

NACIONALINIAI AKREDITAVIMO STANDARTAI ŠEIMOS MEDICINOS PASLAUGAI

I SKYRIUS PACIENTŲ TEISĖS IR POREIKIAI

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – Įstaiga) gerbia pacientų teises ir poreikius.

1.1. Standartas

Teisinga ir pacientą gerbianči sveikatos priežiūra

Įstaiga teikia sveikatos priežiūrą, kuri atitinka pacientų poreikius ir teises.

1.1.1. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda laikosi Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (toliau – „Įstatymas“)

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
1.1.1.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra „Įstatymo“ kopija, kurią gali paskaityti visi darbuotojai.	
<i>Paaiškinimas</i>	„Įstatymas“ nustato paciento teises ir pareigas, paciento atstovavimo ypatumus, paciento skundų nagrinėjimo ir žalos, padarytos jo sveikatai, atlyginimo	☐ Įstaigoje, visiems gerai žinomoje vietoje (-se) yra pacientų teisių ir žalos atlyginimo įstatymo kopija

	pagrindus. • Pagal „Įstatymą“ pacientas turi teisę: - į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, - į sveikatos priežiūros prieinamumą, - į pagarbų elgesį ir orumo nežeminančias sąlygas, - į privatumą, - į informaciją apie savo sveikatos būklę arba jos atsisakyti, - pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą, - susipažinti su įrašais savo ligos istorijoje, - spręsti dėl savo gydymo (informuoto paciento sutikimas), - turėti savo pasirinktą atstovą, - nuspręsti, ar dalyvauti mokymo ir mokslinio tyrimo procese, - skųstis, - gauti kompensaciją už patirtą žalą.	☐ Įstaigos darbuotojai supažindinti su „Įstatymu“
1.1.1.2. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi dokumentais įformintą ir įgyvendintą pacientų teisių politiką/procedūras.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Politika ir procedūros aprašo, kaip darbuotojai įgyvendina „Įstatymo“ reikalavimus.	☐ Įstaigos vadovybė gali pateikti dokumentuotą pacientų teisių įgyvendinimo politiką/ procedūras

		☐ Įstaigos darbuotojai supažindinti su pacientų teisių politika ir procedūromis ir jų laikosi
1.1.1.3.	Pacientų teisių politika yra stebima ir peržiūrima bent kartą per penkerius metus.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaškinimas</i>	- Pacientų apklausose įtraukiamas klausimas apie pacientų teisių įgyvendinimą įstaigoje. - Politika peržiūrima pasikeitus teisės aktams.	☐ Įstaigos vadovybė gali parodyti pacientų apklausų dokumentus, kuriuose yra klausimas apie paciento teisių įgyvendinimą ☐ Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už pacientų teisių politikos ir procedūrų peržiūrėjimą ☐ Politikos dokumentuose yra informacija apie jos peržiūrėjimą
1.1.1.4.	Pacientai įstaigoje yra supažindinami su jų teisėmis ir atsakomybėmis.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaškinimas</i>	Informacija apie „Įstatymą“ yra skelbiama įstaigoje ten, kur pacientai gali susipažinti su jo turiniu ir žinoti savo teises bei pareigas, pvz., registratūroje, tinklalapyje, skrajutėse.	☐ Sveikatos istorijose yra paciento parašas (prisirašant), kad jis supažindintas su vidaus tvarkos taisyklėmis

1.1.2. Rodiklis

Nauji pacientai prisirašo įstaigoje ir jiems suteikiama tokios pačios kokybės priežiūra, nepriklausomai nuo jų lyties, amžiaus, seksualinės orientacijos, kalbos ar religijos

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
1.1.2.1.	Įstaigoje yra nustatyta pacientų prisirašymo procedūra, kuri atitinka teisės aktų reikalavimus.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaškinimas</i>	Visi šeimos gydytojo komandos nariai yra supažindinti su pacientų prisirašymo teisės aktų reikalavimais ir žino prisirašymo procedūrą.	☐ Pacientų prisirašymo prie įstaigos procedūra ☐ Pacientų prisirašymo registravimo žurnalai, prašymų formos
1.1.2.2.	Pacientai yra supažindinti su prisirašymo procedūra.	
<u>Būtinai</u>		

<i>Paaškinimas</i>	Informacija apie tai, kaip prisirašyti prie įstaigos yra viešai prieinama, pvz., registratūroje ir/ar įstaigos tinklalapyje.	☐ Įstaigos tinklalapyje ir informacinėje lentoje skelbiama informacija apie prisirašymą prie įstaigos
		☐ Registratūroje yra nustatyta prisirašymo forma
1.1.2.3. <u>Būtinai</u>	Įstaiga išlaiko pagarbius ir skaidrius santykius su bet kokio amžiaus ir lyties pacientais, gerbdama jų kultūrinius ir religinius įsitikinimus ar gyvenimo būdą.	
<i>Paaškinimas</i>	- Šeimos gydytojo komandos nariai žino, kaip pagarbiai ir efektyviai bendrauti su pacientais bei jų šeimomis, turinčiomis skirtingus kultūrinius pagrindus, religinius įsitikinimus ir sveikatos priežiūros poreikius. - Šeimos gydytojo komandos nariai supranta pacientų ligos naštą ir vertina jų kultūrinius bei socialinius poreikius.	☐ Įstaigos darbo metu yra darbuotojai, kurie gali bendrauti su pacientu, nemokančiu valstybinės kalbos;
		☐ Darbuotojų elgesio kodeksas, su kuriuo supažindinti visi darbuotojai

1.1.3. Rodiklis

Kiekvieno paciento sveikatos poreikiai tiksliai ir tinkamai įvertinami

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
1.1.3.1. <u>Būtinai</u>	Atliekamas kruopštus kiekvieno naujai prisirašiusio paciento pirminis medicininis įvertinimas.	
<i>Paaškinimas</i>	- Pirminis įvertinimas turėtų apimti: - paciento persirgtas ligas, įskaitant operacijas, - šeimos anamnezę, įskaitant širdies ligas, piktybinius auglius ir psichikos sutrikimus; - kraujo grupę ir buvusius kraujo perpylimus;	☐ Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos/vaiko sveikatos raidos istorijos pildymo tvarkos aprašas ar procedūra

	- dabartinių ir buvusių alergijų vaistams detalią apžvalgą; - šeimos rizikos faktorius, genetinę anamnezę ir maitinimą krūtimi vaikams; - fizinį sveikatos įvertinimą; - lėtines ligas, kurias reikia stebėti; - specialiuosius poreikius; - specifinius paciento pageidavimus/ nurodymus dėl sveikatos priežiūros; - kitą svarbią sveikatos informaciją. • Įvertinimo rezultatai įrašomi Ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje/vaiko sveikatos raidos istorijoje (toliau - sveikatos istorijoje).	
1.1.3.2. <u>Siektinas</u>	Įvertinant paciento sveikatos būklę, šeimos gydytojas koordinuoja kitų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų darbuotojų (įskaitant pirminės psichikos sveikatos ir odontologines paslaugas) paslaugas bei specialistų konsultacijas.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Atliekant įvertinimą panaudojama iš visų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų gauta informacija, kad būtų galima išvengti dubliavimo ir bereikalingo išteklių naudojimo. Pilnai įvertinti gali prireikti siuntimo atlikti laboratorinius ar kitus diagnostinius tyrimus.	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje

1.1.3.3. <u>Siektinas</u>	Kiekvienam pacientui, jeigu reikia, yra sudaromas tyrimo ir gydymo planas (sveikatos priežiūros planas).	
<i>Paaiškinimas</i>	• Tyrimo ir gydymo planas sudaromas pagal sveikatos būklės įvertinimą ir atsižvelgiant į paciento tikslus, poreikius ir	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje: planas, paciento supažindinimo su planu žyma

pasirinkimus. - Plane numatoma visų šeimos gydytojo komandos narių vaidmuo ir atsakomybės, įskaitant paslaugas, kurias teiks kiti paslaugų teikėjai ar kitos įstaigos. Taip pat numatoma, ką turi daryti pacientas, siekdamas numatytų tikslų ir rezultatų. - Planas suderinamas su pacientu ir įrašomas sveikatos istorijoje. - Priežiūros planas peržiūrimas kasmet, ar prireikus dažniau.	☐ Atmintinė pacientui apie numatytą gydymo planą
---	---

1.1.4. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda atpažįsta pacientus, turinčius specialiųjų poreikių ir numato jiems reikalingas papildomas paslaugas

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
1.1.4.1. <u>Būtinai</u>	Šeimos gydytojo komanda identifikuoja pacientus, turinčius specialiųjų poreikių ir numato jiems reikalingas papildomas paslaugas.	
<i>Paaškinimas</i>	- Pažymimos sveikatos istorijos pacientų, turinčių specialiųjų poreikių, įskaitant kultūrinius ir kalbos ypatumus, sutrikusį regėjimą ir klausą, fizinę ir kognityvinę negalią. - Sveikatos istorijoje išryškinami specialieji poreikiai ir reikalingos papildomos paslaugos (pvz., vertėjas, šeimos nario ar globėjo palyda ir t.t.).	☐ Sveikatos istorijų žymėjimo tvarka
1.1.4.2. <u>Siektinas</u>	Šeimos gydytojo komanda padeda pacientams gauti papildomas paslaugas bendradarbiaudama su tokias paslaugas teikiančiomis socialinėmis ar specialiomis institucijomis.	

<i>Paaškinimas</i>	• Įstaiga turi sąrašą institucijų, kurios teikia papildomas paslaugas pacientams, turintiems specialiųjų poreikių. • Įstaiga palaiko ryšius su papildomas paslaugas teikiančiomis institucijomis. • Šeimos gydytojo komanda žino apie papildomas paslaugas teikiančias institucijas ir prireikus siunčia joms pacientus.	☐ Papildomas (socialines ir kt.) paslaugas teikiančių institucijų sąrašas
--------------------	--	--

1.1.5. Rodiklis.

Pacientą gerbianči sveikatos priežiūra

Įstaiga užtikrina paciento teisę į pagarbų šeimos gydytojo komandos narių elgesį, užtikrinanti paciento orumą ir privatumą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas/ Įrodymai
1.1.5.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga laikosi politikos pagarbiai elgtis su pacientais, kai jie atsisako specifinio gydymo, patarimo ar procedūros, ketina ieškoti antros klinikinės nuomonės arba kai jie pereina gydytis pas kitą šeimos gydytoją ar į kitą įstaigą.	
<i>Paaškinimas</i>	• Šeimos gydytojo komanda teikia sveikatos priežiūrą pacientams, kurie atsisako specifinio gydymo, patarimo ar procedūros. • Šeimos gydytojo komanda padeda pacientui sužinoti papildomą klinikinę nuomonę. • Pacientai perduodami kitam šeimos gydytojui įstaigoje ar kitai įstaigai, kai pacientas to pageidauja arba, kai įstaiga nėra pajėgi toliau gydyti pacientą.	☐ Įstaigos dokumentuose yra numatyta galimybė pacientams pasirinkti kitą gydytoją/ įstaigą bei sužinoti kito specialisto nuomonę ☐ Pacientai yra informuojami apie galimybę pasirinkti kitą gydytoją / įstaigą bei sužinoti kito specialisto nuomonę.

1.1.6. Rodiklis

Trečiosios šalies dalyvavimas

Trečioji šalis dalyvauja ar stebi pacientui teikiant sveikatos priežiūrą tik pacientui iš anksto sutikus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas/ Įrodymai
1.1.6.1. <u>Būtinai</u>	Šeimos gydytojo komanda gauna išankstinį paciento sutikimą dalyvauti trečiajai šaliai apsilankymo metu.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Trečioji šalis gali būti vertėjai, globėjai, giminaičiai, draugai, medicinos ar kitas sveikatos priežiūros personalas, studentai, slaugytojai, šeimos medicinos rezidentai. - Paciento sutikimas dalyvauti trečiajai šaliai apsilankymo metu turi būti gaunamas prieš prasidedant vizitui. - Paciento pageidavimu leidžiama dalyvauti abipusiai priimtina trečiajai šaliai atliekant vidaus/intymius tyrimus (įstaiga turi tokių tyrimų sąrašą).	☐ Įstaigos dokumentas, nustatantis trečiosios šalies dalyvavimo tvarką, įskaitant vidaus/intymius tyrimus, kurių metu, paciento pageidavimu gali dalyvauti trečioji šalis ☐ Įstaigos darbuotojai žino tvarką

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas;
3. Lietuvos Respublikos Biomedicininų tyrimų etikos įstatymas;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367.
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“;
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-164. „Dėl ligų, kuriomis sergantys ne jaunesni kaip 16 metų pacientai turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, neatskleidžiant asmens tapatybės, sąrašo patvirtinimo“;
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. V-184 „Dėl Sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašo patvirtinimo“;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-658 „Dėl paciento teisės susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose tinkamo įgyvendinimo“;
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl

Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“;

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. V-498 „Dėl Viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų elgesio kodekso rengimo rekomendacijų patvirtinimo“.

1.2. Standartas

Paciento dalyvavimas ir jo atsiliepimai

1.2.1. Rodiklis

Informuoto paciento sutikimas

Pacientams suteikiama pakankamai informacijos, kad jie galėtų priimti sprendimą dėl savo sveikatos priežiūros.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
1.2.1.1. <u>Būtinasis</u>	Įstaiga turi aiškia, praktikoje įgyvendintą politiką ir procedūrą paremti pacientus suprasti suteiktą informaciją ir skatinti priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros.	
<i>Paaaiškinimas</i>	- Įstaiga turi rašytinę politiką ir procedūrą informuoto paciento sutikimui gauti. - Įstaigos darbuotojai žino politiką, kad reikia pacientus informuoti ir įtraukti į sprendimų priėmimą dėl jų sveikatos priežiūros. - Įstaigos darbuotojai gali paaaiškinti, kaip gaunamas informuoto paciento sutikimas.	☐ Dokumentas, nustatantis informuoto paciento sutikimo gavimo tvarką ☐ Įstaigos darbuotojai supažindinti su tvarka ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje
1.2.1.2. <u>Būtinasis</u>	Pacientams suteikiama išsami informacija, kad jie galėtų priimti informuotus pasirinkimus dėl savo sveikatos priežiūros.	

