2.1.1.5. **Psihoemocionāla atbalsta sniegšana un individuāla klīniskā un veselības psihologa konsultācija** nepieciešama gadījumos, kad persona, kura saņem rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā cieš no psihoemocionālā stresa, traumatiskiem notikumiem un/vai pārdzīvojumiem, kuru dēļ pacienta dzīves kvalitāte ir pazemināta. Psihomemocionāla atbalsta sniegšana var būt kā papildu atbalsts personām ar izteiktu nogurumu, apātiju, nomāktu garastāvokli, bailēm, nedrošību, depresijas pazīmēm (ja ilgstoši, vairāk nekā divas nedēļas, saglabājas pastāvīgi nomākts garastāvoklis, interešu trūkums, vienaldzības sajūta, nespēks, enerģijas izsīkums).

2.1.1.6. **Izglītošanu un pašpārvaldes veicināšanu**, sniedzot rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā, sniedz gan FRM ārsts, gan programmā iesaistītie funkcionālie speciālisti, izvēloties, izglītojot un apmācot pacientu par uzvedības maiņu un pašpārvaldes stratēģiju attīstīšanu, kā arī izglītot pacientu par veselības traucējumu riskiem un profilakses iespējām.

Personas, kas atbilst šī dokumenta 1. nodaļas 1.1., 1.2. punktā aprakstītajiem kritērijiem, vai to tuvinieki/ pārstāvji var vērsties pie ģimenes ārsta vai ārsta-speciālista, kuri attiecīgi, ja pacientam ir funkcionēšanas ierobežojumi vismaz divos funkcionēšanas domēnos atbilstoši SFK, var nosūtīt pacientu pie FRM ārsta (skatīt 1.attēlu "Pacientu plānošanas algoritma shēma rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanai"). Ja personai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, FRM ārsts atbilstoši MK 2018. gada 28. augusta noteikumiem Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" veic personas pirmreizējo novērtēšanu, kurā tiek vērtēts personas medicīniskais stāvoklis, motivācija



medicīniskajai rehabilitācijai, kā arī tiek novērtēti personas funkcionēšanas ierobežojumi atbilstoši SFK, tādējādi nosakot atbilstošāko rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas veidu. Ja persona atbilst noteiktajiem rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanas kritērijiem (aprakstīti 1.1. punktā), personai tiek piedāvāts saņemt valsts apmaksātu rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā. Ja, novērtēšanas laikā tiek konstatēts, ka personai, kas pretendē uz rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanu, ir rehabilitācijas kontrindikācijas (aprakstītas 1.nodaļas 1.3.2. punktā), vai arī iztrūkst rehabilitācijas potenciāla, tiek nosūtīta atgriezeniskā saite (veidlapa Nr. 027/u) ģimenes ārstam.

Ja tiek izlemts par rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanu personai tās dzīvesvietā, FRM ārsts, iesaistot nepieciešamos funkcionālos speciālistus, izveido, vada un koordinē multidisciplināras rehabilitācijas komandas darbu. Rehabilitācijas komanda veic personas vispārējā veselības stāvokļa novērtēšanu un detalizētu funkcionēšanas novērtēšanu atbilstoši SFK un izmantojot standartizētus novērtēšanas instrumentus, sekojoši tiek izveidots rehabilitācijas plāns (aprakstīts 2.1.nodaļas 2.1.1.2.punktā).

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīves vietā sniedz FRM ārsts un funkcionālie speciālisti, kā arī klīniskais vai veselības psihologs, ievērojot rehabilitācijas plānā noteikto. Pakalpojums tiek nodrošināts ārsta un funkcionālo speciālistu konsultāciju un/vai individuālu nodarbību pie funkcionālajiem speciālistiem veidā, pēc rehabilitācijas plānā noteiktā. Regulāri, bet ne retāk kā reizi mēnesī vai arī pēc 10 individuālām nodarbībām pie viena funkcionālā speciālista, multidisciplināra rehabilitācijas komanda veic atkārtotu personas, kas saņēma rehabilitācijas pakalpojumu dzīvesvietā, funkcionēšanas novērtēšanu un vērtē izvirzīto rehabilitācijas mērķu sasniegšanas rādītājus (izmanto standartizētus novērtēšanas instrumentus).

- Ja rehabilitācijas etapa laikā ir sasniegti izvirzītie rehabilitācijas mērķi (funkcionēšanas traucējumu uzlabojums ir vismaz par 10% (novērtēts ar standartizētu novērtēšanas instrumentu)), bet persona joprojām atbilst rehabilitācijas pakalpojuma dzīvesvietā saņēmēja statusam, komanda lemj par atkārtotu rehabilitācijas pakalpojuma etapu personas dzīvesvietā. Tiek nosūtīta informācija / atgriezeniskā saite (veidlapa Nr. 027/u) ģimenes ārstam, kur pamatots lēmums par rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā turpināšanu.

