

## **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*

# **KVALITĀTES PĀRRAUDZĪBAS RĀDĪTĀJI REHABILITĀCIJAI STACIONĀRĀ ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒ, KVALITĀTES UZRAUDZĪBAS KĀRTĪBA**

Dokumenta projekta izstrādes darba grupa:  
**Anna Millere**, Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste  
**Uljana Matvejeva**, Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste  
**Dace Stirāne**, fizioterapeite

2022. gads

## **Tekstā lietotie saīsinājumi**

IAL - individuālie aizsardzības līdzekļi

LR – Latvijas Republika

MK – Ministru kabinets

NMP – neatliekamā medicīniskā palīdzība

NMPD – Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

CARF - no angļu val. „*Commision on Accreditation of Rehabilitation Facilities*”

ISO - no angļu val. „*International Organization for Standartization*”

FRM ārsts – fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts

## **Tekstā lietotie termini**

Pakalpojuma sniedzējs – rehabilitācijas pakalpojuma sniedzējs (ārstniecības iestāde)

SFK – Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā funkcionēšanas nespējas un veselības klasifikācija

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)

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums stacionārā ārstniecības iestādē – rehabilitācijas pakalpojums, kas tiek nodrošināts stacionārā ārstniecības iestādē personām ar kompleksiem funkcionēšanas traucējumiem, kurām nepieciešama 24 stundu diennakts medicīniskā uzraudzība/aprūpe un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanu.

## Rehabilitācijas pakalpojuma kvalitātes pārraudzības kritēriji un plāns stacionārā ārstniecības iestādē

Lai nodrošinātu stacionāras rehabilitācijas pakalpojuma 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 vispārārtzītas 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 Donabedian 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. Tiek iekļautas šādas dimensijas: dokumentācijas aprīte, sadarbība, pakalpojuma saņēmēju atbilstība, pakalpojumu sniegšanas kontrole un uzraudzība. Informāciju par sniegtās veselības aprūpes kvalitātes kategoriju - procesu iegūst no medicīniskās dokumentācijas (*Pawlson, 2004*).
- **Rezultāti** - attiecināmi uz programmā iekļauto iedzīvotāju veselības stāvokli (*Donabedian, 1988*). Rezultāts kā pakalpojuma kvalitātes kategorija ietver izmaiņas veselības stāvoklī, uzvedībā, zināšanās, kā arī apmierinātību ar dzīves kvalitāti (*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 noteikt, vai kritērijs ir sasniegts. Tāpat plānā norādīts kvalitātes kritērija vērtēšanas laiks un persona, kas veiks izvērtēšanu.

Detalizēts kvalitātes pārraudzības rādītāji un kvalitātes uzraudzības kārtība ir atspoguļota šī dokumenta 1. pielikumā “Rehabilitācijas pakalpojumu stacionārā ārstniecības iestādē kvalitātes pārraudzības plāns” (turpmāk – Kvalitātes pārraudzības plāns). Kvalitātes pārraudzības plānā kopumā ir definēti 23 kvalitātes rādītāji.

Lai stacionāras rehabilitācijas pakalpojuma sniedzējs varētu īstenot šo pakalpojumu, uzsākot pakalpojuma sniegšanu, programmai 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 (skatīt 1. pielikumu “Ambulatoras medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu kvalitātes pārraudzības plāns”).

## **Medicīniskās dokumentācijas saturs rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanai un norisei stacionārā ārstniecības iestādē**

Medicīniskajai dokumentācijai ir nozīmīga loma, lai vērtētu veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti – gan lai iegūtu informāciju par sniegtās veselības aprūpes kvalitātes kategoriju – procesu (*Pawlson, 2004*), gan par rezultātiem, kas attiecināmi uz pakalpojuma saņēmēju veselības stāvokli (*Donabedian, 1988*), ietverot izmaiņas veselības stāvoklī, uzvedībā, zināšanās, kā arī apmierinātībā ar dzīves kvalitāti (*Donabedian, 2002*).

Lai no medicīniskās dokumentācijas būtu iespējams iegūt iepriekšminēto informāciju, sākotnējās novērtēšanas dokumentācijai rehabilitācijā ir jāsaturs šādas daļas (*APTA; ER-WCPT; Jeferry, 2017*):

### **1. Vispārīgie dati:**

- 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*);
- 1.2. speciālista, kurš veic sākotnējo novērtēšanu, identifikācija;
- 1.3. citi ārstēšanas epizodē iesaistītie speciālisti;
- 1.4. pacienta sūdzības un funkcionālie ierobežojumi.

### **2. Funkcionēšanas novērtēšana:**

- 2.1. funkciju un struktūru līmenī;
- 2.2. aktivitāšu un dalības līmenī;
- 2.3. vides novērtējums.

Veselības aprūpes speciālists 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 sākotnējā novērtēšanas protokola saturā minētie SFK domēni var tikt papildināti vai izņemti ārā.

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

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

### **4. Terapijas plāns:**

- 4.1. īstermiņa mērķi (ietverot sasniegšanas kritērijus, laiku un veidu, kā sasniegt (tehnoloģijas), pamatojoties uz SMART principu;
- 4.2. ilgtermiņa mērķis (terapijas epizodei);
- 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).