<i>Paaiškinimas</i>	- Klinikiniai darbuotojai savo pacientams suteikia informaciją apie numatytą tyrimo ir gydymo planą (tikslas, svarba, nauda, rizika ir siūlomų tyrimų galima kaina, siuntimai ar gydymas) tokia forma, kalba ir būdu, kurie leidžia jiems suprasti suteiktą informaciją. - Klinikiniai darbuotojai naudoja skrajutes, brošiūras ar kitus turimus informacijos šaltinius, kurie prireikus padėtų paaiškinti diagnozę ir būklės gydymą. - Pacientai yra informuojami, kad su jais apsilankymo metu gali dalyvauti ir patarti koks nors jų pasirinktas asmuo, pvz., šeimos narys, paciento advokatas, klinikinis darbuotojas, patarėjas. - Paciento sutikimas su specialiu gydymu (jo atsisakymas) yra įrašomas į sveikatos istoriją.	☐ Įrašai sveikatos istorijoje, įskaitant užpildytą informuoto paciento sutikimo formą ☐ Informacinė medžiaga pacientams
1.2.1.3. <u>Siektinas</u>	Paciento informavimo ir sutikimo politika ir procedūra yra stebima ir peržiūrima bent kartą per penkerius metus..	
<i>Paaiškinimas</i>	Pacientai apklausiami apie bendravimą su šeimos gydytojo komanda, informavimą, sutikimą bei gydymo sprendimų priėmimą.	☐ Pacientų apklausų anketose yra klausimas apie pacientų informavimą ir sutikimą ☐ Pacientų apklausų analizės duomenys

1.2.2. Rodiklis

Pacientu atsiliepimai

Istaiga siekia išsiaiškinti pacientų nuomonę apie jų patirtį įstaigoje ir į ją reaguoja, įgyvendindama priemonės kokybei tobulinti.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas /
------------	--------------------------

		Įrodymai
1.2.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga sistemingai renka, analizuoja ir vertina informaciją apie pacientų patirtį įstaigoje.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga nustato tvarką ir metodus pacientų pasiūlymams ir atsiliepimams rinkti, kurioje numatyta laiku reaguoti į gautus pasiūlymus, juos panaudoti paslaugų kokybei tobulinti. - Yra sukurtas mechanizmas pacientams pateikti savo nuomonę ir pasiūlymus, pvz., atsiliepimų dėžutės, pacientų patariamieji komitetai, apklausos ir t.t. - Visi pacientų pasiūlymai, nuomonės yra dokumentuojami.	☐ Pacientų apklausų tvarka ir anketos ☐ Pacientų pasiūlymų dėžutė ar kiti metodai, pvz., galimybė pateikti atsiliepimus įstaigos tinklalapyje ☐ Pacientų apklausų analizės dokumentai
1.2.2.2. <u>Siektinas</u>	Surinkti pacientų atsiliepimai yra naudojami kokybei tobulinti.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Surinktų duomenų analizė padeda nustatyti potencialias problemas ir imtis reikalingų veiksmų veiklai pagerinti. - Pacientų nuomonė perduodama visai šeimos gydytojo komandai. - Įstaigoje yra mechanizmas informuoti pacientus apie jų pasiūlymų rezultatus (jeigu jie tinkami).	☐ Veiklos planai kokybei tobulinti ☐ Pasitarimų, analizuojant pacientų atsiliepimus ir pasiūlymus, protokolai ☐ Įrašai apie pacientų informavimą

1.2.3. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda gerbia pacientų teisę skųstis

Įstaigoje yra skundų politika ir visi skundai bei jų sprendimai yra registruojami.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
------------	--------------------------------------

1.2.3.1. <u>Būtinai</u>	Šeimos gydytojo komanda turi dokumentais įformintą skundų politiką ir procedūrą, kuri aprašo, kaip skundai tvarkomi.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos skundų procedūra atitinka nustatytus laiko terminus ir kitus teisės aktų reikalavimus. • Yra paskirtas asmuo, atsakingas už skundus. • Vadovybė ir darbuotojai yra informuoti, kuris asmuo įstaigoje yra atsakingas už skundus. • Visi pacientų skundai ir priimti sprendimai yra įforminami dokumentais.	☐ Dokumentas, nustatantis skundų registravimo ir nagrinėjimo tvarką ☐ Atsakingas asmuo, organizuojantis skundų tyrimą
1.2.3.2. <u>Būtinai</u>	Informacija apie tai, kaip pateikti skundą, yra lengvai prieinama pacientams.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Yra informacija pacientams apie jų teisę pateikti skundą ir kaip jie tai gali padaryti. • Asmenims, pateikusiems skundą, suteikiama informacija apie jo tyrimą ir apie numatomus padaryti pakeitimus, jeigu tokie bus. • Yra informacija pacientams apie tai, kur ir kaip jie turėtų kreiptis būdami nepatenkinti skundo sprendimu.	☐ Vieša informacija apie skundo pateikimą ir nagrinėjimą informacinėje lentoje, tinklalapyje ☐ Informacija apie įstaigos kontaktinius duomenis, vadovybės darbo laiką, priėmimo valandas informacinėje lentoje, tinklalapyje
1.2.3.3. <u>Būtinai</u>	Skundai ir jų sprendimai yra naudojami kaip galimybė mokytis ir gerinti paslaugas.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Skundų analizė ir tvarkymas yra svarbi rizikos valdymo veikla, kuri įgalina įstaigą apsvarstyti skundus ir konstruktyviai į juos reaguoti. • Šeimos gydytojo komanda gali paaiškinti savo vaidmenį skundų tvarkymo ir sistemos gerinimo procese. • Įstaigos vadovybė gali pateikti pavyzdžių, kai pacientų skunduose iškeltos	☐ Skundų nagrinėjimo dokumentai ☐ Kokybės tobulinimo planai ir jų įgyvendinimo dokumentai ☐ Skundų svarstymo darbuotojų susirinkimuose protokolai

	problemos buvo tiriamos naudojant sisteminių požiūrį ir spęstos įgyvendinant patobulinimus bei neieškant kaltų.	
--	---	--

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas;
3. Lietuvos Respublikos Biomedicininį tyrimų etikos įstatymas;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 1 d. įsakymas Nr. 65 „Dėl informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-164. „Dėl ligų, kuriomis sergantys ne jaunesni kaip 16 metų pacientai turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, neatskleidžiant asmens tapatybės, sąrašo patvirtinimo“;
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. V-184 „Dėl Sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašo patvirtinimo“;
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-658 „Dėl paciento teisės susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose tinkamo įgyvendinimo“.

II SKYRIUS ĮSTAIGOS PASLAUGOS

2.1. Standartas

Įstaigos paslaugos atitinka jos pacientų poreikius

2.1.1. Rodiklis

Įstaiga taip sutvarko savo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kad jos atitiktų įstaigos pacientų poreikius.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.1.1.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje teikiamos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka taikytinus įstatymus ir kitus teisės aktus.	
<i>Paaikškinimas</i>	• Įstaiga turi galiojančią licenciją, kurioje aiškiai nurodyta, kokias pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas įstaiga įgaliota teikti.	☐ Įstaigos licencija, kurioje nurodytos teikiamos paslaugos
2.1.1.2.	Informacija apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra aiškiai paskelbta	

<u>Būtinai</u>	tokioje vietoje, kuri prieinama visiems pacientams, jų šeimos nariams ir darbuotojams.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Informacija pacientams apie teikiamas paslaugas (nemokamas ir mokamas), specialistus jų darbo valandas, konsultacijų laukimo laiką yra paskelbta informacinėje lentoje, tinklalapyje, skrajutėje ir t.t.	☐ Įstaigos skelbimų lentoje ir/ar tinklalapyje yra išvardintos teikiamos nemokamos ir mokamos paslaugos ☐ Įstaigos skelbimų lentoje ir /ar tinklalapyje yra nurodyti šeimos gydytojų kabinetai ir jų darbo laikas ☐ Įstaigos skelbimų lentoje ir / ar tinklalapyje yra nurodyti kitų kabinetų, pvz., laboratorijos (jei tokia yra), darbo valandos ☐ Įstaigos skelbimų lentoje ir / ar tinklalapyje yra nurodyti mokamų paslaugų įkainiai
2.1.1.3. <u>Siektinas</u>	Įstaiga renka informaciją apie prie jos prisirašiusių pacientų ir jų šeimų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga gali šią informaciją susirinkti įvertinusi prisirašiusių pacientų poreikius ar iš vietinių ir nacionalinių sveikatos ataskaitų. • Įstaiga aiškinasi, ar jos darbo valandos tenkina prisirašiusių pacientų poreikius.	☐ Įstaigos vykdomų pacientų apklausų dokumentai ☐ Apklausoje yra klausimas, ar pacientus tenkina įstaigos darbo valandos, teikiamų paslaugų asortimentas ir kt. ☐ Apklausų analizės dokumentai
2.1.1.4. <u>Siektinas</u>	Įstaiga reguliariai analizuoja savo paslaugas ir surinktą informaciją apie pacientų, jų šeimų ir platesnius bendruomenės poreikius naudoja savo paslaugų planavimui ir tokiai struktūrai, kuri atitiktų aptarnaujamų pacientų poreikius.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga planuoja ir vertina, kaip jos teikiamų paslaugų struktūra atitinka atskirų pacientų ir visos jos pacientų bendruomenės poreikius. • Įstaiga vertina dabartinių paslaugų tinkamumą ir naujų paslaugų poreikį.	☐ Pacientų apklausų analizės dokumentai ☐ Įstaigos administracijos posėdžių protokolai, svarstant apklausų duomenis apie pacientų poreikius ☐ Įstaigos metinių planų dokumentai

	Tas vertinimas gali apimti prioritetų nustatymą, jeigu reikia įvairių paslaugų, ar papildomų išteklių skyrimą, įskaitant papildomą darbuotojų apmokymą, kuris yra reikalingas, ar sudarant sutartis su kitais paslaugų teikėjais prieinamumui užtikrinti.	
--	---	--

2.1.2. Rodiklis

Įstaiga užtikrina paslaugų prieinamumą ištisą parą

Jeigu įstaiga nedirba ištisą parą, užtikrinamos alternatyvos paslaugoms gauti.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.1.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga užtikrina paslaugų prieinamumą ištisą parą.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga užtikrina paslaugas po darbo valandų, paskirdama budintį šeimos gydytoją arba	☐ Įstaigoje budinčio šeimos gydytojo darbo laikas, jeigu toks yra
	• Įstaiga turi dokumentuotą sutartį su kita įstaiga, teikiančia paslaugas ištisą parą.	☐ Įstaigos sutartis dėl paslaugų, teikiamų po darbo valandų
	• Įrašai apie paciento apsilankymus po darbo valandų nedelsiant persiunčiami paciento šeimos gydytojui.	☐ Sutartyje numatytos informacijos apsikeitimo sąlygos
2.1.2.2. <u>Būtinai</u>	Informacija apie tai, kaip įstaiga užtikrina paslaugas po darbo valandų, yra viešai skelbiama.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Pacientams suteikiama atitinkama informacija apie įstaigos darbo valandas ir galimybę užsiregistruoti pas budintį šeimos gydytoją nedarbo valandomis ar kreiptis į kitą įstaigą.	☐ Skelbimų lentoje ir /ar įstaigos tinklalapyje yra nurodyta, kur pacientui kreiptis nedarbo valandomis
	• Įstaigos vadovybė gali paaiškinti, kaip įstaiga užtikrina paslaugas ištisą parą.	☐ Prie įėjimo į įstaigą išorėje yra informacija, kur kreiptis nedarbo valandomis

2.1.2.3.	Yra sistema sekti ir gerinti paslaugų prieinamumą po darbo valandų.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	Pacientų apsilankymai kitose įstaigose nedarbo valandomis yra registruojami.	☐ Metinis vidaus medicininis audito planas
	Paskirtas atsakingas asmuo stebi, kaip perduodama informacija šeimos gydytojui apie pacientų apsilankymus kitose įstaigose nedarbo valandomis.	☐ Vidaus medicininio audito dėl paslaugų, teikiamų po darbo valandų, prieinamumo ir kokybės dokumentai
	Kasmet atliekamas auditas dėl paslaugų, teikiamų nedarbo valandomis, prieinamumo ir kokybės.	☐ Audito sprendimų aptarimų posėdžio protokolas
	Surinkta informacija naudojama tobulinimams įgyvendinti.	

2.1.3. Rodiklis

Įstaiga turi lanksčią apsilankymų registravimo sistemą

Pacientai gali užsiregistruoti pas šeimos gydytoją iš anksto.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
2.1.3.1.	Įstaiga turi lanksčią apsilankymų registravimo sistemą darbo valandomis, pritaikomą paciento poreikiams.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	Registravimo sistema leidžia pasirinkti registravimosi būdą (asmeniškai, telefonu, internetu), taip pat apsilankymų trukmę (įprastus, trumpesnius ar ilgesnius apsilankymus).	☐ Pacientai gali registruotis telefonu, internetu, atvykus į įstaigą
	Įstaiga atlieka pacientų apklausas, į anketas įtraukdama klausimą apie	☐ Įstaigoje yra nustatyta apsilankymų registravimo tvarka
		☐ Registratūroje apsilankymai yra registruojami
		☐ Registratūra dirba visą įstaigos darbo laiką

	apsilankymų registravimo sistemą, ir gautą informaciją naudoja savo paslaugoms tobulinti. Pacientai yra informuojami apie galimybę paprašyti ilgesnės apsilankymo trukmės.	☐ Pacientų apklausos anketoje yra klausimas apie registratūros darbą
2.1.3.2.	Įstaigos administracija nuolat kontroliuoja apsilankymo laukimo laiką, kad jis atitiktų teisės aktų reikalavimus.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga seka (pvz., atlikdami metines pacientų pasitenkinimo apklausas) skaičių pacientų, kurie negalėjo patekti konsultacijai per nustatytą laiko terminą: skubiais atvejais tą pačią dieną ar per penkias dienas paūmėjus lėtinei ligai. - Pacientų galimybių gauti paslaugas sekimas suteikia vertingos informacijos apie įstaigos veiklą ir sudaro pagrindą pokyčiams įgyvendinti siekiant tobulinimo, pvz., pritraukti papildomus išteklius.	☐ Stebėsenos duomenų dokumentai ☐ Pacientų registracijos žurnalas ☐ Įstaigos vadovybės posėdžių prieinamumo klausimu protokolai ☐ Darbuotojų susirinkimų dokumentai apie svarstytus paslaugų prieinamumo klausimus

2.1.4. Rodiklis

Apsilankymai namuose ir kitur

Įstaiga turi sistemą teikti paslaugas pacientams namuose, kaip to reikalauja teisės aktai.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
2.1.4.1.	Įstaigoje yra sistema teikti paslaugas pacientams, kuriuos reikia lankyti namuose.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga užtikrina lankymus namuose, pacientams sergantiems tam tikromis ligomis, įskaitant pakartotinus apsilankymus. - Šeimos gydytojas planuodamas	☐ Įstaiga turi nusistačiusi pacientų lankymo namuose tvarką ☐ Šeimos gydytojas ir jo komanda turi namuose lankomų pacientų sąrašą, kuris periodiškai

	lankyti pacientus namuose, vadovaujasi teisės aktų reikalavimais. • Įstaigoje yra sąrašas pacientų, kurie lankomi namuose. • Lankymai namuose įrašomi į ambulatorinę asmens sveikatos istoriją.	peržiūrimas ☐ Įrašai sveikatos istorijose
2.1.4.2.	Šeimos gydytojo komanda bendradarbiauja su ligoninėmis, reabilitacijos centrais ir kitomis įstaigomis, siųsdama ten pacientus ir gaudama informaciją apie jų apsilankymus kitose įstaigose.	
<u>Siektnas</u>		
<i>Paaškinimas</i>	• Šeimos gydytojo komanda renka informaciją apie pacientus, nusiųstus į ligoninę, reabilitacijos centrus ar kitas įstaigas, ir šią informaciją įrašo sveikatos istorijoje. • Šeimos gydytojo komanda paciento sveikatos informaciją perduoda kitiems paslaugų teikėjams teisės aktų nustatyta tvarka. • Ligoninėje, reabilitacijos centruose ir kitose įstaigose buvusių pacientų informacijos perdavimas yra vertinamas metinio medicininio audito metu. Audito rezultatai naudojami paslaugų kokybei gerinti.	☐ Vidaus medicininio audito dokumentai apie apsikeitimą paciento sveikatos informacija su kitomis įstaigomis
2.1.4.3.	Įstaigoje yra sistema, atitinkanti teisės aktų reikalavimus, teikti slaugos paslaugas pacientams namuose.	
<u>Būtnas</u>		
<i>Paaškinimas</i>	• Šeimos gydytojas turi sąrašą pacientų, turinčių specialiųjų poreikių, kuriems reikalinga slauga namuose. • Kiekvienam pacientui yra sudarytas slaugos namuose planas, nurodant šeimos gydytojo komandos narių vaidmenis ir atsakomybes, kaip dažnai paslaugos bus teikiamos. Priežiūros planas yra suderinamas su pacientu ir jo šeima. • Slaugos namuose priežiūros planas ir suteiktos paslaugos yra įrašomi sveikatos istorijoje.	☐ Įstaiga turi slaugos paslaugų teikimo namuose tvarką ☐ Įstaiga turi nuolat atnaujinamą sąrašą pacientų, kuriems teikiamos slaugos paslaugos namuose ☐ Įstaigoje yra paskirti asmenys, teikiantys slaugos paslaugas pacientams namuose ☐ Periodinių auditų dėl namuose teikiamų slaugos paslaugų dokumentai