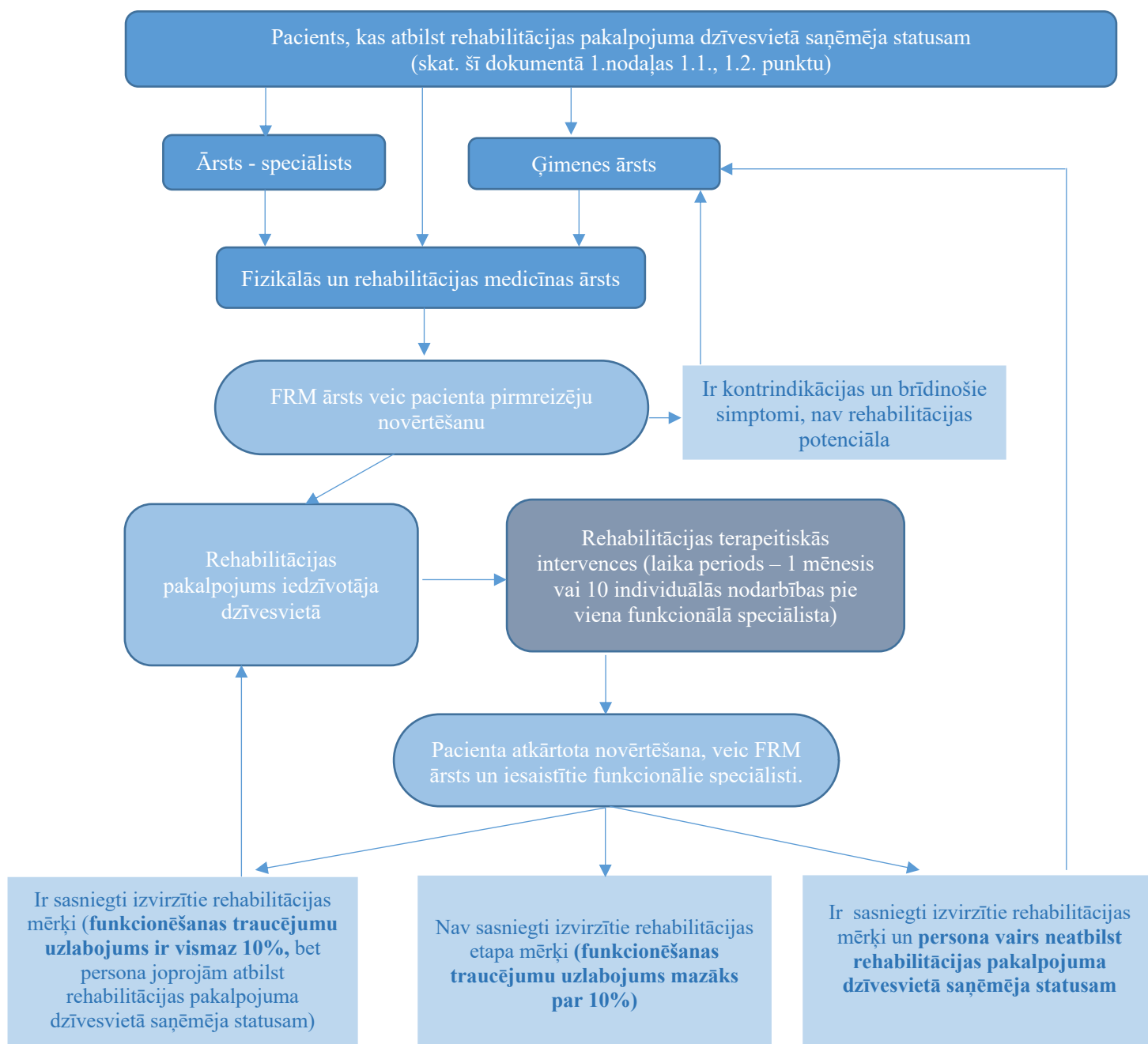
- Ja rehabilitācijas etapa laikā ir sasniegti izvirzītie rehabilitācijas mērķi un persona neatbilst rehabilitācijas pakalpojuma dzīvesvietā saņēmēja statusam, tomēr saglabājas funkcionēšanas traucējumi, rekomendē saņemt rehabilitācijas pakalpojumu ambulatori vai stacionāras rehabilitācijas veidā. Tiek nosūtīta informācija / atgriezeniskā saite (veidlapa Nr.

027/u) ģimenes ārstam, kur pamatots lēmums par rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā turpināšanu.

- Ja rehabilitācijas etapa laikā ir sasniegti izvirzītie rehabilitācijas mērķi un persona neatbilst rehabilitācijas pakalpojuma dzīvesvietā saņēmēja statusam, jo funkcionēšanas traucējumus nekonstatē, nav nepieciešama turpmāka rehabilitācija. Tiek nosūtīta informācija / atgriezeniskā saite (veidlapa Nr. 027/u) ģimenes ārstam, kur pamatots lēmums par rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā pārtraukšanu.

- Ja rehabilitācijas etapa laikā nav sasniegti izvirzītie rehabilitācijas mērķi (funkcionēšanas traucējumu uzlabojums mazāks par 10%), tiek nosūtīta atgriezeniskā saite (veidlapa Nr. 027/u) ģimenes ārstam, kur pamatots rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā pārtraukšanas iemesls.