### **5. Terapijas norise:**

- 5.1. pielietotās tehnoloģijas;
- 5.2. pacienta ziņotā daļa;
- 5.3. novērotā daļa;
- 5.4. pacientam patstāvīgi veicamie uzdevumi;
- 5.5. modifikācijas terapijas laikā, starpnovērtējums.

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

### **6. Atkārtota novērtēšana**

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

### **7. Terapijas noslēgums**

- 7.1. sniegtā pakalpojuma apjoms;
- 7.2. terapijā sasniegtie rezultāti (objektīvs vērtējums);
- 7.3. iemesli, kādēļ rezultāti netika sasniegti, vai arī tika sasniegti daļējā apjomā;

7.4. terapijas pārtraukšanas iemesli;

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.

**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.

### Izmantoto informācijas avotu saraksts

1. 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)
2. 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>
3. Donabedian, A. 2002. *Introduction to Quality Assurance in Health Care, An*. Oxford University Press, Incorporated
4. Martin, Lawrence L. *Total quality management in human service organizations*. Vol. 67. Sage, 1993.
5. 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).
6. 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.
7. 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>
8. 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).
9. Slimību un profilakses centrs. Ieteikumi ārstniecības iestādēm medicīnisko ierakstu un informācijas kvalitātes nodrošināšanai, 2017. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4075/download>
10. Slimību un profilakses centrs. Ieteikumi ārstniecības iestādēm precīzai pacienta identifikācijai, 2017. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4066/download>



dokumentam "Kvalitātes pārraudzības rādītāji rehabilitācijai stacionārā ārstniecības iestādē, kvalitātes uzraudzības kārtība"

## Rehabilitācijas pakalpojumu stacionārā ārstniecības iestādē 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		
<b>1. kritērijs: Pacientiem un darbiniekiem droša vide</b>					<b>Atzīme par kvalitātes kritēriju izpildi:</b> - nodrošināts (1 punkts), - nav nodrošināts (0 punkti)
1.1. Piemēroti apstākļi, ergonomiska un droša vide rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanai	Atbilst MK 2009.gada 20.janvāra noteikumiem Nr.60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" (Jā/Nē)	Pirms darbības 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"/>
1.3. Ar veselības aprūpi saistīto infekciju samazināšana	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)	Pirms darbības uzsākšanas, Vēlāk 1x gadā	Par darba drošību atbildīgais (vai cits atbilstošais) speciālists, kurš par rezultātiem informē programmas vadītāju	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
1.4. Aizsarglīdzekļu lietošana	Atbilst MK 2016.gada 16.februāra noteikumiem Nr.104 “Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē” (Jā/Nē)	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.	Programmas vadītājs vai viņa nozīmēta cita persona	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>

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"/>
<b>2. kritērijs: Darbinieku kompetence</b>					
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 vai nesertificēti veselības aprūpes speciālisti, ja darbs notiek sertificēta speciālista uzraudzībā (sertifikācijas prasība nav attiecināma uz māsām un māsu palīgiem) (Jā/Nē)	Pirms darbības 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 darbības 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 darbības uzsākšanas	Programmas vadītājs	Vēlams / rekomendējams (Ja netiek nodrošināts, jāsasniedz 1	<input type="checkbox"/>

				gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas brīža)	
<b>3. kritērijs: Informācijas pieejamība pakalpojuma saņēmējiem</b>					
3.1. Pacientu un viņu piederīgo informētība par stacionāras rehabilitācijas pakalpojumu un tā plānoto norisi	Pacienti tiek iepazīstināti ar rehabilitācijas pakalpojuma plānoto norisi un to apliecina ar parakstu. Izstrādāta veidlapa vai paredzēts medicīniskajā dokumentācijā (Jā/Nē)	Pirms darbības uzsākšanas	Programmas vadītājs vai ārstējošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
<b>4. kritērijs: Pakalpojuma nodrošinājums</b>					
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		
<b>5. kritērijs: Dokumentācijas aprīte un uzglabāšana</b>					
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 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	Speciālistu protokolu analīze Komandas sapulces Iesaistīto speciālistu aptaujas analīze (Jā/Nē)	1x 4 nedēļās	Ārstejošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>

<b>6. kritērijs: Integrācija primārajā veselības aprūpē</b>					
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"/>
<b>7. kritērijs: Programmas dalībnieku atbilstība programmai</b>					
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"/>
<b>8. kritērijs: Aktivitāšu kontrole un uzraudzība</b>					
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"/>

REZULTĀTI					
Kas tiek vērtēts? indikators	Ar ko tiek vērtēts? vērtēšanas instruments / veids	Kad tiek vērtēts? vērtēšanas laiks	Kurš vērtē? vērtētājs		
<b>9. kritērijs: Rehabilitācijas programmas rezultāti</b>					
9.1. Sasniegts medicīniskās rehabilitācijas mērķis	Uzlabojums novērtēšanas instrumentos vismaz par 10% (Jā/Nē)	Noslēdzot stacionāras rehabilitācijas etapu	Ārstējošais FRM ārsts	Obligāti nodrošināms	<input type="checkbox"/>
<b>10. kritērijs: Rehabilitācijas programmas uzlabošana</b>					
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"/>
<b>Programmā nodrošinātais kvalitātes rādītāju skaits (punkti)</b> <b>Minimālais punktu skaits ir 17 no 23, viena gada laikā no pakalpojuma uzsākšanas dienas ir jāpildveidojas un jāiegūst 23 punktus.</b>					<input type="checkbox"/>