2.1.5.Rodiklis

Įstaiga kuria partnerystes siekdama pagerinti teikiamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir palaikyti koordinuojantį požiūrį, tenkinant pacientų sveikatos priežiūros poreikius ir saugant jų sveikatą

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
2.1.5.1.	Įstaiga kartu su savo partneriais pacientams užtikrina papildomas pirminės sveikatos priežiūros ar specialistų paslaugas ne savo įstaigoje.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaikškinimas</i>	Be įstaigoje teikiamų pirminių sveikatos priežiūros paslaugų, įstaiga su partneriais ir bendruomenės organizacijomis pacientams užtikrina prieinamumą prie papildomų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, tokių, kaip pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos ir bendrosios praktikos gydytojo odontologo paslaugos.	☐ Įstaigoje yra nustatyta siuntimų į kitas įstaigas tvarka ☐ Darbuotojai yra supažindinti su siuntimų tvarka ☐ Sutartys su kitais pirminės sveikatos priežiūros partneriais dėl paslaugų teikimo
2.1.5.2.	Įstaiga informuoja pacientus ir paaikškina jiems, kaip ir kada galima gauti konsultacijas antrinio ar tretinio lygio įstaigose	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaikškinimas</i>	- Informacija apie antrinio ir tretinio lygio specialistų paslaugas yra viešai prieinama registratūroje ir/arba įstaigos tinklalapyje. - Pacientai yra informuojami apie jų galimybę pasirinkti specialistų antrinio ar tretinio lygio konsultaciją.	☐ Įstaigos skelbimų lentoje ir / ar tinklalapyje yra informacija apie antrinio ir tretinio lygio specialistų paslaugas ☐ Įstaiga turi antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančių įstaigų sąrašus

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 29 d. nutarimas Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“.
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;

5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-156 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijavimo“;
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717 „Dėl Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“;
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-650 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 30 d. įsakymas Nr. V-133 „Dėl šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
13. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. vasario 6 d. įsakymas Nr. 1K-23 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“.

2.2. Standartas

Laiku suteikiama ir prieinama priežiūra

2.2.1. Rodiklis

Įstaiga atskiria pacientus, kuriems reikalinga skubi ir neatidėliotina pagalba, ir atitinkamai į tai reaguoja

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.2.1.1. <u>Būtinasis</u>	Įstaigoje yra sistema, leidžianti pacientams užsiregistruoti skubiosios (būtiniosios) pagalbos apsilankymams.	
<i>Paaiškinimas</i>	Pacientai gali užsiregistruoti apsilankymams dėl skubiosios medicininės pagalbos (skubioji medicinos pagalba yra	☐ Įstaigoje yra nustatyta skubiosios (būtiniosios) pagalbos teikimo tvarka

	kvalifikuota asmens sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikia gydytojas arba gydytojas kartu su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais. Skubioji medicinos pagalba – tai tokia medicinos pagalba, kuri teikiama nedelsiant (1 kategorija), arba neatidėliotinai (2, 3, 4 kategorijos), kai dėl ūmių klinikinių būklių gresia pavojus paciento ir/ar aplinkinių gyvybei arba tokios pagalbos nesuteikimas laiku sukelia sunkių komplikacijų grėsmę pacientams). • Įstaigoje yra dokumentuota tvarka, kaip nustatyti pacientus, kuriems reikia skubiosios medicininės pagalbos, ir kaip ją suteikti pacientams (nepriklausomai nuo pacientų srautų). • Pacientų apklausa apima ir apsilankymus skubiajai pagalbai.	☐ Darbuotojai yra susipažinę su skubiosios (būtiniosios) pagalbos teikimo tvarka
		☐ Pacientų apklausos analizės duomenys
2.2.1.2.	Visi registratūros darbuotojai sugeba atpažinti pacientus, kuriems reikia skubiosios medicinos pagalbos, ir tinkamai į tai reaguoja kalbėdami su pacientu registratūroje ar telefonu.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Registratūros darbuotojai, su kuriais pirmiausia susitinka pacientas, yra apmokyti atpažinti pacientus, kuriems reikia skubiosios medicinos pagalbos, ir atitinkamai į juos reaguoti • Yra nustatyti ir dokumentuoti požymiai, kuriais vadovaujantis ne medicinos darbuotojai (registratūros darbuotojai) gali atpažinti pacientus, kuriems reikia skubiosios medicinos pagalbos, kalbant asmeniškai ar telefonu. • Registratūros darbuotojai žino, į kurį šeimos gydytojo klinikinės komandos narį kreiptis dėl paciento, kuriam reikalinga skubioji medicinos pagalba.	☐ Įstaiga turi parengusi atmintinę, kaip atpažinti pacientus, kuriems reikia skubiosios medicinos pagalbos, ir registratūros darbuotojai ja naudojasi
		☐ Registratūroje yra už skubiosios pagalbos teikimą atsakingų darbuotojų grafikas
2.2.1.3.	Šeimos gydytojo komanda laikosi teisės aktų reikalavimų teikdama skubiąją (būtinąją) medicinos pagalbą pacientams.	

<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos darbuotojai laikosi nustatytų kriterijų priskirti pacientus tam tikrai kategorijai pagal jų pagalbos poreikį ir suteikia pirmenybę pacientams su neatidėliotinos ar skubiosios pagalbos poreikiais. • Skirstydama pacientus į kategorijas klinikinė komanda užtikrina, kad pacientai, kuriems yra skubiosios pagalbos poreikis (pagal skubiosios pagalbos kategorijas), būtų gydomi pirmiau, negu kiti pacientai, kurių pagalbos poreikis yra mažiau skubus.	☐ Darbuotojai yra susipažinę su skubiosios (būtiniosios) medicinos pagalbos teikimo tvarka ☐ Įrašai sveikatos istorijoje ☐ Skubiosios (būtiniosios) pagalbos kriterijų sąrašas
2.2.1.4. <u>Būtinai</u>	Įstaigos sveikatos priežiūros specialistai yra apmokyti pagrindinių gaivinimo principų.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Visi sveikatos priežiūros specialistai yra apmokyti pagrindinių gaivinimo principų. • Darbuotojų gaivinimo įgūdžiai periodiškai (kasmet) atnaujinami.	☐ Darbuotojų gaivinimo įgūdžių apmokymo ir atnaujinimo dokumentai.

2.2.2.Rodiklis

Tirtis ir konsultuotis pacientai siunčiami laiku

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.2.2.1. <u>Siekiamas</u>	Įstaiga turi galimybę laiku siųsti pacientus tirtis ir konsultuotis bei sekti laukimo laiką.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje pacientai siunčiami tirtis ir konsultuotis pagal nustatytą tvarką. • Klinikiniai darbuotojai yra susipažinę su siuntimų tvarka ir jos laikosi.	☐ Įstaigoje yra nustatyta pacientų siuntimų tyrimams ir konsultacijoms tvarka. ☐ Pacientų apklausų duomenų analizė

• Pacientų apklausos rezultatai yra naudojami siuntimų sistemai pagerinti. • Stebimas tyrimų ir konsultacijų laukimo laikas, atliekant kasmetinį vidaus medicininį auditą • Klausimas apie tyrimų ir konsultacijų laukimo laiką įtraukiamas į pacientų apklausas.	☐ Vidaus medicininio audito dokumentai
---	---

2.2.3.Rodiklis

Tyrimų ir konsultacijų rezultatų sekimo sistema

Įstaiga turi sistemą sekti ir peržiūrėti tyrimų ir konsultacijų rezultatus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.2.3.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra nustatyta tvarka, užtikrinanti, kad tyrimų rezultatai bei gaunama klinikinė korespondencija laiku pasiektų šeimos gydytoją.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Tvarka aprašo, kaip tyrimų rezultatai bei klinikinė korespondencija, kurią gauna įstaiga: - peržiūrimi, - pasirašomi (ir elektroniniu parašu), - į juos savalaikiai reaguojama, - įtraukiami į sveikatos istoriją. • Tvarka aprašo mechanizmus, kaip elgiamasi su normaliais tyrimų rezultatais, nenormaliais tyrimų rezultatais (skubiais ir neskubiais) ir kritiniais tyrimų rezultatais.	☐ Įstaigoje yra tyrimų rezultatų bei kitos klinikinės korespondencijos valdymo tvarka ☐ Įstaigos darbuotojai yra supažindinti su tvarka ir jos laikosi
2.2.3.2.	Pacientų sveikatos istorijose yra įrodymų, kad tyrimų rezultatai, tyrimų	

<u>Būtinasi</u>	ataskaitos ir gauta klinikinė korespondencija buvo: peržiūrėta šeimos gydytojo, pasirašyta (ir elektroniniu parašu), prireikus laiku buvo imtasi veiksmų.	
<i>Paaiškinimas</i>	Ataskaitos apie tyrimų ir konsultacijų rezultatus turi būti taip tvarkomos, kad tinkami asmenys gautų tinkamą informaciją įstaigos nustatytais laiko terminais.	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose
2.2.3.3.	Šeimos gydytojo komanda su tyrimų ir konsultacijų rezultatais supažindina pacientą laiku, tiksliai ir suprantamai.	
<u>Būtinasi</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaigos tyrimų bei kitos klinikinės korespondencijos valdymo tvarka nustato, kaip pacientas informuojamas apie tyrimų rezultatus (normalius ir patologinius). - Šeimos gydytojo komanda žino tvarką ir jos laikosi. - Informacija apie tai, kaip pacientai supažindinami su tyrimų rezultatais, yra pacientams prieinama (tinklapis ir/ar skelbimas lentoje). - Apie bendravimą su pacientais juos informuojant apie tyrimų rezultatus įrašoma sveikatos istorijoje. - Taip pat įrašoma į sveikatos istoriją ir telefoniniai pokalbiai apie tyrimų rezultatus, pažymint datą ir kas pranešė pacientui.	☐ Įstaigoje yra tyrimų bei kitos klinikinės korespondencijos valdymo tvarka ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje ☐ Įstaigos skelbimų lentoje, tinklalapyje yra informacija pacientams, koku būdu jie gali sužinoti tyrimų rezultatus

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymas Nr.329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo

tvirtinimo“;

5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-69 „Dėl privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, privalomojo higienos įgūdžių mokymo programos ir privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programos patvirtinimo“;

6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų“;

7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymo Nr. V-636 „Dėl Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

8. Valstybinės ligonių kasos prie SAM 2014 m. spalio 28 d. įsakymas Nr. 1K-287 „Dėl asmenų registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eiles ir šių eilių stebėsenos tvarkos aprašo, ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų laukimo eilių stebėsenos ataskaitų formų patvirtinimo“.

2.3. Standartas

Priežiūros tęstinumas

Įstaiga užtikrina priežiūros tęstinumą savo pacientams.

2.3.1. Rodiklis

Pacientų prisirašymas

Prisirašant naujiems pacientams užtikrinamas priežiūros tęstinumas ir ambulatorinių asmens sveikatos istorijų perėmimas laiku.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.3.1.1. <u>Būtinai</u>	Prisirašant prie įstaigos, pagal galimybę surenkama visa paciento demografinė bei sveikatos informacija	
<i>Paaiškinimas</i>	• Surinkta asmeninė ir sveikatos informacija padeda planuoti klinikinę priežiūrą ir paslaugas.	☐ Įrašai sveikatos istorijų/vaiko sveikatos raidos istorijų perdavimo ir priėmimo žurnaluose
	• Paciento informacijos perdavimas laiku iš ankstesnio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjo padeda užtikrinti priežiūros tęstinumą. • Įstaiga deda pastangas laiku	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje

	gauti ir persiųsti sveikatos istorijas tarp šeimos gydytojų ir įstaigų per teisės aktuose nustatytą terminą. Įstaigos paskirtas asmuo registruoja sveikatos istorijų perdavimą ir priėmimą teisės aktais nustatytos formos žurnale.	
--	--	--

2.3.2. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda užtikrina priežiūros tęstinumą įstaigoje

Šeimos gydytojo komanda teikia nuolatinę, visapusišką ir koordinuotą medicininę priežiūrą, įskaitant ryšius su ligoninėse teikiamomis paslaugomis, specialistais ir socialinėmis institucijomis.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.3.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi savo pacientų, kuriems teikia pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, sąrašą.	
<i>Paaiškinimas</i>	Įstaiga turi prisirašiusių asmenų sąrašą su pagrindiniais kontaktiniais duomenimis.	☐ Prisirašiusių asmenų sąrašas
	Įstaiga turi galimybę gauti duomenis apie prisirašiusių pacientų lėtines ligas, darbingumo lygį ir specialiuosius poreikius.	☐ Įstaigoje yra paskirtas atsakingas asmuo, tvarkantis prisirašiusių asmenų sąrašą
2.3.2.2. <u>Būtinai</u>	Kiekvienam įstaigoje prisirašiusiam pacientui paskiriamas šeimos gydytojas.	
<i>Paaiškinimas</i>	Įstaigoje pacientai prirašomi prie pageidaujamo šeimos gydytojo arba jis paskiriamas, jei pacientas nepareiškia pageidavimo.	☐ Kiekvieno šeimos gydytojo pacientų sąrašas
	Įstaigoje yra nustatyta tvarka pavaduoti šeimos gydytoją jam nedirbant.	☐ Šeimos gydytojų pavadavimo tvarka

2.3.3. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda užtikrina priežiūros tęstinumą pacientams, turintiems sudėtingų poreikių (dažnai besilankantieji įstaigoje, dažnai besikreipiantieji dėl skubiosios pagalbos, pacientai, sergantys keliomis ligomis)

Perspėjimų sistema užtikrina nuolatinę, išsamią ir koordinuotą medicininę priežiūrą pacientams, turintiems sudėtingų poreikių.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.3.3.1. <u>Siektinas</u>	Įstaiga identifikuoja pacientus, kurie turi sudėtingų poreikių: dažnai besilankantieji įstaigoje, dažnai besikreipiantieji dėl skubiosios pagalbos, pacientai, sergantys keliomis ligomis, psichikos ligoniai, neįgalūs ar terminalinėje ligos stadijoje.	
<i>Paaiškinimas</i>	Šeimos gydytojo komandos nariai yra perspėjami, kad kai kurie pacientai turi specialiųjų poreikių, pvz., pažymint sveikatos istorijas ar kompiuteryje katalogus.	☐ Prisirašiusių prie įstaigos pacientų sąrašė yra duomenys apie pacientų specialiuosius poreikius bei lėtinių ligų diagnozes
	Kiekvienas šeimos gydytojas turi sudėtingų poreikių pacientų sąrašą.	☐ Įstaigoje yra sveikatos istorijų žymėjimo rodyklė
2.3.3.2. <u>Siektinas</u>	Įstaiga turi sistemą, leidžiančią specialiųjų ar sudėtingų poreikių pacientams užtikrinti atitinkamos trukmės konsultaciją.	
<i>Paaiškinimas</i>	Įstaiga pripažįsta, kad kai kuriems jos pacientams, turintiems specialiųjų ir sudėtingų bendravimo poreikių (pvz., sutrikusi pažintinė funkcija, reikalingas vertėjas ir/ar globėjas konsultacijos metu ar pan.) ar fizinę negalią, reikia ilgesnės trukmės apsilankymų.	☐ Įstaigos apsilankymų registravimo tvarkoje numatyta ilgesnės trukmės apsilankymų teikimo galimybė
	Įstaigoje nustatyta tvarka leidžia numatyti ir užtikrinti atitinkamos trukmės apsilankymus jiems užsiregistruojant.	