1.att. Pacientu plānošanas algoritma shēma rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā saņemšanai



Kvalitatīva rehabilitācijas pakalpojuma sniegšana iedzīvotāja dzīvesvietā ir iespējama, ja tiek nodrošināta interdisciplināra sadarbība starp pakalpojuma sniegšanā iesaistītajiem speciālistiem. Visefektīvāk to var nodrošināt ar vienotas elektroniskās dokumentācijas palīdzību, kura sniedz iespēju realizēt savlaicīgu atgriezenisko saiti.

Interdisciplinārās sadarbības ietvaros ir jāplāno regulāras komandas sapulces. Tajās jāpiedalās visiem pakalpojuma sniegšanā iesaistītajiem speciālistiem, arī pacientam, viņa tuviniekam vai neformālajam aprūpētājam (ja tāds ir). Šajās sapulcēs plānota informācijas apmaiņa, procesa analīze (apmeklējums, apmierinātība, progress u.c.). Rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējs, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā, pats organizē komandas sapulces un pats pēc saviem ieskatiem nosaka, vai komandas sapulces tiek rīkotas klātienē vai attālināti. Rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējs nodrošina komandas sapulču protokolēšanu un uzglabā šos protokolus atbilstoši lietu nomenklatūrai.

## **2.2. Minimālās obligātās prasības pakalpojuma sniedzējam attiecībā uz resursu nodrošināšanu**

Lai rehabilitācijas iedzīvotāja dzīvesvietā ietvaros varētu veiksmīgi sasniegt izvirzīto rehabilitācijas mērķi, izpildīt noteiktos uzdevumus un ar tiem saistītās aktivitātes, **pakalpojuma sniedzējam ir izvirzāmas šādas minimālās obligātās prasības attiecībā uz resursu nodrošinājumu:**

2.2.1. Atkarībā no pacienta funkcionālā stāvokļa, rehabilitācijas mērķa, uzdevumiem un izpildāmajām aktivitātēm, pakalpojuma sniedzējs nodrošina šādus **personālresursus:**

- 2.2.1.1. FRM ārsts;
- 2.2.1.2. sertificēts FT\*;
- 2.2.1.3. sertificēts ET\*;
- 2.2.1.4. sertificēts TO\*;
- 2.2.1.5. sertificēts KP\*;
- 2.2.1.6. sertificēts AL\*.

*(\* Funkcionālo speciālistu iesaiste rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanā iedzīvotāja dzīvesvietā, notiek ņemot vērā pacienta izmeklēšanas un novērtēšanas rezultātus - funkcionēšanas ierobežojumus un izvirzītos aktuālos mērķus. )*

2.2.2. Pakalpojuma sniedzējs nodrošina šādus **materiāltehniskos resursus:**

- 2.2.2.1. Ministru kabineta 2009.gada 20.gada janvāra noteikumu Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”

(turpmāk - MK not.Nr.60) 63.<sup>46</sup> pantā noteiktajam - FT, AL, ET atbilstoši pacientam nepieciešamā veselības aprūpes pakalpojuma veidam ir jābūt komplektam ar minimālām ierīcēm terapijas mērķa sasniegšanai.

2.2.2.2. Atkarībā no pacienta funkcionālā stāvokļa un terapijas mērķiem, izvirzītajiem uzdevumiem un to īstenošanai noteiktajām aktivitātēm pakalpojuma sniedzējs nodrošina funkcionālo speciālistu ar sīko fizioterapijas inventāru, nodrošina pārvietošanās un pašaprūpes līdzekļus u.c.

2.2.2.3. Planšetdatoru vai citu piemērotu rīku, ar ko speciālistam, sniedzot rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotājam dzīvesvietā, būtu ērti veikt pierakstus un savlaicīgi aizpildīt medicīnisko dokumentāciju.

2.2.3. Pakalpojuma sniedzējs nodrošina šādus **organizatoriskos resursus**:

2.2.3.1. Pirms rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas iedzīvotāja dzīvesvietā, pakalpojuma sniedzējs pārliecinās, ka konkrētajā dzīvesvietā ir pacientam un rehabilitācijas speciālistam piemēroti apstākļi, ergonomiska un droša vide rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā īstenošanai.

2.2.3.2. Pakalpojuma sniedzējam ir jāuztur MK noteikumos Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība" noteiktā lietvedības kārtība un ir jāuztur dokumentēta informācija par visu rehabilitācijas pakalpojuma gaitu iedzīvotājam viņa dzīvesvietā. Visiem medicīniskajiem ierakstiem ir jābūt patiesiem, atbilstošiem, pilnīgiem, skaidri salasāmiem un bez labojumiem.

2.2.3.3. Pakalpojuma sniedzējam ir jānodrošina speciālists ar nepieciešamo dokumentāciju, ko speciālists aizpilda veicot rehabilitācijas pakalpojumus (rehabilitācijas procesa dokumentēšana). Ja pakalpojuma sniedzējs konstatē, ka rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanai iedzīvotāja dzīvesvietā tam ir nepieciešama papildu dokumentēta informācija, kuras veidlapa nav apstiprināta ar ārējo normatīvo tiesību aktu, pakalpojuma sniedzējs izveido atbilstošu veidlapu (dokumentāciju).

2.2.3.4. Izveidojot un aktualizējot dokumentāciju, pakalpojuma sniedzējam ir jānodrošina tās atbilstoša identifikācija un apraksts, piemēram, norādot veidlapas nosaukumu, identifikatoru, apstiprināšanas datumu un veidlapas spēkā esošo versiju. Lai pārliecinātos par to, ka izstrādātā dokumentācija ir atbilstoša, pakalpojuma sniedzējs to periodiski (vienu reizi trijos gados vai

pēc nepieciešamības biežāk) pārskata un aktualizē. Veicot aktualizāciju, no aprites ir jāizņem novecojušās dokumentu versijas.

2.2.3.5. Pakalpojuma sniedzējs nodrošina atgriezeniskās saites sniegšanas procesu nosūtītājam.

2.2.3.6. Pakalpojuma sniedzējam ir jāspēj nodrošināt pacientu datu drošību, medicīniskās dokumentācijas drošību, kā arī personāla fizisko drošību un tā drošu nokļūšanu līdz un no iedzīvotāja dzīvesvietas.

2.2.4. Pakalpojuma sniedzējs nodrošina šādus **finanšu resursus**:

2.2.4.1. Finanšu līdzekļus, kas ir nepieciešami, lai nodrošinātu un finansētu speciālista un rehabilitācijai nepieciešamo materiāltehnisko līdzekļu nogādāšanu iedzīvotāja dzīvesvietā un atgriešanos no tās.

### 3. Kvalitātes pārraudzības plāns

Lai nodrošinātu rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā kvalitāti, kontrolētu pakalpojuma realizāciju atbilstoši plānam un nodrošinātu to, ka tiek sasniegti sākotnēji paredzētie rezultāti, nepieciešams ievērot un realizēt kvalitātes pārraudzību.

Kvalitātes pārraudzības plāna izveidei par pamatu ņemta kvalitātes izvērtēšanas pieeja, balstoties uz prof. Lawrence L. Martin pieeju, kas ietver vispārārstības kvalitātes dimensijas (Martin, Lawrence L. 1993). Tajā iekļautās kvalitātes dimensijas ir: **pieejamība, uzticamība, komunikācija, kompetence, atbilstība, ilgums, empātija, cilvēcība, darbības veikšana, uzticamība, atsaucība, drošība un fiziskie materiāli**. Katrai kvalitātes dimensijai tiek sniegta arī to izskaidrojoša definīcija. Pēc Donabediana pieejas, katrai dimensijai, ir izvirzīti kvalitātes indikatori (McDonald et al., 2007). Pamatojoties uz šo modeli ir jāveic kvalitātes novērtēšana, iegūstot informāciju par šādām kategorijām: **struktūra, process un rezultāti** (Donabedian, 1988).

- **Struktūra** - konteksts, kā, piemēram, personāls un aprīkojums, ietverot visu, kas raksturo kādā veidā tiek sniegts pakalpojums. Tiek iekļautas šādas dimensijas: pacientam un darbiniekam droša vide, darbinieku kompetence, informācijas pieejamība, vides pieejamība, u.c.
- **Process** - sadarbība starp pacientiem un pakalpojuma sniedzējiem, piemēram, izglītošana, ārstēšana, atbalsts pacienta atbalsta personām. Informāciju par procesu var iegūt no medicīniskās dokumentācijas (Pawlson, 2004). Tiek iekļautas šādas dimensijas: dokumentācijas aprīte, sadarbība, pakalpojuma saņēmēju atbilstība, pakalpojumu sniegšanas kontrole un uzraudzība.
- **Rezultāti** - attiecināmi uz programmā iekļauto iedzīvotāju veselības stāvokli (Donabedian, 1988). Rezultāts ietver izmaiņas veselības stāvoklī, uzvedībā, zināšanās, kā arī apmierinātību ar dzīveskvalitāti (Donabedian, 2002). Tiek iekļautas šādas dimensijas: apmeklējums, sasniegtie rezultāti ārstniecībā u.c.

Par pamatu kvalitātes indikatoru izveidei iesaka ievērot un pielāgot CARF (no angļu val. „*Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*”) un ISO (no angļu val. „*International Organization for Standardization*”) rekomendētos standartus. Katram kvalitātes indikatoram ir noteikts atbilstošs novērtēšanas instruments, ar kuru iespējams izmērīt, vai kritērijs ir sasniegts. Tāpat plānā noteikts kvalitātes kritērija vērtēšanas laiks un persona, kas veiks izvērtēšanu.