2.3.4. Rodiklis

Saugus ir tinkamas vaistų vartojimas

Šeimos gydytojo komanda išrašo ir paskiria tinkamus vaistus informuotiems pacientams.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.3.4.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga laikosi nustatytos vaistų išrašymo ir skyrimo politikos ir tvarkos.
<i>Paaiškinimas</i>	• Išrašant ir skiriant vaistus pacientai yra informuojami apie išrašomų vaistų tikslą, svarbą, naudą ir riziką. Taip pat pacientams išaiškinama jų pačių atsakomybė dėl to, kad jie laikytųsi rekomenduojamo gydymo plano. • Skirdamas vaistus gydytojas įvertina nepageidaujamos paciento reakcijos potencialią riziką ir tai pažymi sveikatos istorijoje, pvz., nustatytos alergijos vaistams. • Visų vaistų išrašymai, įskaitant kontroliuojamus vaistus, yra pažymimi sveikatos istorijoje. • Kiekvienam pacientui yra sudaromas tikslus vartojamų vaistų sąrašas. ☐ Vaistų, įskaitant kompensuojamuosius vaistus ir narkotikus, išrašymo ir skyrimo politika ir tvarka ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje ☐ Atmintinė pacientui apie išrašomus ir skiriamus vaistus
2.3.4.2. <u>Siekiant</u>	Šeimos gydytojas gali parodyti, kaip įgyvendinama vaistų išrašymo ir skyrimo politika ir tvarka.
<i>Paaiškinimas</i>	• Šeimos gydytojas žino vaistų išrašymo ir skyrimo politiką ir tvarką ir jos laikosi. • Šeimos gydytojas gali parodyti, kaip jie išsiaiškina ir praneša apie nepageidaujamas reakcijas į vaistus. • Šeimos gydytojas gali pademonstruoti, kaip jie išrašo vaistus pirmą kartą ir pakartotinai. • Šeimos gydytojas gali ☐ Pranešimų apie nepageidaujamas reakcijas į vaistus tvarkos aprašas ☐ Pacientų apklausų duomenys apie vaistų išrašymą

	papasakoti, kaip jis informuoja pacientus apie jiems naujai skiriamus vaistus ar jau vartojamų vaistų pakeitimus	
2.3.4.3. <u>Siektinas</u>	Įstaiga laikosi dokumentais įforminto proceso sutikrinti paciento vartojamus vaistus kiekvienos konsultacijos pabaigoje, jeigu vaistų vartojimas yra nutraukiamas, keičiamas ar vaistai pakeičiami kitais.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Šeimos gydytojas sutikrina paciento vartojamus vaistus, dalyvaujant pacientui, jo šeimos nariams ar globėjui, kiekvieno apsilankymo pabaigoje, jeigu vaistų vartojimas yra nutraukiamas, keičiamas ar vaistai pakeičiami kitais. • Vaistų sutikrinimo procesas yra dokumentuojamas sveikatos istorijoje. • Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip jie užtikrina, kad pacientai gautų tikslų tuo metu vartojamų vaistų sąrašą. • Šeimos gydytojas periodiškai vertina sveikatos būklę pacientų, kurie reguliariai/nuolat vartoja vaistus. • Laikomasi teisingo paciento identifikavimo principų.	☐ Įrašai sveikatos istorijoje

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymas Nr.112 „Dėl vaistų receptų rašymo ir vaistinių preparatų, medicinos priemonių (medicinos prietaisų) ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėse gyventojams ir popierinių receptų saugojimo, išdavus (pardavus) vaistinius preparatus, medicinos priemones (medicinos prietaisus) ir kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones vaistinėje, taisyklių patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-374 „Dėl Vardinių vaistinių preparatų įsigijimo taisyklių patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

5. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2014 m. vasario 6 d. įsakymas Nr. 1K-23 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutarties standartinių sąlygų patvirtinimo“;
6. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 2002 m. gruodžio 6 d. įsakymas Nr.110 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų paso ir sveikatos priežiūros specialisto tapatybę patvirtinančių lipdukų išdavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

2.4.Standartas

Priežiūros koordinavimas

Įstaiga įtraukia kitas sveikatos priežiūros ir bendruomenės įstaigas, siekdama pagerinti savo pacientų priežiūrą.

2.4.1. Rodiklis

Kitų tarnybų įtraukimas.

Planuodama ir organizuodama pacientų priežiūrą, įstaiga bendradarbiauja su kitomis sveikatos priežiūros, bendruomenės ir neįgalumo tarnybomis.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.4.1.1. <u>Siektinas</u>	Šeimos gydytojo komanda turi informacijos apie svarbias vietines, regionines ir nacionalines sveikatos priežiūros, bendruomenės, socialinės globos ir neįgalumo tarnybas.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga turi lengvai prieinamą rašytinę ar elektroninę informaciją apie vietines sveikatos, neįgalumo, bendruomenės ir psichikos sveikatos tarnybas. - Ši informacija apie kitus sveikatos priežiūrai giminingus paslaugų teikėjus ir/ar bendruomenės tarnybas leidžia šeimos gydytojo komandai surasti reikalingas paslaugas ir jas įtraukti planuojant pacientų priežiūrą. - Įstaiga bendradarbiaudama kuria gerus darbinius santykius su šių tarnybų	☐ Įstaigoje yra atitinkamų tarnybų sąrašas ir kontaktiniai duomenys, kuriuos periodiškai atnaujina paskirtas asmuo ☐ Šeimos gydytojo komanda turi informaciją apie kitas tarnybas

	paslaugų teikėjais.	
2.4.1.2. <u>Siektinas</u>	Istaiga planuoja ir koordinuoja visapusišką priežiūrą, bendradarbiaudama su kitomis tarnybomis.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Šeimos gydytojo komanda pacientų sveikatos priežiūrą koordinuoja su kitais paslaugų teikėjais: -medicininių paslaugų, įskaitant diagnostikos paslaugas, ligoninių ir specialistų konsultantų paslaugas; -vaistininkų; -neįgalumo ir bendruomenės paslaugų; -sveikatos stiprinimo ir visuomenės sveikatos paslaugų ir programų. • Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip jie, siųsdami pacientus, koordinuoja priežiūrą su kitais paslaugų teikėjais.	

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymo Nr. V-636 „Dėl Siuntimų ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti ir brangesiems tyrimams bei procedūroms atlikti įforminimo, išdavimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

2.5. Standartas

Diagnostika ir sveikatos problemų valdymas

2.5.1. Rodiklis

Nuosekli įrodymais pagrįsta praktika

Diagnozuojant ir gydant susirgimus, įstaiga nuosekliai vadovaujasi geriausiais turimais moksliniais įrodymais.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.5.1.1. <u>Siektinas</u>	Šeimos gydytojo komanda naudoja naujausiomis klinikinėmis šeimos medicinos rekomendacijomis/metodikomis ir gerosios praktikos informacija, nustatydamą diagnozę ir gydymą pacientus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga turi galimybę gauti įrodymais pagrįstas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų klinikinės rekomendacijas/metodikas.	☐ Įstaigoje yra svarbiausių klinikinių rekomendacijų /metodikų ar protokolų rinkinys (popieriniu ar elektroniniu formatu)
	• Šeimos gydytojai laikosi įrodymais pagrįstų pirminių asmens sveikatos priežiūros paslaugų klinikinų rekomendacijų/metodikų ar protokolų.	☐ Šeimos gydytojai turi prieigą prie interneto
	• Šeimos gydytojai turi galimybę pasirinkti tarp prieštaraujančių įrodymais pagrįstų klinikinių rekomendacijų, kelių rekomendacijų ar taikyti daugiau negu vienas rekomendacijas pacientams, turintiems keletą gretutinių susirgimų. Pavyzdžiui, galima naudotis Cochrane Collaboration sisteminėmis turimų įrodymų apžvalgomis.	☐ Įstaigoje yra patikimų tinklalapių, skelbiančių klinikinės rekomendacijas, sąrašas
		☐ Įstaigoje yra paskirtas atsakingas šeimos gydytojas, sekantis sveikatos technologijų naujoves ir supažindinantis specialistus su šiomis naujovėmis
2.5.1.2. <u>Siektinas</u>	Įstaigoje yra sekama, kaip naudojamos klinikinės rekomendacijos / metodikos ar protokolai, teikiant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas.	

<i>Paaiškinimas</i>	• Atliekamas rekomendacijų/metodikų ar protokolų naudojimo reguliarus auditas konkrečiai sveikatos būklei.	☐ Klinikinių rekomendacijų /metodikų ar protokolų laikymosi medicininio audito duomenys
2.5.1.3. <u>Siektingas</u>	Įstaiga reguliariai analizuoja pasirinktas įrodymais pagrįstas rekomendacijas ir savo parengtus diagnostikos ir gydymo protokolus, siekdama užtikrinti, kad jie būtų naujausi ir atspindėtų šiuolaikinę gerą praktiką.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga stengiasi sekti naujausius mokslinius tyrimus ir informaciją, pvz., atliekant literatūros apžvalgas, per nacionalines profesines organizacijas ir asociacijas. • Įstaiga renka mokslinių tyrimų ir geros praktikos informaciją ir ja naudojasi gerindama savo paslaugas, pvz., intervencinių mokslinių tyrimų, klinikinių studijų ir metaanalizės. • Įstaiga gali tiesiogiai dalyvauti mokslinių tyrimų iniciatyvose gerindama priežiūrą pacientams, pvz., klinikinėse studijose, vertindama naujų ar jau naudojamų intervencijų keitimą.	☐ Periodinis medicininės literatūros apžvalgų pristatymas ir aptarimas

2.5.2. Rodiklis

Įstaiga turi sistemą koduoti medicininės būklės, įskaitant lėtines, pagal pripažintą klasifikacijos sistemą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.5.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga naudoja standartizuotą klinikinę terminologiją (tokią kaip kodavimas pagal TLK-10- AM), įgalinančią surinkti duomenis klinikinės praktikos analizei.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Kodavimas yra naudojamas pagerinti pacientų priežiūrą, atliekant įstaigos medicininį auditą, identifikuojant ypatingos medicininės būklės pacientus (pvz., lėtinių ligų registrui tokioms būklėms, kaip diabetas) ir	☐ Įstaigoje yra TLK-10 - AM vadovas ar galimybė pasiekti jo elektroninį variantą ☐ Sveikatos istorijos

	specialistams ir kitiems sveikatos priežiūros profesionalams konsultacijoms. Šeimos gydytojai pacientams pataria keisti gyvenimą (oportunistiškai ar kaip sudedamoji sveikatos priežiūros dalis), kad padėtų valdyti ligą ir sumažintų komplikacijų riziką.	
2.5.3.2. Siekimas	Šeimos gydytojo komanda reguliariai vertina vaistų paskyrimus pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ir kartoja laboratorinius tyrimus bei seka kitus rodiklius.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Lėtinėmis ligomis sergančių pacientų būklės stebėseną numatoma sveikatos priežiūros plane: tyrimai, specialistų konsultacijos, planinės pakartotinos apžiūros, gydymo korekcija ir pan. - Šeimos gydytojas periodiškai peržiūri lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vaistus pagal jų būklės ar tyrimų pokyčius.	☐ Lėtinių ligų diagnostikos ir gydymo rekomendacijos/ metodikos ar protokolai ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 2 d. įsakymas Nr. V-1248 „Dėl diagnostikos ir gydymo protokolų rengimo, peržiūrėjimo ir atnaujinimo tvarkos aprašo tvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugpjūčio 14 d. įsakymas Nr. 422 „Dėl ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, metodikų patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. vasario 23 d. įsakymas Nr. V-164 „Dėl Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo pataisyto ir papildyto leidimo „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) įdiegimo“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.

2.6. Standartas

Sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija

Įstaigos šeimos gydytojai užtikrina sveikatos stiprinimą ir prevencinę priežiūrą, organizuodami jų sveikatos mokymą bei pakartotinai atlikdami planines apžiūras.

2.6.1. Rodiklis

Sveikatos stiprinimas ir prevencinė priežiūra

Įstaiga pacientams siūlo ligų prevencijos ir sveikos gyvensenos skatinimo paslaugas.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.6.1.1. <u>Būtinasis</u>	Šeimos gydytojo komanda moko pacientus sveikos gyvensenos.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Šeimos gydytojo komanda užsiima su kiekvienu pacientu ir jo šeima mokydama stiprinti sveikatą ir išvengti ligų. • Pacientams suteikiama informacija apie prevenciją būklių, kurios gali jiems išsivystyti. Sveikatos mokymas apima sveiką elgseną, ankstyvą ligų nustatymą ir būdus sumažinti riziką sveikatai. • Įgiję žinių apie ligų prevenciją, pacientai įgyja įgūdžių savo sveikatai prižiūrėti.	☐ Įrašai sveikatos istorijoje apie pravestą individualų sveikatos mokymą ☐ Grupinis pacientų, sergančių tam tikromis lėtinėmis ligomis, mokymas
2.6.1.2. <u>Siektinis</u>	Šeimos gydytojo komanda laikosi sveikatos rizikos vertinimo proceso išvengiamų ligų rizikos pacientams identifikuoti.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Šeimos gydytojo komanda identifikuoja išvengiamų ligų, tokių kaip kardiovaskulinė liga, rizikos pacientus, panaudodama sveikatos rizikos vertinimo procesą ar instrumentą įvertinti paciento	☐ Programos „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių vykdymo“ dokumentai

	gyvensenos pasirinkimus ir sveikatos anamnezę. • Identifikavusi išvengiamų ligų rizikos pacientus, šeimos gydytojo komanda moko pacientus atidėti sveikatos būklių išsivystymą ir/ar tvarkytis su jau esama sveikatos būkle.	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose apie informacinio pranešimo įteikimą, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymą ar siuntimą konsultuotis su specialistu
2.6.1.3.	Įstaiga turi naujausią sveikatos stiprinimo mokomąją/metodinę medžiagą su kokybiška ir patikima sveikatos informacija, tinkama įstaigos pacientams	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paiškinimas</i>	• Mokomoji/metodinė medžiaga yra rašytinė pacientams skaityti įstaigoje, pasiimti į namus ar paskelbta įstaigos tinklalapyje. • Naujausia mokomoji/metodinė medžiaga, perduodanti pacientams aiškią ir naudingą informaciją, yra vaizdžiai išdėstyta įstaigoje. • Informacija pateikiama tokia forma, kuri prieinama visiems pacientams.	☐ Mokomoji /metodinė medžiaga pacientams
2.6.1.4.	Šeimos gydytojo komanda vykdo ne tik privalomas, bet ir papildomas ligų prevencijos ar sveikatos stiprinimo programas ar siunčia pacientus į programas, kurios gerina, palaiko ar atstato sveikatą.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paiškinimas</i>	• Informacija pacientams ir/ar jų siuntimas į papildomas sveikatos stiprinimo programas gali jiems padėti siekti asmeninių matuojamų sveikatos tikslų. • Bendradarbiaujama su kitais sveikatos priežiūros profesionalais, socialinėmis įstaigomis ir bendruomenės atstovais, vadovaujantis tarpdisciplininio požiūriu.	☐ Šeimos gydytojai turi įstaigoje ir už jos ribų vykdomų sveikatos stiprinimo programų sąrašą ☐ Įrašai sveikatos istorijoje apie siuntimą dalyvauti programose.