Detalizēts kvalitātes pārraudzības plāns atspoguļots šī dokumenta 1.pielikumā “Rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā kvalitātes pārraudzības plāns” (turpmāk – Kvalitātes pārraudzības plāns). Kvalitātes pārraudzības plānā kopumā ir definēti 23 kvalitātes

rādītāji. Lai rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā sniedzējs varētu īstenot šo pakalpojumu, programmas darbībai, uzsākot pakalpojuma sniegšanu, ir jāatbilst vismaz 17 no 23 kvalitātes rādītājiem. Ja pakalpojuma sniedzēja programma neatbilst kādam no izvirzītajiem kvalitātes rādītājiem, tad viena gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža, pakalpojuma sniedzējam ir obligāti jāpilnveido programmas darbība, lai tā atbilstu visiem 23 kvalitātes rādītājiem.

## **4. Medicīniskās dokumentācijas saturs par rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanu iedzīvotāja dzīvesvietā**

Sākotnējās novērtēšanas dokumentācijai ir satur šādas daļas (APTA; ER-WCPT; Jeferry, 2017):

### **4.1. Vispārīgie dati:**

- 4.1.1. pacienta identifikācija, izmantojot ne mazāk kā 2 identifikatorus, piemēram, vārds, uzvārds un personas kods (Palčeja E., Ābola Z., Čupāne L., Damberga I., Kalniņa I., Lazdāne A., Lazdiņa D., Lielnora A., Stūre-Stūriņa I., Sviestiņa I., Upenieks R., Ustinova A., Zemniece M., Zundāne A.: *“Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana”*, 2017);
- 4.1.2. speciālista, kurš veic sākotnējo novērtēšanu, identifikācija;
- 4.1.3. citi ārstēšanas epizodē iesaistītie speciālisti;
- 4.1.4. pacienta sūdzības un funkcionālie ierobežojumi.

### **4.2. Funkcionēšanas novērtēšana:**

- 4.2.1. funkciju un struktūru līmenī;
- 4.2.2. aktivitāšu un dalības līmenī;
- 4.2.3. vides novērtējums.

Terapeits tiek aicināts izvēlēties un izmantot standartizētus novērtēšanas instrumentus, kas sniedz objektīvu novērtējumu par personas ierobežojumiem funkciju un struktūru līmenī (atbilstoši SFK), kas attiecināmi uz prakses kontekstu, kurā tiek strādāts. Nepieciešamības gadījumā novērtēšanas protokola saturā minētie SFK domēni var tikt papildināti vai izņemti ārā.

### **4.3. Funkcionēšanas novērtēšanas slēdziens (funkcionēšanas ierobežojumi).**

Tiek formulēta personas funkciju un struktūru bojājumu, personālo un vides faktoru dēļ radušos aktivitāšu un dalības ierobežojums.

### **4.4. Terapijas plāns:**

- 4.4.1. īstermiņa mērķi (ietverot sasniegšanas kritērijus, laiku un veidu, kā sasniegt (tehnoloģijas), pamatojoties uz SMART principu);
- 4.4.2. ilgtermiņa mērķis (terapijas epizodei);
- 4.4.3. plānoto nodarbību biežums un ilgums.

Mērķi tiek izvirzīti, izmantojot SMART principu, sadarbojoties ar pacientu/klientu. Izvirzītie mērķi ir jābalsta uz noteikta standartizēta novērtēšanas instrumenta izmantošanu, lai būtu skaidri



mērķa sasniegšanas indikatori (Melin J, 2019). Pēc mērķu izvirzīšanas, tiek sastādīts terapijas plāns (laika konteksts, nodarbību skaits un veids, sadarbība ar rehabilitācijā iesaistītajiem speciālistiem, plānotās pielietotās aktivitātes, metodes un tehnoloģijas).

#### **4.5. Terapijas norise:**

- 4.5.1. pielietotās tehnoloģijas;
- 4.5.2. pacienta ziņotā daļa;
- 4.5.3. novērotā daļa;
- 4.5.4. pacientam patstāvīgi veicamie uzdevumi;
- 4.5.5. modifikācijas terapijas laikā, starpnovērtējums.

Tiek atspoguļota terapijas plāna realizēšana, pacienta stāvokļa izmaiņas, starpnovērtējums, nepieciešamās izmaiņas lietotajās tehnoloģijās, pamatot modifikāciju nepieciešamības iemeslu.

#### **4.6. Atkārtota novērtēšana**

Tiek dokumentēts paredzamais pacienta atkārtotas novērtēšanas datums – plānota kontroles nepieciešamība, atkārtotās novērtēšanas rezultāti, slēdzieni.

#### **4.7. Terapijas noslēgums:**

- 4.7.1. sniegtā pakalpojuma apjoms;
- 4.7.2. terapijā sasniegtie rezultāti (objektīvs vērtējums);
- 4.7.3. iemesli, kādēļ rezultāti netika sasniegti, vai arī tika sasniegti daļējā apjomā;
- 4.7.4. terapijas pārtraukšanas iemesli;
- 4.7.5. tālākās rīcības rekomendācijas.

Terapijas noslēgumā tiek apkopots sniegto pakalpojumu apjoms - kopējais nodarbību skaits un forma (specifisko tehnoloģiju lietojums), vienas nodarbības ilgums, biežums (reizes nedēļā), tiek izvērtēta mērķu sasniegšana, funkcionēšanas stāvoklis, un sniegtas rekomendācijas par turpmākās terapijas plānu.