2.6.2. Rodiklis

Imunoprofilaktika

Šeimos gydytojo komanda laikosi nacionalinių reikalavimų kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusių imunoprofilaktikai.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.6.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusiųjų imunoprofilaktikos sistema, atitinkanti nacionalines rekomendacijas.
Paaiškinimas	• Įstaiga pateikia reguliarias ataskaitas atitinkamoms visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms apie kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusiųjų skiepėjimus. • Įstaiga peržiūri skiepėjimo procedūras pagal naujas nacionalines rekomendacijas. • Įstaigos vadovybė gali pateikti: - kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusiųjų skiepėjimų ir priminimų apie skiepėjimus sąrašą, - procentą vaikų, kurie gavo visus skiepus iki 7 metų, - procentą vaikų, kurie gavo visus skiepus iki 14-16 metų, - procentą suaugusiųjų 65 metų amžiaus ir daugiau, kuriems buvo pasiūlyti skiepai nuo gripo, ir kurie buvo paskiepyti ar nuo skiepų atsisakė. ☐ Įstaigoje yra kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusiųjų skiepėjimų kalendorius ☐ Įstaigoje yra profilaktinių skiepėjimų registracijos žurnalas ☐ Įstaigos vadovybė gali pateikti - procentą vaikų, kurie gavo visus skiepus iki 7 metų ☐ Įstaigos vadovybė gali pateikti procentą vaikų, kurie gavo visus skiepus iki 14-16 metų ☐ Įstaigos vadovybė gali pateikti procentą suaugusiųjų 65 metų amžiaus ir daugiau, kuriems buvo pasiūlyti skiepai nuo gripo, ir kurie buvo paskiepyti ar nuo skiepų atsisakė

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Farmacijos įsakymas;
2. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. 80/353 „Dėl Darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. 468 „Dėl Imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymas Nr. V-716 „Dėl Darbuotojų, kurie skiepjami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašo patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-546 „Dėl

Ataskaitos apie imunobiologinių preparatų, švirkštų skiepijimui, įsigytų už valstybės lėšas, sunaudojimą, formos patvirtinimo“;

6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“;

7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. kovo 31 d. įsakymas Nr. V-241 „Dėl tymų, raudonukės ir įgimto raudonukės sindromo epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“;

8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-990 „Dėl gyventojų grupių, kurios prioriteto tvarka bus skiepiamos valstybės biudžeto lėšomis įsigyta pandeminio gripo vakcina, nustatymo“;

9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. sausio 30 d. įsakymas Nr. V-58 „Dėl Gripo ir ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijų epidemiologinės priežiūros taisyklių patvirtinimo“;

10. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro, sveikatos apsaugos ministro, švietimo ir mokslo ministro 2012 m. kovo 16 d. įsakymas Nr. A1-157/V-210/V-501 „Dėl su(si)žeidimų aštriais instrumentais sveikatos priežiūros įstaigose prevencijos nuostatų patvirtinimo“;

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl skiepijimo pažymėjimo įsigijimo, pildymo ir išdavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-185 „Dėl Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) pateikimo tvarkos aprašo, Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos ir Paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos patvirtinimo“;

13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. 399 „Dėl tuberkulino mėginių atlikimo ir statistinės ataskaitos formos Nr. 9 „Tuberkulino mėginių atlikimo statistinė ataskaita“ patvirtinimo“;

14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 3 d. įsakymas Nr. V-8 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014-2018 metų programos patvirtinimo“;

15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. birželio 12 d. įsakymas Nr. V-757 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijų kalendoriaus patvirtinimo“;

16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 16 d. įsakymas Nr. V-707 „Dėl poliomielito ir ūmių vangių paralyžių epidemiologinės ir laboratorinės priežiūros ir kontrolės veiksmų plano patvirtinimo ir nacionalinio poliomielito ekspertų komiteto sudarymo“;

17. Suaugusiųjų skiepijimo rekomendacijos iš <http://www.ulac.lt/lt/uzkirsk-kelia.-apsaugok.-vakcinuok>

2.7.Standartas

Ankstyvosios diagnostikos programos

Įstaiga dalyvauja Nacionalinėse ankstyvosios diagnostikos programose

2.7.1. Rodiklis

Ankstyvoji diagnostika

Šeimos gydytojo komanda tikrina tikslinių pacientų grupių sveikatą, siekdama anksti nustatyti vėžinius susirgimus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Irodymai
2.7.1.1. <u>Būtinai</u>	Ištaiga vykdo krūties vėžio, prostatos vėžio, storosios žarnos vėžio, gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programas.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Ištaigoje registruoti tikslinių grupių pacientai yra informuojami raštu apie galimybę dalyvauti ankstyvosios diagnostikos programose. - Ištaiga naudoja oportunistinę ankstyvąją diagnostiką pasiekti tikslinių grupių gyventojus. - Ankstyvosios diagnostikos rezultatai yra naudojami klinikinėms intervencijoms įgyvendinti.	☐ Ištaigoje pacientams prieinamoje vietoje (registratūroje, tinklalapyje ir t.t.) yra informacija apie naujausias vykdomas ankstyvosios diagnostikos programas
2.7.1.2. <u>Būtinai</u>	Ankstyvosios diagnostikos programų veiksmas įrašomi sveikatos istorijoje.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Sveikatos istorijoje daromi įrašai apie: - gimdos kaklelio tepinėlius (PAP testas); - mamogramas; - prostatos vėžio ankstyvąją diagnostiką; - storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką.	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijoje: - apie pacientų informavimą dalyvauti programose (arba informuotų pacientų sąrašas); - įrašai apie atliktus tyrimus ir siuntimus specialistams

2.7.2. Rodiklis

Gimdos kaklelio vėžio ankstyvoji diagnostika

Įstaiga turi sistemą atlikti sveikatos patikrinimus (gimdos kaklelio tepinėlius) visoms rizikos grupės moterims (nuo 25 iki 60 metų), įtrauktoms į nacionalinę gimdos kaklelio ankstyvosios diagnostikos programą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
2.7.2.1.	Įstaigoje yra mechanizmas nustatyti gimdos kaklelio vėžio rizikos grupės moteris.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paiškinimas</i>	• Įstaiga sudaro sąrašą 25 – 60 amžiaus rizikos grupės moterų, kurioms buvo išsiųsti kvietimai gimdos kaklelio tepinėliui. • Įstaiga veda sąrašus rizikos grupės moterų, kurioms per pastaruosius 3 metus buvo atliktas gimdos kaklelio tepinėlis ir kurios atsisakė atlikti kaklelio citologinį tyrimą.	☐ Įstaiga turi sąrašą 25 – 60 amžiaus rizikos grupės moterų, kurioms buvo išsiųsti kvietimai gimdos kaklelio tepinėliui. ☐ Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės moterų, kurioms per pastaruosius 3 metus buvo atliktas gimdos kaklelio tepinėlis ir kurios atsisakė atlikti kaklelio citologinį tyrimą.
2.7.2.2.	Įstaigoje yra sistema vertinti visų atliktų gimdos kaklelio tepinėlių rezultatus.	
<u>Siekiant</u>		
<i>Paiškinimas</i>	• Gimdos kaklelio tepinėlių rezultatai yra įrašomi sveikatos istorijoje. • Įstaiga informuoja moteris apie jų gimdos kaklelio tepinėlių rezultatus. • Įstaigoje yra sąrašas moterų su nenormaliais gimdos kaklelio tepinėlių rezultatais, kurios buvo nusiųstos specialisto konsultacijai ir kurios yra stebimos (dėl diagnozės patikslinimo ar po gydymo).	☐ Įrašai sveikatos istorijoje: tepinėlių rezultatai; apie pacientės informavimą; siuntimai konsultuotis su specialistu
2.7.2.3.	Įstaiga seka gimdos kaklelio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.	
<u>Siekiant</u>		

<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga atlieka metinį medicininį auditą stebėdama tokius rodiklius: - <i>Ankstyvosios diagnostikos koeficientas</i>: procentas rizikos grupės moterų, kurioms buvo atliktas gimdos kaklelio tepinėlis per paskutinius 3 metus. - <i>Laikas iki siuntimo</i>: procentas moterų su nenormaliais gimdos kaklelio tepinėlio rezultatais, kurioms buvo pranešta ir kurios buvo atitinkamai per dvi savaites nusiųstos specialisto konsultacijai. - <i>Procentas reikalavimų neatitinkančių gimdos kaklelio tepinėlių</i>. • Audito rezultatai naudojami ankstyvosios diagnostikos paslaugai pagerinti.	☐ Metinio vidaus medicininio audito rodiklių stebėjimo duomenys
---------------------	--	--

2.7.3.Rodiklis

Krūties vėžio ankstyvoji diagnostika

Šeimos gydytojo komanda laikosi nacionalinių krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos rekomendacijų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.7.3.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra mechanizmas identifikuoti rizikos grupės moteris mamogramai.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga sudaro sąrašą 50-69 amžiaus rizikos grupės moterų (įskaitant moteris, kurių pirmos eilės giminaitės sirgo krūties vėžiu), kurioms buvo išsiųsti kvietimai	☐ Įstaiga turi sąrašą 50 – 69 amžiaus rizikos grupės moterų, kurioms buvo išsiųsti kvietimai pasidaryti mamogramą.

	pasidaryti mamogramą. • Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės moterų, kurioms per pastaruosius 2 metus buvo atlikta mamograma ir kurios atsisakė atlikti mamogramą.	☐ Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės moterų, kurioms per pastaruosius 2 metus buvo atlikta mamograma ir kurios atsisakė atlikti mamogramą.
2.7.3.2.	Įstaigoje yra sistema vertinti visų atliktų mamogramų rezultatus.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Mamogramų rezultatai yra įrašomi sveikatos istorijoje. • Įstaiga informuoja moteris apie jų mamogramų rezultatus. • Įstaigoje yra sąrašas moterų su teigiamais mamogramų rezultatais, kurios buvo nusiųstos konsultuotis su specialistu ir kurios yra stebimos (dėl diagnozės patikslinimo ar po gydymo).	☐ Įrašai asmens sveikatos istorijoje: mamogramų rezultatai; apie pacientės informavimą; siuntimai konsultuotis su specialistu
2.7.3.3.	Įstaiga vertina krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga atlieka metinį medicininį auditą stebėdama tokius rodiklius: - <i>Ankstyvosios diagnostikos koeficientas</i>: procentas rizikos grupės moterų, kurioms buvo atlikta mamograma per paskutinius 2 metus. - <i>Laikas iki siuntimo</i>: procentas moterų su teigiamais mamogramų rezultatais, kurioms buvo pranešta ir kurios buvo atitinkamai nusiųstos konsultuotis su specialistu per 10 dienų - Audito rezultatai naudojami ankstyvosios diagnostikos paslaugai pagerinti	☐ Metinio vidaus medicininio audito rodiklių stebėjimo duomenys

2.7.4.Rodiklis

Prostatos vėžio ankstyvoji diagnostika

Įstaiga laikosi nacionalinių prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos reikalavimų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
2.7.4.1.	Įstaigoje yra mechanizmas identifikuoti rizikos grupės vyrus prostatos vėžio ankstyvajai diagnostikai.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga sudaro sąrašą 50-75 metų amžiaus rizikos grupės vyrų (įskaitant 45 m. amžiaus vyrus su šeimos anamneze), kuriems buvo išsiųsti kvietimai pasidaryti prostatos specifinio antigeno (PSA) tyrimą. - Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės vyrų, kuriems per pastaruosius 2 metus buvo atliktas PSA tyrimas ir kurie atsisakė atlikti PSA tyrimą.	☐ Įstaiga turi sąrašą 50 – 75 amžiaus rizikos grupės vyrų, kuriems buvo išsiųsti kvietimai pasidaryti prostatos specifinio antigeno (PSA) tyrimą. ☐ Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės vyrų, kuriems per pastaruosius 2 metus buvo atliktas PSA tyrimas ir kurie atsisakė atlikti PSA tyrimą.
2.7.4.2.	Įstaigoje yra sistema vertinti atliktų PSA tyrimų rezultatus.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- PSA tyrimų rezultatai yra įrašomi sveikatos istorijoje. - Įstaiga informuoja pacientus apie PSA tyrimų rezultatus.	☐ Įrašai asmens sveikatos istorijoje: PSA tyrimų rezultatai; apie paciento informavimą; siuntimai konsultuotis su specialistu
2.7.4.3.	Įstaiga vertina prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga atlieka metinį medicininį auditą stebėdama tokius rodiklius: <i>Ankstyvosios diagnostikos koeficientas:</i> procentas rizikos grupės vyrų, kuriems buvo atliktas PSA tyrimas per paskutinius 2 metus. <i>Laikas iki siuntimo:</i> procentas vyrų su nenormaliais PSA tyrimų rezultatais, kuriems buvo pranešta ir kurie buvo atitinkamai nusiųsti specialisto konsultacijai per 10 dienų.	☐ Metinio vidaus medicininio audito rodiklių stebėjimo duomenys

	Audito rezultatai naudojami ankstyvosios diagnostikos paslaugai pagerinti.	
--	--	--

2.7.5.Rodiklis

Storosios žarnos vėžio ankstyvoji diagnostika

Įstaiga laikosi nacionalinių storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos reikalavimų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.7.5.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra mechanizmas identifikuoti rizikos grupės pacientus storosios žarnos vėžio ankstyvajai diagnostikai.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga sudaro sąrašą 50-74 metų amžiaus rizikos grupės pacientų (ir su šeimos anamneze), kuriems buvo išsiųsti kvietimai pasidaryti imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (toliau – iFOBT) tyrimą. - Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės pacientų, kuriems per pastaruosius 2 metus buvo atliktas iFOBT ir kurie atsisakė atlikti iFOBT).	☐ Įstaiga turi sąrašą 50 – 74 amžiaus rizikos grupės pacientų, kuriems buvo išsiųsti kvietimai pasidaryti imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (toliau – iFOBT) tyrimą. ☐ Įstaiga turi sąrašus rizikos grupės pacientų, kuriems per pastaruosius 2 metus buvo atliktas iFOBT ir kurie atsisakė atlikti iFOBT.
2.7.5.2. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra sistema sekti atliktų iFOBT rezultatus.	

<i>Paaiškinimas</i>	• iFOBT rezultatai yra įrašomi sveikatos istorijoje. • Įstaiga informuoja pacientus apie iFOBT rezultatus.	☐ Įrašai asmens sveikatos istorijoje: iFOBT rezultatai; apie paciento informavimą; siuntimai konsultuotis su specialistu
2.7.5.3. <u>Siektinas</u>	Įstaiga seka storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga atlieka metinį medicininį auditą stebėdama tokius rodiklius: - <i>Ankstyvosios diagnostikos koeficientas</i>: procentas rizikos grupės pacientų, kuriems buvo atliktas iFOBT per paskutinius 2 metus. - <i>Laikas iki siuntimo</i>: procentas pacientų su teigiamais iFOBT rezultatais, kuriems buvo pranešta ir kurie buvo atitinkamai per dvi savaites nusiųsti, kad specialistas atliktų kolonoskopiją. • Audito rezultatai naudojami ankstyvosios diagnostikos paslaugai pagerinti.	☐ Metinio vidaus medicininio audito rodiklių stebėjimo duomenys: - procentas rizikos grupės pacientų, kuriems buvo atliktas iFOBT per paskutinius 2 metus; - procentas pacientų su teigiamais iFOBT rezultatais, kuriems buvo pranešta ir kurie buvo atitinkamai per dvi savaites nusiųsti, kad specialistas atliktų kolonoskopiją.

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-901 „Dėl Atrankinės moterų mamografinės patikros programos atlikimo metodikos patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“;

7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

2.8. Standartas

Viso gyvenimo klinikinė priežiūra

2.8.1. Rodiklis

Kūdikių/vaikų priežiūra

Šeimos gydytojo komanda laikosi nacionalinių kūdikių/vaikų priežiūros rekomendacijų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.8.1.1. <u>Būtinai</u>	Vaikų vystymasis yra vertinamas nacionalinėse rekomendacijose nustatytais intervalais.	
<i>Paaiškinimas</i>	Šeimos gydytojo komanda laikosi vaikų sveikatos priežiūros programos bei diagnozavus problemas, jas stebi, įskaitant vaikus, neatvykusius tikrintis sveikatos.	☐ Įstaiga yra nustačiusi paslaugų teikimo vaikams tvarką ☐ Darbuotojai yra supažindinti su tvarka ir jos laikosi
2.8.1.2. <u>Siektinas</u>	Įstaigoje yra sistema, užtikrinanti vaiko teisių apsaugą.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaigos darbuotojai yra supažindinti su Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymu (1996 m. kovo 14 d. Nr. I-1234). Įstatymo kopija yra prieinama darbuotojams. - Šeimos gydytojo komanda gauna informaciją apie vietinę vaikų apsaugos tvarką ir supranta savo įsipareigojimus dėl šiurkštaus elgesio su vaikais. - Įstaiga turi paskirtą kontaktinį asmenį dėl šiurkštaus elgesio su vaikais, pvz., socialinį darbuotoją.	☐ Įstaigoje yra Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymo kopija ☐ Įstaigoje yra vietinės vaikų apsaugos įstaigos kontaktiniai duomenys ☐ Įstaigoje yra paskirtas atsakingas kontaktinis asmuo dėl netinkamo elgesio su vaikais
2.8.1.3.	Įstaiga užtikrina, kad vaikams, turintiems lėtinių sveikatos problemų, priežiūrą	

<u>Siektinas</u>	teiktų ir šeimą palaikytų visa šeimos gydytojo komanda.	
<i>Paaiškinimas</i>	Išstaigoje yra sudarytos sąlygos šeimos gydytojui gauti informaciją apie vaikus, turinčius lėtinių sveikatos problemų ir specialiųjų poreikių.	☐ Šeimos gydytojas turi prisirašiusių vaikų sąrašą, pažymint neįgalius vaikus ir vaikus sergančius lėtine liga
	- Šeimos gydytojas šią informaciją naudoja vaikų sveikatos priežiūros prioritetinėms problemoms spręsti. - Lėtinėmis ligomis sergantiems ir specialiųjų poreikių turintiems vaikams sudaromas sveikatos priežiūros planas, kurį žino visi šeimos gydytojo komandos nariai. Planas suderinamas su vaiko šeima.	☐ Atitinkami įrašai vaiko sveikatos raidos istorijoje

2.8.2. Rodiklis

Motinystės priežiūra

Šeimos gydytojo komanda laikosi nacionalinių motinystės priežiūros reikalavimų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
2.8.2.1.	Nėščiųjų priežiūra remiasi nacionaliniais reikalavimais.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	Išstaigoje yra nustatyta nėščiųjų priežiūros teikimo tvarka, kurią žino šeimos gydytojo komanda.	☐ Nėščiųjų priežiūros tvarka
	Pirmos nėščiųjų konsultacijos teikiamos pakankamai anksti, kad atitiktų ankstyvosios diagnostikos reikalavimus.	☐ Atmintinės, lankstinukai ir kita informacija nėščiosioms
	- Nėščiosios yra siunčiamos konsultuotis su kitais sveikatos priežiūros teikėjais. - Išstaiga reguliariai atlieka nėščiųjų priežiūros auditą ir sudaro planą rezultatams	☐ Vidaus medicininio audito duomenys dėl nėščiųjų priežiūros

	pagerinti.	
2.8.2.2.	Šeimos gydytojo komanda skatina nėščiąjų dalyvavimą savipriežiūros programose.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga moko nėščiąsias savipriežiūros, padeda joms surasti mokomąją informacinę medžiagą ar siunčia jas dalyvauti motinystės programose už įstaigos ribų.	☐ Įstaigoje yra motinystės programų sąrašas su kontaktiniais duomenimis

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas..

Kūdikių / vaikų / paauglių priežiūra:

2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“;

3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. V-470 „Dėl naujagimių akių tikrinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 1 d. įsakymas Nr. 65 „Dėl informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos patvirtinimo“;

5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. 399 „Dėl tuberkulino mėginių atlikimo ir statistinės ataskaitos formos Nr. 9 „Tuberkulino mėginių atlikimo statistinė ataskaita“ patvirtinimo“;

6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 30 d. įsakymas Nr. V-133 „Dėl šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 27 d. įsakymas Nr. V-283 „Dėl Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepijų kalendoriaus patvirtinimo“;

8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gegužės 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl visuotinio naujagimių tikrinimo dėl įimtų medžiagų apykaitos ligų tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Motinystės priežiūra:

9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“;

10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-716 „Dėl informacijos apie motinos pieno pakaitalus ir dirbtiniam maitinimui skirtus gaminius teikimo reikalavimų patvirtinimo“;

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“.

III SKYRIUS

SVEIKATOS INFORMACIJOS VALDYMAS

Įstaigoje yra sistema sveikatos informacijai valdyti.

3.1. Standartas

Sveikatos informacijos privatumas ir konfidencialumas

Įstaiga renka paciento asmeninę sveikatos informaciją ir saugo jos konfidencialumą ir privatumą pagal Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymą.

3.1.1. Rodiklis

Privatumo ir konfidencialumo politika.

Šeimos gydytojo komanda laikosi paciento informacijos privatumo ir konfidencialumo pagal teisės aktų reikalavimus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.1.1.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra renkant paciento informaciją, įforminant ją dokumentais ir prieinant prie jos.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos politika/procedūra pacientų sveikatos informacijos privatumui ir konfidencialumui išlaikyti atitinka nacionalinius teisės aktus. • Privatumo ir konfidencialumo politikoje/procedūroje turėtų būti nurodyta: - įstaigos kontaktiniai duomenys bei paskirto kontaktinio asmens pavardė, - kokios rūšies informacija yra renkama, - kodėl ši informacija yra renkama, - svarbiausia pasekmė asmeniui, jeigu neteikiama svarbi sveikatos informacija,	☐ Įstaiga turi paciento sveikatos informacijos rinkimo, įforminimo dokumentais ir pateikimo politiką/procedūrą ☐ Įstaigoje yra paskirtas atsakingas asmuo politikai/procedūrai peržiūrėti ir pataisyti

	- kuriems įstaigos darbuotojams (pvz., šeimos gydytojai, bendruomenės slaugytojos, studentai, šeimos medicinos rezidentai ir giminingi sveikatos priežiūros profesionalai) ir kokia apimtimi yra prieinama paciento medicininė informacija, - faktas, kad pacientas gali susipažinti su savo sveikatos informacija ir procedūra kaip, pateikus prašymą, pacientai ir jų atstovai gali gauti leidimą su ta informacija susipažinti, - procedūra sveikatos informacijai pateikti kitoms sveikatos priežiūros įstaigoms, pacientui paprašius, - įstaigos ir institucijos, kurioms įstaiga paprastai atskleidžia paciento sveikatos informaciją be jo sutikimo, - nuorodos į įstatymus, reguliuojančius su sveikata susijusius ir asmeninius duomenis. • Reguliariai vertinamas privatumo ir konfidencialumo išlaikymo politikos efektyvumas ir kaip jis atitinka galiojančius teisės aktus. • Yra paskirtas asmuo, atsakingas už politikos peržiūrėjimą ir pataisymus, kai pasikeičia teisės aktai.	
3.1.1.2. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi dokumentais įformintą ir įgyvendintą paciento sveikatos informacijos naudojimo politiką/procedūrą	
<i>Paaiškinimas</i>	• Politika/procedūra turėtų apibrėžti: - kiekvieno darbuotojo prieinamumo prie paciento sveikatos informacijos lygį. Tik šeimos gydytojo	☐ Įstaigoje yra nustatytas darbuotojų priėjimo prie paciento sveikatos informacijos lygis, t.y. su kokia paciento sveikatos informacija darbuotojas turi teisę susipažinti

	komandos nariai, teikiantys pacientui sveikatos priežiūrą, gali susipažinti su paciento sveikatos istorija, - pacientu sveikatos informacijos naudojimą kokybei užtikrinti, taip pat moksliniams tyrimams ir profesiniam tobulėjimui. • Reguliariai vertinama, kaip politika atitinka teisės aktus, yra paskirtas asmuo, atsakingas už politikos peržiūrėjimą ir pataisymus.	☐ Įstaigoje yra patvirtinta politika/procedūra dėl paciento sveikatos informacijos naudojimo
3.1.1.3. <u>Būtinai</u>	Su privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra renkant, dokumentuojant, pasiekiant ir naudojant paciento informaciją yra supažindinti visi įstaigos darbuotojai.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Visi įstaigos darbuotojai žino, kaip saugoti paciento surinktos informacijos privatumą ir konfidencialumą. Žinios atnaujinamos, pasikeitus teisės aktams ar po ilgesnio laiko periodo. • Visi įstaigos darbuotojai yra pasirašę konfidencialumo pasižadėjimą ar parašu patvirtinę susipažinimą su privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra. • Šeimos gydytojo komanda žino, kaip naudoti paciento sveikatos informaciją kokybei užtikrinti, taip pat moksliniams tyrimams ir profesiniam tobulėjimui. • Atitinkami įstaigos darbuotojai žino, kada ir kokioms įstaigoms bei institucijoms jie privalo atskleisti paciento informaciją be paciento sutikimo.	☐ Darbuotojų supažindinimo su paciento informacijos privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra dokumentai ar konfidencialumo pasižadėjimai
3.1.1.4. <u>Būtinai</u>	Įstaigos privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra renkant, informant dokumentais, pasiekiant ir naudojant bei atskleidžiant paciento informaciją yra prieinama pacientams.	

<i>Paaiškinimas</i>	- Pacientai yra informuojami apie įstaigoje nustatytą jų sveikatos duomenų privatumo ir konfidencialumo politiką/procedūrą, nurodant: - kokios rūšies informacija yra renkama, - kodėl ši informacija yra renkama, - svarbiausia pasekmė pacientui, jeigu jis neatskleidžia svarbios savo sveikatos informacijos, - faktą, kad pacientai gali susipažinti su savo sveikatos informacija ir kaip jie ir/ar jų atstovai gali gauti leidimą su ta informacija susipažinti pateikus prašymą, - įstaigas ir institucijas, kurioms įstaiga paprastai atskleidžia paciento sveikatos informaciją be paciento sutikimo, - nuorodas į įstatymus, reguliuojančius su sveikata susijusius ir asmeninius duomenis, - faktą, kad pacientai gali nurodyti pavardę ir kontaktinius duomenis savo atstovo (-ų) (teisinio atstovo ir/ar atstovo pagal pavedimą), kuris (-ie) turi teisę gauti informaciją apie paciento sveikatą. Pateikta informacija įrašoma į sveikatos istoriją. - Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip pacientai yra supažindinami su įstaigos privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra tvarkant jų sveikatos ir asmeninę informaciją.	☐ Įstaigoje yra informacija pacientams, kaip užtikrinamas įstaigoje saugomos jų sveikatos informacijos konfidencialumas ☐ Įstaiga turi pavyzdines prašymų formas, kurias gali užpildyti pacientas ar jo atstovas, norėdami gauti sveikatos informaciją ☐ Įstaigoje yra forma pacientui nurodyti savo atstovą ☐ sveikatos istorijos
----------------------------	--	---

3.1.2. Rodiklis

Informacijos saugumas

Įstaiga užtikrina sveikatos istorijų saugumą, jas laikant, naudojant, archyvuojant ir sunaikinant bei persiunčiant į kitą įstaigą.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.1.2.1. <u>Būtinai</u>	Sveikatos istorijos yra laikomos ir/ar sudaromos rinkmenos, užtikrinant jų saugumą.
<i>Paaškinimas</i>	• Įstaiga turi sistemą saugiai tvarkyti sveikatos istorijas ir kitus susijusius dokumentus. • Pacientų asmeninė sveikatos informacija nėra laikoma ar paliekama tokiose vietose, kur prie jų gali prieiti pašaliniai asmenys, ar ten, kur neužtikrinama nuolatinė personalo priežiūra. • Jautrūs duomenys, tokie, kaip asmens kodas ar ligų TLK-10-AM kodai nėra šomi ant popierinių sveikatos istorijų viršelių. • Medicininiai dokumentai, kuriuose yra asmeninė informacija, laikomi užrakinti arba tokiu būdu, kad jų negalėtų pasiekti pašaliniai asmenys. • Įstaigos vadovybė gali papasakoti, kaip sveikatos istorijos yra apsaugotos nuo vagystės, praradimo ir galimybių pašaliniams prie jų prieiti, kopijuoti, pakeisti, naudoti, atskleisti informaciją, laikyti ir sunaikinti. ☐ Įstaiga turi popierinių ir elektroninių (jei tokios naudojamos) sveikatos istorijų valdymo tvarką, kurią žino visi darbuotojai ☐ Popierinės sveikatos istorijos laikomos saugioje patalpoje
3.1.2.2. <u>Būtinai</u>	Su sveikatos istorijų turiniu ir susijusiais dokumentais gali susipažinti tik įgalioti asmenys.