#### **4.8. Atgriezeniskā saite veselības aprūpes speciālistam, kas nosūtīja pacientu pakalpojuma saņemšanai.**

Sagatavotas un izsniegtas rekomendācijas pacientam (un pacienta piederīgajiem) un citiem iesaistītiem speciālistiem pēctecīgā rehabilitācijā.

Ja pakalpojuma sniegšanas laikā visi protokolētie dati tiek aizpildīti elektroniski un ir iespējama savienojamība ar citiem medicīniskajiem dokumentiem, tad nosūtītājs uzreiz saņems

atgriezenisko saiti. Kā alternatīva iespēja tiek rekomendēts izmantot veidlapas Nr. 027/u formu, tajā ietverot vai tai pievienojot terapijas noslēguma plāna dokumentāciju.

## 5. Izmantoto informācijas avotu saraksts

1. Alve, G., Madsen, V.H., Slettebø, Å., Hellem, E., Bruusgaard, K.A. and Langhammer, B., 2013. Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration?. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 15(2), pp.156–169. DOI: <http://doi.org/10.1080/15017419.2012.676568>
2. American Physical Therapy Association (APTA). Guidelines: Physical Therapy Documentation Of Patient/Client Management Bod G03-05-16-41 [https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About\\_Us/Policies/BOD/Practice/DocumentationPatientClientMgmt.pdf](https://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/BOD/Practice/DocumentationPatientClientMgmt.pdf)
3. Donabedian A. 1988. The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
4. Donabedian, A. 2002. *Introduction to Quality Assurance in Health Care, An*. Oxford University Press, Incorporated
5. European Region of the World Confederation for Physical Therapy (WCPT) Promoting physical activity in children, the role of Physiotherapists Action Number: 1609 – EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health <http://www.erwcpt.eu/file/164>
6. Jeffery L. Belden, Richelle J. Koopman, Sonal J. Patil, Nathan J. Lowrance, Gregory F. Petroski, Jamie B. Smith. Dynamic Electronic Health Record Note Prototype: Seeing More by Showing Less; *J Am Board Fam Med* November-December 2017. vol. 30 no. 6 691-700; doi: 10.3122/jabfm.2017.06.170028
7. Martin, Lawrence L. *Total quality management in human service organizations*. Vol. 67. Sage, 1993.
8. McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. K. 2007. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
9. Melin J, Nordin Å, Feldthusen C, Danielsson L. Goal-setting in physiotherapy: exploring a person-centered perspective. *Physiother Theory Pract*. 2021 Aug;37(8):863-880. doi: 10.1080/09593985.2019.1655822. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31448979.
10. Palčeja E., Ābola Z., Čupāne L., Damberga I., Kalniņa I., Lazdāne A., Lazdiņa D., Lielnora A., Stūre-Stūriņa I., Sviestiņa I., Upenieks R., Ustinova A., Zemniece M., Zundāne A. 2017. Mācību materiāls. Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4111/download>
11. Pawlson, L. 2004. An introduction to quality assurance in health care: Avedis Donabedian. New York, NY: Oxford University Press, 2003. 240 pp., ISBN 0-19-515809-1. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1).
12. Slimību un profilakses centrs. Ieteikumi ārstniecības iestādēm medicīnisko ierakstu un informācijas kvalitātes nodrošināšanai, 2017. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4075/download>
13. Slimību un profilakses centrs. Ieteikumi ārstniecības iestādēm precīzai pacienta identifikācijai, 2017. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4066/download>
14. ISO 9001:2015 standarts.

## 1.pielikums

dokumentam “Obligāto prasību un kvalitātes rādītāju definēšana pakalpojumu sniedzējiem, kas nodrošina rehabilitācijas pakalpojumus iedzīvotāja dzīvesvietā”

### Rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā kvalitātes pārraudzības plāns

STRUKTŪRA				Kritērija nozīmīgs kvalitātes rādītāju kopumā	
Kas tiek vērtēts? indikators	Ar ko tiek vērtēts? vērtēšanas instruments / veids	Kad tiek vērtēts? vērtēšanas laiks	Kurš vērtē? vērtētājs		
1. kritērijs: Pacientiem un darbiniekiem droša vide					<b>Atzīme par kvalitātes kritēriju izpildi:</b> - nodrošināts (1 punkts), - nav nodrošināts (0 punkti)
1.1. Piemēroti apstākļi un ergonomiska, droša vide rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanai iedzīvotāja dzīvesvietā	Atbilst MK 2009.gada 20.janvāra noteikumiem Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (Jā/Nē)	Pirms rehabilitācijas iedzīvotāja dzīvesvietā uzsākšanas	Programmas vadītājs vai viņa nozīmēta cita persona	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
1.2. Ugunsdrošības programma	Ugunsdrošības plāns (Jā/ Nē) Ieraksti ugunsdrošības instruktažas žurnālā (Jā/ Nē)	Pirms darbības uzsākšanas, Vēlāk 1 x gadā	Par ugunsdrošību un darbinieku instruēšanu atbildīgais speciālists, kurš informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>