<i>Paaiškinimas</i>	• Popierinių sveikatos istorijų turinys nėra matomas pašaliniams asmenims registratūroje, viešojo vietoje ar laikymo vietose. • Popierinės sveikatos istorijos konsultacijų patalpoje laikomos taip, kad identifikuojamos informacijos nematytų pašaliniai asmenys. • Įstaigos darbuotojai gali pademonstruoti, kaip prireikus atitinkamas šeimos gydytojo komandos narys gali prieiti prie pacientų sveikatos istorijų. • Šeimos gydytojo komanda gali papasakoti, kaip jie užtikrina sveikatos istorijų konfidencialumą perduodami jas įstaigos viduje.	☐ Įstaigoje yra nustatytas darbuotojų priėjimo prie paciento sveikatos informacijos lygis, t.y. su kokia paciento sveikatos informacija darbuotojas turi teisę susipažinti
3.1.2.3. <u>Būtinai</u>	Įstaiga užtikrina, kad nenaudojamos sveikatos istorijos, elektroninės ar popierinės, yra saugomos nustatytą laiką ir sunaikinamos pagal teisės aktų reikalavimus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra nustatyta tvarka sveikatos istorijoms perduoti į archyvą, jas išsaugoti ir sunaikinti • Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už nenaudojamų sveikatos istorijų saugojimą ir sunaikinimą. • Įstaiga naudoja tinkamą metodą sunaikinti sveikatos istorijas prieš jas utilizuojant (pvz., susmulkinti popierines istorijas, pašalinti ir performuoti kietus diskus) ir teisingą procesą tvarkytis su paciento sveikatos informacija nutraukiant įstaigos veiklą. • Sveikatos istorijos saugomos mažiausiai 15 metų po paskutinio apsilankymo.	☐ Įstaiga turi paskirtą asmenį, atsakingą už nenaudojamų sveikatos istorijų saugojimą ir naikinimą ☐ Įstaigoje yra patvirtinta sveikatos istorijų perdavimo į archyvą ir sunaikinimo tvarka, atitinkanti teisės aktų reikalavimus

3.1.3. Rodiklis

Paciento informacijos atskleidimas

Įstaiga paciento sveikatos informaciją atskleidžia pacientui ir trečiosioms šalims vadovaudamasi teisės aktų nustatytais reikalavimais.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.1.3.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra nustatyta politika/procedūra leisti pacientams ir jų atstovams susipažinti su sveikatos informacija, įskaitant rašytinės informacijos teikimą pacientams.
<i>Paaiškinimas</i>	• Politikoje/procedūroje turėtų būti nurodyta: - kaip šeimos gydytojo komanda teikia pacientams ir/ar jų atstovams (teisiniams atstovams ar atstovams pagal pavedimą) paciento sveikatos informaciją žodžiu ir/ar raštu, - aplinkybės, kurioms esant informacijos teikimas gali būti ribojamas, - šeimos gydytojo komandos pareiga pacientui paaiškinti informaciją, esančią jo sveikatos istorijoje, - paciento teisė atsisakyti gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, - paciento teisė prašyti ištaisyti įrašus sveikatos istorijoje, - priemonės, kurių imamasi siekiant išvengti informacijos netekimo, neteisėtų įrašų ar duomenų taisymo, kai pacientas susipažįsta su savo popierine sveikatos istorija. • Pacientai supažindinami su nustatyta informacijos teikimo politika/procedūra, pvz., ją nurodant vidaus ☐ Įstaigoje yra sveikatos informacijos (įskaitant rašytinės) teikimo pacientams (jų atstovams) politika/procedūra, prieinama visiems šeimos gydytojo komandos nariams ☐ Informacijos prašymo forma, kurią bet kuris specialistas gali pateikti pacientui ☐ Įstaigoje yra viešai skelbiama apie sveikatos informacijos teikimą, pvz., informacinėje lentoje ir/ar tinklalapyje, vidaus tvarkos taisyklėse ir pan.

	tvarkos taisyklėse • Įstaiga gali parengti <i>Informacijos prašymo</i> formą, kurią pildo pacientas (jo atstovas), norėdami gauti informaciją iš sveikatos istorijos.	
3.1.3.2. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra politika/procedūra paciento sveikatos informaciją atskleisti trečiosioms šalims, įskaitant atvejus ir aplinkybes, kai įstaiga privalo atskleisti paciento informaciją.	
<i>Paaaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra nustatyta informacijos teikimo trečiosioms šalims tvarka. • Paciento asmeninė informacija atskleidžiama kitai šaliai tik gavus rašytinį paciento sutikimą ir jį įrašius į sveikatos istoriją, išskyrus atvejus ir aplinkybes, kai įstaiga privalo atskleisti paciento informaciją. • Įstaigos vadovybė ir darbuotojai gali paaiškinti, kokių būdu gaunamas paciento sutikimas prieš atskleidžiant asmeninę sveikatos informaciją trečiajai šaliai. • Pacientui yra pranešama apie prašymą atskleisti informaciją. • Trečiosios šalies prašymai atskleisti paciento sveikatos informaciją įdedami į sveikatos istoriją ir apie atskleidimą įrašoma. • Įstaigoje periodiškai atliekamas medicininis auditas dėl paciento sutikimo atskleisti jo asmeninę sveikatos informaciją trečiajai šaliai.	☐ Informacijos teikimo trečiosioms šalims tvarka ☐ Paciento sutikimo teikti jo sveikatos informaciją trečiosioms šalims forma ☐ Medicininio audito dėl paciento sutikimo atskleisti jo asmeninę sveikatos informaciją trečiajai šaliai duomenys
3.1.3.3. <u>Siektinas</u>	Įstaigoje užtikrinamas informacijos saugumas gaunant paciento informaciją ir/ar ją perduodant kitiems.	

<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra nustatyta tvarka paciento sveikatos informacijos (popierinės ar skaitmeninės) saugumui užtikrinti, kai ji perduodama kitam paslaugų teikėjui ar trečiosioms šalims pagal pagrįstus prašymus. • Šeimos gydytojo komanda yra susipažinusi su šia tvarka ir jos laikosi. • Renkant paciento sveikatos informaciją kokybei tobulinti, visuomenės sveikatos priežiūros tikslais ar profesinio tobulėjimo veikloms, trečiajai šaliai perduodama tik nuasmeninta informacija ar duomenų sanakaupa, išskyrus tuos atvejus, kai buvo gautas paciento sutikimas. • Biomedicininiam tyrimams atlikti, kuriuose dalyvauja pacientai, reikia gauti atitinkamą etikos komiteto pritarimą (leidimą), kurio kopija saugoma įstaigoje. • Įstaigos darbuotojai užtikrina, kad trečiųjų šalių paliktuose telefono pranešimuose nebūtų paciento asmeninės sveikatos informacijos. • Elektroniniai paciento sveikatos duomenys iš įstaigos perduodami saugiu formatu (pvz., koduojant skaitmeninius duomenis).	☐ Informacijos teikimo trečiosioms šalims tvarka numato būdus informacijos saugumui užtikrinti ☐ Įstaiga turi paciento nuasmenintos informacijos naudojimo taisykles
3.1.3.4. <u>Būtinai</u>	Privalomi pranešimai apie paciento sveikatos informaciją vykdomi pagal teisės aktų reikalavimus ir laikantis paciento sveikatos informacijos privatumo apsaugos.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga vykdo teisės aktų reikalavimus dėl nustatytų privalomų pranešimų valstybinėms institucijoms apie pacientų sveikatos informaciją. • Šeimos gydytojo komanda yra susipažinusi su privalomų pranešimų atvejais, pvz., diagnozavus ir užregistravus tam tikrus infekcinius susirgimus. Apie pranešimą įrašoma sveikatos istorijoje.	☐ Įstaigoje yra nustatyta privalomų pranešimų tvarka, kurią žino darbuotojai

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. birželio 6 d. Nr. I-1367.
2. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562.
3. Lietuvos Respublikos Biomedicininų tyrimų etikos įstatymas. 2000 m. gegužės 11 d. Nr. VIII-1679.
4. Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas. 1996 m. birželio 11 d. Nr. I-1374.
5. Lietuvos Respublikos Dokumentų ir archyvų įstatymas. 1995 m. gruodžio 5 d. Nr. I-1115.
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. 515 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 1 d. įsakymas Nr. 65 „Dėl informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos patvirtinimo“.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“.
11. Lietuvos vyriausiojo archyvaro 2011 m. kovo 9 d. įsakymas Nr. V-100 „Dėl Bendrųjų dokumentų saugojimo terminų rodyklės patvirtinimo“.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 20 d. įsakymas Nr. V-506 „Dėl rašytinės informacijos, įskaitant ir konfidencialią, apie pacientą ir jam suteiktas paslaugas teikimo ir šios paslaugos apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-658 „Dėl paciento teisės susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose tinkamo įgyvendinimo“.
14. Lietuvos vyriausiojo archyvaro 2011 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-117 „Dėl dokumentų tvarkymo ir apskaitos taisyklių patvirtinimo“.
15. Lietuvos vyriausiojo archyvaro 2011 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-158 „Dėl elektroninių dokumentų valdymo taisyklių patvirtinimo“.
16. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2013 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. 1K-202 „Dėl asmens duomenų teikimo sutarties formos patvirtinimo“.
17. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. birželio 5 d. įsakymas Nr. 1K-135 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2007 m. rugsėjo 18 d. įsakymo Nr. 1K-145 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“.
18. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. birželio 5 d. įsakymas Nr. 1K-136 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų“ pakeitimo“.

3.1. Standartas. Sveikatos informacijos privatumas ir konfidencialumas

3.2. Standartas

Pacientų ambulatorinės asmens sveikatos istorijos (sveikatos istorijos)

Kad pacientų priežiūra būtų veiksminga ir būtų užtikrintas priežiūros tęstinumas, paciento sveikatos istorijos turi tiksliai aprašyti ir pagrįsti teikiamą sveikatos priežiūrą.

3.2.1. Rodiklis

Sveikatos istorijų turinys

Paciento sveikatos istorijoje yra visa esminė informacija, reikalinga kokybiškai sveikatos priežiūrai teikti (paciento identifikaciniai duomenys, įrašyti apsilankymai, jų priežastys, fizinė apžiūra, vertinimas, gydymas, eiga ir rezultatas).

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.2.1.1. <u>Būtinai</u>	Kiekvienam pacientui vedama tiksli, nuolat atnaujinama ir pilna Ambulatorinė asmens sveikatos istorija/Vaiko sveikatos raidos istorija.	
<i>Paiškinimas</i>	- Kiekvienam pacientui įstaigoje vedama atskira Ambulatorinė asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorija, kurioje yra visa įstaigos turima paciento sveikatos informacija. - Sveikatos istorijoje turėtų būti įrašoma: - kliniškai svarbios vaistų reakcijos ir kitos alergijos (ar jų nebuvimas),	☐ Sveikatos istorijų pildymo tvarka, kurią žino darbuotojai

- nurodymai pacientui,
 - sąrašas aiškiai nustatytų susirgimų,
 - gyvenimo anamnezė, įskaitant visas patikslintas diagnozes,
 - lėtinių ligų TLK-10- AM kodai,
 - paciento negalia ir pažymėjimas apie tai (pvz., kurčias, aklas, bendravimo problemos, psichikos sveikatos problemos),
 - ilgalaikiai vartojami vaistai,
 - priežastys vaistams pakeisti,
 - įrašai apie konsultacijas, įskaitant apsilankymus namuose,
 - klinikiniai sprendimai, priimti ne konsultacijų metu, pvz., pokalbiai telefonu
 - imunizacijos anamnezė,
 - kraujo grupė,
 - informacija apie profilaktinius sveikatos tikrinimus, įskaitant ankstyvosios diagnostikos programas ir jų rezultatai.
 - Nustatyti rizikos faktoriai, įskaitant:
 - šeimos anamnezę,
 - dabartinę rūkymo situaciją,
 - rūkymo anamnezę,
 - ar buvo siūlyta pagalba mesti rūkyti, alkoholio/narkotikų vartojimas,
 - svoris/ūgis/KMI.
- Vaiko sveikatos raidos istorijoje pažymima:
- pagrindiniai kraujo rodikliai

	- neįgalumas ir specialieji poreikiai - lėtinės ligos - šeimos sudėtis - rizikos faktoriai šeimoje - pirmoji naujagimio apžiūra namuose - skiepimų lapas - galutinės (patikslintos) diagnozės	
3.2.1.2. <u>Siektnas</u>	Ambulatorinė asmens sveikatos istorija/ Vaiko sveikatos raidos istorija pildoma, padedant pacientui ir jo šeimai.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Pacientai ir jų šeima dalyvauja teikdami tikslią ir pilną reikalingą informaciją. • Pacientai yra informuojami apie jų teisę susipažinti su savo sveikatos istorija ir komentuoti joje įrašytą informaciją. • Pacientams gali būti sudaryta galimybė paskaityti sveikatos istoriją elektroniniu būdu.	☐ Vidaus tvarkos taisyklės ☐ Pacientų teisių įgyvendinimo politika/ procedūra (-os)
3.2.1.3. <u>Būtnas</u>	Ambulatorinė asmens sveikatos istorija/ Vaiko sveikatos raidos istorija pildoma įskaitomai ir suprantamai kitam šeimos gydytojui ar kitiems sveikatos priežiūros specialistams.	

<i>Paaiškinimas</i>	• Kiekvieno paciento sveikatos istorija įstaigoje: - nėra keičiama, slepiama ar papildoma, - nenaudoja jokių sutrumpinimų be paaiškinimų, išskyrus sutrumpinimus, kurie paprastai yra naudojami atitinkamuose teisės aktuose ar yra rekomenduoti atitinkamų institucijų. • Kiekvienas konsultacijos įrašas, laboratorinio tyrimo atsakymas ar kitas klinikinis įrašas yra pasirašytas įgalioto asmens ir autorius lengvai identifikuojamas. - Kiekvieno paciento sveikatos istorija, patikrinus jos tikslumą, pasirašoma, nurodant datą ir laiką prieš persiunčiant kitam pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjui ar atiduodant į archyvą.	☐ Sveikatos istorijų pildymo tvarka, kurią žino darbuotojai ☐ Įstaiga turi vartotinių sutrumpinimų sąrašą
3.2.1.4. <u>Siektinas</u>	Ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje/ Vaiko sveikatos raidos istorijoje paprastai nurodomas asmuo kontaktui skubiais atvejais.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga įprastai įrašo pavardę ir kontaktus asmens (-ų), su kuriuo pacientas nurodo susisiekti skubiais atvejais (nebūtinai artimiausias giminaitis).	☐ Forma su nurodytu asmeniu kontaktui skubiais atvejais ☐ Sveikatos istorijos
3.2.1.5. <u>Siektinas</u>	Ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje/ Vaiko sveikatos raidos istorijoje įrašomi telefoniniai pokalbiai, pranešimai apie pacientų iškvietimą, tyrimų rezultatai, siuntimai ir kiti kontaktai su pacientu elektroninėmis komunikacijos priemonėmis.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įrašomas kiekvienas telefoninis pokalbis su pacientu ar jo šeimos nariais. • Šeimos gydytojo komanda į sveikatos istoriją įrašo pranešimus apie pacientų iškvietimą, tyrimų rezultatus, siuntimus ir kitus kontaktus su pacientu elektroninėmis komunikacijos priemonėmis ir pasirašo.	☐ Sveikatos istorijų pildymo tvarka ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose

3.2.1.6. <u>Būtinai</u>	Visa gaunama paciento sveikatos informacija yra įtraukiama į Ambulatorinę asmens sveikatos istoriją/ Vaiko sveikatos raidos istoriją.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Tai apima: - laboratorinių tyrimų rezultatus, - radiologinių tyrimų rezultatus, - kitų tyrimų rezultatus, - kitą su sveikata susijusią informaciją, - išrašus iš ligoninių, - išrašus apie apsilankymus ne darbo valandomis - specialistų konsultacijas.	☐ Sveikatos istorijų pildymo tvarka ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose
3.2.1.7. <u>Būtinai</u>	Reguliariai atliekamas Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų/ Vaiko sveikatos raidos istorijų turinio auditas.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Yra tvarka (pvz., medicininis auditas) vykdyti sveikatos istorijų pildymo stebėseną. Gauta informacija yra naudojama tvarkai tobulinti. - Auditas vertina privatumo pažeidimus, taip pat pildymo tikslumą ir efektyvumą. - Auditas gali vertinti sveikatos istorijoje esančią informaciją (konsultacijų įrašus, gaunamos informacijos įtraukimą į sveikatos istoriją, informaciją apie paslaugas po darbo valandų, sveikatos patikrinimus, ankstyvosios diagnostikos programas ir t.t.). - Audito periodiškumą (pvz.,	☐ Vidaus medicininio audito nuostatai ☐ Vidaus medicininio audito planas ☐ Vidaus medicininio audito ataskaitos

	kasmet) nustato įstaigos politika ar teisės aktai, jeigu tokie yra. • Įstaigos vadovybė gali parodyti paskutinio audito rezultatus.	
--	--	--