<p>1.3. Ar veselības aprūpi saistīto infekciju samazināšana</p>	<p>Ārstniecības iestādei ir izstrādāts un apstiprināts Higiēnas un dezinfekcijas plāns, kas atbilst MK 2009.gada 20.janvāra noteikumiem Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” un MK 2016.gada 16.februāra noteikumiem Nr.104 “Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē” (Jā/ Nē)</p>	<p>Pirms darbības uzsākšanas, Vēlāk 1x gadā</p>	<p>Par darba drošību atbildīgais (vai cits atbilstošais) speciālists, kurš par rezultātiem informē programmas vadītāju</p>	<p>Obligāti nodrošināms</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>1.4. Aizsarglīdzekļu lietošana</p>	<p>Atbilst MK 2016.gada 16.februāra noteikumiem Nr.104 “Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē” (Jā/Nē)</p>	<p>Regulāras (reizi mēnesī) pārbaudes pakalpojuma sniegšanā iesaistītajiem speciālistiem, pārbaudot pieprasīto IAL daudzumu un veicot pārrunas ar speciālistu . Pakalpojuma sniegšanā iesaistītā speciālista pienākums ir lietot atbilstošus nepieciešamos IAL katru reizi, esot pie pacienta.</p>	<p>Programmas vadītājs vai viņa nozīmēta cita persona</p>	<p>Obligāti nodrošināms</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

1.5. Ir izstrādāts un spēkā esošs pirmās palīdzības plāns	Atbilst MK 2009.gada 20.janvāra noteikumiem Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (Jā/Nē)	Pirms darbības uzsākšanas Vēlāk 1x gadā NMP kursi darbiniekiem reizi 5 gados	Par darba drošību atbildīgais (vai cits atbilstošais) speciālists, kurš par rezultātiem informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
1.6. Ir izstrādāts un spēkā esošs NMP izsaukšanas plāns	Atbilst NMPD izstrādātajiem algoritmiem (Jā/Nē)	Pirms darbības uzsākšanas Vēlāk 1 x gadā	Par darba drošību atbildīgais (vai cits atbilstošais) speciālists, kurš par rezultātiem informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
2. kritērijs: Darbinieku kompetence					
2.1. Darbiniekiem ir personāla lietas un amata apraksti	Atbilst pakalpojuma dokumentu uzskaites plānam un MK 2017.gada 23.maija noteikumiem Nr.264 “Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām” (Jā/Nē)	Pirms darbības uzsākšanas Vēlāk 1 x gadā	Personāla nodaļa sadarbībā ar darbinieka tiešo vadītāju vai cita atbildīgā persona, kura par to informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
2.2. Medicīniskā dokumentācija	Atbilst MK 2006.gada 4.aprīļa noteikumiem Nr.265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” un starptautiskās vadlīnijās sniegtām rekomendācijām par rehabilitācijas pakalpojuma dokumentācijas kvalitātes kritērijiem (Jā/Nē)	Regulāri 1 x mēnesī	Programmas vadītājs vai cita atbildīgā persona	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>

2.3. Iesaistītā personāla kompetences	Pakalpojumu sniedz sertificēti veselības aprūpes speciālisti (Jā/Nē)	Pirms rehabilitācijas iedzīvotāja dzīvesvietā uzsākšanas	Programmas vadītājs	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
2.4. Personālam ir savlaicīgi izietas ikgadējās un obligātās veselības pārbaudes	Atbilstoši ārstniecības iestādes lietu nomenklatūrai uzglabā apliecinājumus (veidlapas) par darbinieku veiktajām obligātajām veselības pārbaudēm, kas atbilst MK noteikumiem Nr.219 (Jā/Nē)	Pirms darbības Uzsākšanas  Vēlāk 1 x 2 gados	Par darba drošību atbildīgais (vai cits atbilstošais) speciālists, kurš par rezultātiem informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
2.5. Personāls ievēro profesionālo konfidencialitāti	Konfidencialitātes prasības ir iekļautas darba attiecību līgumā vai darbinieks ir parakstījis cita veida apliecinājumu vai vienošanos par konfidencialitātes ievērošanu (Jā/Nē)  Konfidencialitātes prasību ievērošanas kontrole notiek izlases kārtībā anonīmi aptaujājot programmā iesaistītos speciālistus (Jā/Nē)	Pirms programmas uzsākšanas  Vēlāk 1 x gadā	Personāla nodaļas (vai cits atbilstošais) speciālists, kurš par rezultātiem informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
2.6. Drošības gadījumu analīze	Izstrādāts pieļauto drošības gadījumu ziņošanas algoritms un to analīzes kārtība (Jā/Nē)	Pirms programmas uzsākšanas	Programmas vadītājs	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1 gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	<input type="checkbox"/>

3. kritērijs: Informācijas pieejamība pakalpojuma saņēmējiem					
3.1. Pacientu un viņu piederīgo informētība par rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā un plānoto norisi	Pacienti tiek iepazīstināti ar rehabilitācijas pakalpojumu iedzīvotāja dzīvesvietā plānoto norisi un to apliecina ar parakstu (Jā/Nē)	Pirms programmas aktivitāšu uzsākšanas	Programmas vadītājs vai ārstējošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
4. kritērijs: Pakalpojuma nodrošinājums					
4.1. Pakalpojumā tiek nodrošinātas visas plānotās aktivitātes	Aizvietojošo speciālistu saraksts un rīcības plāns par ziņošanu saistībā ar neparedzētām situācijām (Jā/Nē)	Uzsākot pakalpojumu	Ārstējošais FRM ārsts	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1 gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	<input type="checkbox"/>
4.2. Kavēto aktivitāšu uzskaitē	Izveidota kavēto aktivitāšu uzskaites sistēma (Jā/Nē)	Uzsākot pakalpojumu	Ārstējošais FRM ārsts	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1 gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	<input type="checkbox"/>



PROCESS					
Kas tiek vērtēts? indikators	Ar ko tiek vērtēts? vērtēšanas instruments / veids	Kad tiek vērtēts? vērtēšanas laiks	Kurš vērtē? vērtētājs		
5. kritērijs: Dokumentācijas aprīte un uzglabāšana rehabilitācijas programmā					
5.1. Ir izstrādāta un tiek īstenota pacientu un darbinieku fizisko personu datu aizsardzības un dokumentu apstrādes un uzglabāšanas sistēma	Atbilst Fizisko personu datu apstrādes likumam un Vispārīgās datu aizsardzības regulas prasībām (Jā/Nē) Pacientu un darbinieku informētās piekrišanas dokumenti (Jā/Nē) Pacientu un darbinieku dokumentu uzglabāšana atbilstoši LR ārējiem normatīvajiem tiesību aktiem (Jā/Nē)	Pirms programmas darbības uzsākšanas Vēlāk 1 x gadā	Programmas vadītājs un par fizisko personu datu aizsardzību atbildīgais darbinieks	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
5.2. Pacientam tiek nodrošināta rakstveida informācija par sasniegtajiem rezultātiem un turpmākajām rekomendācijām (u27 veidlapa)	Speciālistu protokolu analīze Komandas sapulces un protokolu analīze (Jā/Nē)	1x mēnesī, izlases kārtībā	Ārstejošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>

5.3. Tiek nodrošināta atgriezeniskā saite interprofesionālās komandas darbā iesaistītajiem speciālistiem / konsultantiem un citām iesaistītajām pusēm	Speciālistu protokolu analīze Komandas sapulces Iesaistīto speciālistu aptaujas analīze (Jā/Nē)	1x 4 nedēļās	Ārstejošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
6. kritērijs: Integrācija primārajā veselības aprūpē					
6.1. Regulāra informācijas apmaiņa ar iesaistīto pacientu ģimenes ārstu praksēm	Atbilstoši izstrādātajam sadarbības plānam (Jā/Nē)	1x 3 mēnešos	Ārstējošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
7. kritērijs: Programmas dalībnieku atbilstība programmai					
7.1. Pakalpojuma saņēmēji atbilst iekļaušanas kritērijiem	Medicīniskās dokumentācijas analīze: attiecība (%) pret programmā iekļautajiem pacientiem (vēlamā attiecība 100 %) (Jā/Nē)	1 x mēnesī	Programmas vadītājs	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1 gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	<input type="checkbox"/>

8. kritērijs: Aktivitāšu kontrole un uzraudzība					
8.1. Rehabilitācijas pakalpojumā tiek nodrošinātas visas plānotās aktivitātes	Konsultāciju un nodarbību (un to ilguma) uzskaites protokols (Jā/Nē)	1 x mēnesī	Ārstējošais FRM ārsts	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1 gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	<input type="checkbox"/>
<b>REZULTĀTI</b>					
<b>Kas tiek vērtēts?</b> indikators	<b>Ar ko tiek vērtēts?</b> vērtēšanas instruments / veids	<b>Kad tiek vērtēts?</b> vērtēšanas laiks	<b>Kurš vērtē?</b> vērtētājs		
9. kritērijs: Rehabilitācijas programmas rezultāti					
9.1. Sasniegts medicīniskās rehabilitācijas mērķis	Uzlabojums novērtēšanas instrumentos vismaz par 10% (Jā/Nē)	Noslēdzot rehabilitācijas pakalpojuma iedzīvotāja dzīvesvietā etapu (1 mēnesis vai 10 individuālas nodarbības pie 1 funkcionālā speciālista)	Ārstējošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>

10. kritērijs: Rehabilitācijas programmas uzlabošana					
10.1. Kļūdu analīze	Saņemto kļūdu ziņojumu analīze (Jā/Nē)	Pēc vajadzības	Ārstējošais FRM ārsts (par funkcionālo speciālistu kļūdām), programmas vadītājs (par ārstējošā FRM ārsta kļūdām)	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1 gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	<input type="checkbox"/>
Programmā nodrošinātais kvalitātes rādītāju skaits (punkti) Minimālais punktu skaits ir 17 no 23, viena gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas dienas ir jāpildinveidojas un jāiegūst 23 punktus.					<input type="checkbox"/>