3.2.2. Rodiklis

Klinikinės epikrizės

Į Vaiko sveikatos raidos istorijas įtraukiamos klinikinės epikrizės.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.2.2.1 <u>Būtinai</u>	Įstaigoje pildoma Vaiko sveikatos etapinė epikrizė (Forma Nr. 025-112-1/a) atitinka teisės aktų reikalavimus.	
<i>Paaiškinimas</i>	Vaikui sukakus 18 metų šeimos gydytojas pildo Vaiko sveikatos etapinę epikrizę, kurioje nurodoma: - vaiko rizikos, - fizinės būklės įvertinimas, - pagrindiniai tyrimai, - specialistų apžiūra, - neįgalumas ir specialieji poreikiai, - ligos, kuriomis sirgta, - lėtinės ligos (diagnozė, TLK-10 AM kodai).	☐ Vaiko sveikatos raidos istorijos

3.2.3. Rodiklis

Konsultacijų įrašai

Paciento sveikatos istorijoje yra pakankamai informacijos apie kiekvieną konsultaciją, kad kitas šeimos gydytojo komandos narys galėtų saugiai ir veiksmingai tęsti paciento priežiūrą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.2.3.1.	Konsultacijų įrašai yra patikimi, pilni ir objektyvūs.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Įrašė turėtų būti: - konsultacijos data, - konsultacijos priežastis, - svarbūs klinikiniai radiniai, - diagnozė ir vertinimas, - rekomenduojamas priežiūros/gydymo planas ir, kur tinka, numatoma pakartotina apžiūra, - pacientui išrašyti vaistai (įskaitant pavadinimą, stiprumą, vartojimo nurodymus/dozės dažnį, kiek kartų kartoti ir datą, kada vaistas pradėtas vartoti, baigtas/pakeistas), - einamieji ir ilgalaikiai vaistai, - maisto papildai ar alternatyvios medicinos preparatai, kuriuos naudoja pacientas, - svarbus prevencijos veiksmas, kurio imtasi, - siuntimas kitiems sveikatos priežiūros teikėjams ar į kitas įstaigas, - paskirti tyrimai, - pacientui suteikta sveikatos	☐ Sveikatos istorijų pildymo tvarka ☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose

	informacija, įskaitant pranešimus apie išskvietimus, tyrimų rezultatai, siuntimai ir kiti kontaktai, - trumpos intervencijos, - sekimo planas, - konsultaciją atlikusio asmens identifikacija (pvz., vardas ir pavardė ar spaudas) ir parašas (elektroninėse medicininėse istorijose-elektroninis parašas). • Konsultacijų įrašai turi būti neutralūs, objektyvūs ir įskaitomi. Popierinėje sveikatos istorijoje įrašai daromi rašalu ar spausdinami. • Popierinių sveikatos istorijų puslapiai numeruojami pagal teisės aktų reikalavimus ir nedaromi taisymai nepatvirtinant jų pagrįstumo. • Informacija apie konsultaciją į sveikatos istoriją įrašoma konsultacijos metu ar iš karto gavus svarbią informaciją (pvz., užsakytų tyrimų rezultatus). • Jeigu naudojant elektroninę sveikatos istoriją įvyksta informacinių technologijų sistemos sutrikimai, informacija apie konsultaciją įvedama kiek galima anksčiau, kai tik atsistato prieinamumas prie sveikatos istorijos.	
3.2.3.2.	Apsilankymo metu nustatytos paciento problemos yra sekamos pakartotinių konsultacijų metu	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Įrašai sveikatos istorijose rodo, kad buvo sekami ir vertinami per ankstesnes konsultacijas spręstų problemų rezultatai, tokių kaip: - atlikti užsakyti tyrimai ir konsultacijos, - pakeistų vaistų veiksmingumas,	☐ Atitinkami įrašai sveikatos istorijose

	- rekomenduoto priežiūros/gydymo plano laikymasis.	
--	--	--

3.2.4. Rodiklis

Siuntimo dokumentai

Siuntimo dokumentuose kitiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams yra pakankamai informacijos, kad palengvintų optimalią paciento priežiūrą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.2.4.1.	Siuntimai yra įskaitomi ir turi teisės aktų reikalaujamą informaciją.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaiga naudoja standartinę siuntimų formą, kurioje: - yra bent 3 paciento identifikatoriai, - nurodytas siuntimo tikslas, - įrašyta svarbi ligos anamnezė, apžiūros duomenys, konsultacijos, dabartinė priežiūra ir jos rezultatas, - nurodytos žinomos alergijos, nepageidaujamos reakcijos į vaistus ir vartojami vaistai, - aiškiai nurodytas siunčiantis gydytojas, - nurodyta specialybė sveikatos priežiūros specialisto, kuriam siunčiama. • Jeigu siuntimas perduodamas elektroniniu būdu, tai atliekama saugiai.	☐ Siuntimų į kitas įstaigas tvarka, kurią žino darbuotojai
		☐ Medicinos dokumentų išrašas/siuntimas (Forma Nr. 027/a) Siuntimas laboratoriniam tyrimui ir tyrimo rezultatai (Forma Nr.200/a)
3.2.4.2.	Siuntimų kopijos yra paliekamos sveikatos istorijoje.	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Dėl teisinių ir klinikinių priežasčių įstaigos turi pasilikti siuntimų	☐ Sveikatos istorijos
		☐ Siuntimų į kitas įstaigas tvarka,

Įstaiga užtikrina saugų kompiuterių ir kitos elektroninės įrangos naudojimą, palaikant sveikatos istorijų ir kitos sveikatos informacijos saugą.

3.3.1. Rodiklis

Informacinių technologijų strateginis planas

Įstaiga sukuria ir laikosi informacinių technologijų strateginio plano.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.3.1.1. <u>Siektinas</u>	Kompiuterizuotos įstaigos turi informacinių technologijų diegimo operatyvinį ir strateginį planą.
<i>Paaiškinimas</i>	• Vadovybė pasirenka sistemas ir technologijas pagal įstaigos poreikius, atitinkančias valstybinę e-sveikatos sistemą, ir turint galvoje inovacijas, kad palaikytų aukštos kokybės paslaugas. • Informacinės technologijos gali būti naudojamos sveikatos istorijoms, paciento sekimo sistemoms, laukimo laiko valdymo sistemoms ir t.t. • Informacinės sistemos yra naudojamos dalintis informacija įstaigos viduje ir bendraujant su kitais sveikatos priežiūros teikėjais. • Informacinės sistemos atitinka e-sveikatos sprendimų ir informacinių technologijų sistemų reikalavimus, patvirtintus Sveikatos apsaugos ministerijos ir kitų kompetentingų valstybinių institucijų. • Įstaigos politika dėl informacinių technologijų naudojimo atitinka bazinius reikalavimus, patvirtintus Vidaus reikalų ministerijos. • Įstaigos darbuotojai yra apmokyti naudotis informacinėmis sistemomis ir kitomis naudojamomis informacinėmis ☐ Įstaiga turi informacinių technologijų operatyvinį ir strateginį planą

	technologijomis.	
3.3.1.2 <u>Būtinai</u>	Yra paskirtas asmuo (asmenys), atsakingas (-i) už įstaigos informacinių sistemų apsaugą.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra paskirtas darbuotojas, atsakingas už informacinės sistemos ir kompiuterių apsaugą. Šis asmuo žino, kur ir į ką kreiptis už įstaigos ribų eksperto patarimo ar personalo mokymo apie duomenų apsaugą. • Kiti darbuotojai taip pat gali rasti	☐ Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už informacinės sistemos priežiūrą ☐ Atsakingo asmens funkcijos nurodytos jo pareigų aprašyme

įstaigą aptarnaujančio išorės eksperto kontaktinius duomenis. - Visi darbuotojai gali parodyti, kaip informuojamas (-i) atsakingas asmuo (asmenys) ir kaip su IT susiję incidentai yra perduodami įstaigos vadovams. - Paskirtas asmuo kontroliuoja, kad būtų laikomasi apsaugos protokolų ir reguliariai atlieka įstaigos skaitmeninių duomenų apsaugos auditą.	☐ Įstaigos darbuotojai žino, kuris asmuo yra atsakingas už informacinės sistemos priežiūrą
--	---

3.3.2. Rodiklis

Kompiuterių apsauga

Įstaigoje yra kompiuterių ir elektroninių sveikatos istorijų apsaugos sistema, dokumentuota įstaigos politikoje/ procedūrose, kurios atitinka teisinius reikalavimus ir yra periodiškai atnaujinama.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.3.2.1. <u>Būtinasis</u>	Įstaigoje yra nustatyta ir dokumentais įforminta informacinės sistemos duomenų saugos politika/ procedūros.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Informacinės sistemos duomenų saugos politika/ procedūros atitinka teisės aktų reikalavimus. - Darbuotojai yra supažindinti su politika/procedūromis. - Yra paskirtas asmuo, atsakingas už politikos/procedūrų įgyvendinimą ir priežiūrą.	☐ Informacinės sistemos duomenų saugos politika/ procedūros
3.3.2.2. <u>Būtinasis</u>	Įstaigoje yra nustatytos personalinių kompiuterių (įskaitant nešiojamą įrangą) naudotojų taisyklės ir darbuotojai jų laikosi.	

<i>Paaiškinimas</i>	• Kompiuteriai šeimos gydytojo komandai yra prieinami tik panaudojus asmeninius slaptažodžius (ar kitas patvirtintas autentifikavimo priemones). • Programinės įrangos apribojimo metodikos yra naudojamos apriboti ar užblokuoti veiklas, tiesiogiai nesusijusias su sveikatos priežiūros paslaugomis, pvz., naršyti internete ar instaliuoti programinę įrangą. • Naudotojų teisės yra laikinai sustabdomas ar apribojamos, kai reikia (pvz., per naudotojo atostogas ar kai atliekamas auditas). • Kompiuteriai turi ekrano užsklandas su slaptažodžių įgalinimu ar kitas automatizuotas privatumo apsaugos metodikas (tokias, kaip pakartotinas užrakinimas po tam tikro naudotojo neaktyvumo laikotarpio), kad apsaugotų nuo nesankcionuoto prisijungimo. • Dienos pabaigoje kompiuteriai yra išjungiami ar atjungiami nuo interneto.	☐ Įstaiga turi kompiuterių naudotojų taisykles, su kuriomis darbuotojai yra supažindinti ir jų laikosi ☐ Už informacinės sistemos priežiūrą atsakingas asmuo kontroliuoja, kaip laikomasi kompiuterių naudotojų taisyklių
3.3.2.3. <u>Būtinai</u>	Pagrindiniai kompiuterių apsaugos metodai yra naudojami Personalinių kompiuterių naudotojų įgaliojimams ir veiklai kontroliuoti.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Visi darbuotojai turi atitinkamus įgaliojimų lygmenis. Administratoriaus teises turi ribotas naudotojų skaičius. • Laikini elektroninių ambulatorinių asmens sveikatos istorijų naudotojai (moksliniai tyrėjai, pavaduojantys asmenys ir t.t.) gauna laikinus slaptažodžius su ribotomis teisėmis.	☐ Įstaiga turi kompiuterių naudotojų taisykles, su kuriomis darbuotojai yra supažindinti ir jų laikosi ☐ Už informacinės sistemos priežiūrą atsakingas asmuo kontroliuoja, kaip laikomasi kompiuterių naudotojų taisyklių

	• Sekimo technologijos (pvz., prisijungimo atvejai) stebėti personalinių kompiuterių naudotojų veiklas, įskaitant priėjimą prie asmens sveikatos istorijų, yra naudojamos laikantis nacionalinių teisės aktų.	
3.3.2.4. <u>Būtinai</u>	Įstaiga naudoja atitinkamas technologijas saugiam darbui ir duomenų kompiuteriuose apsaugai užtikrinti.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Darbui yra naudojama tik legali programinė įranga ir aplikacijos. • Operatyvinės sistemos ir aplikacijos yra reguliariai atnaujinamos; kur galima, įgalinamas automatinis atnaujinimas. • Kompiuteriai yra apsaugoti priešvirusine programine įranga, kuri reguliariai atnaujinama. Jeigu galima, įgalinama realaus laiko apsauga, įskaitant įeinančios ir išeinančios informacijos peržiūrėjimą (pvz., elektroninių laiškų). • Prie interneto prijungti kompiuteriai yra apsaugoti atitinkamomis kompiuterinės įrangos/programinės įrangos ugniasienėmis. • Bendras katalogų naudojimas yra neleidžiamas, nebent tai yra reikalinga. • Kompiuteriai yra įrengti su nepertraukiamu maitinimu ir/ar įtampos filtrais.	☐ Įstaiga turi įsigijusi visų programų licencijas ☐ Kompiuteriuose yra priešvirusinė programinė įranga bei ugniasienės ☐ Kompiuteriai įrengti su nepertraukiamu maitinimu.
3.3.2.5. <u>Būtinai</u>	Elektroninių duomenų perdavimas vyksta saugiu formatu.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Paciento sveikatos informacijos elektroninių duomenų perdavimas iš įstaigos vykdomas saugiu formatu, pvz., naudojant	☐ Įstaiga turi pacientų identifikavimo brūkšniniais kodais sistemą ir patvirtintą jos naudojimo tvarką

	kodavimą. Asmens kodavimas, brūkšniniai kodai ar kitos apsaugos priemonės yra naudojamos keistis informacija tarp įstaigos padalinių (pvz., laboratorija ir šeimos gydytojas).	☐ Darbuotojai yra supažindinti su šia tvarka ir jos laikosi
--	--	--

3.3.3. Rodiklis

Dubliavimo sistema ir paslaugų tęstinumo planas

Įstaiga turi dubliavimo sistemą ir paslaugų tęstinumo planą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
3.3.3.1. <u>Siektinas</u>	Dubliavimo ir atgaminimo sistema yra naudojama paciento elektroninei informacijai apsaugoti.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga turi paciento elektroninės informacijos dubliavimo sistemą, vykdo dubliavimo kontrolę bei užtikrina dubliuotų juostų ir kietų diskų saugų saugojimą. - Dubliuota informacija yra saugoma saugioje aplinkoje ne įstaigoje. - Serveriai yra dažnais intervalais dubliuojami ir tikrinami pagal dokumentuotą veiklos tęstinumo planą. - Registruojami ir analizuojami informacinių sistemų nepageidaujami įvykiai, tokie, kaip sistemos avarija ar maitinimo gedimas.	☐ Įstaiga turi elektroninės informacijos dubliavimo tvarką ☐ Įstaiga registruoja ir analizuoja informacinių sistemų nepageidaujamus įvykius

Teisės aktai:

- Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas;
- Lietuvos Respublikos Valstybės informacinių išteklių valdymo įstatymas;
- Lietuvos Respublikos 2011 m. rugsėjo 7 d. nutarimas Nr. 1057 „Dėl elektroninės sveikatos paslaugų

- ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos nuostatų patvirtinimo“;
4. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2008 m. lapkričio 12 d. įsakymas Nr. 1T-71(1.12) „Dėl Bendrųjų reikalavimų organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms patvirtinimo“;
 5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros programos patvirtinimo“;
 6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-811 „Dėl E. sveikatos sistemos 2009-2015 metų plėtros strategijos patvirtinimo“;
 7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-1079 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų informacinių sistemų susiejimo su e. sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūra reikalavimų ir techninių sąlygų patvirtinimo“;
 8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-89 „Dėl Reikalavimų sveikatos priežiūros įstaigose diegiamoms informacinėms sistemoms patvirtinimo“;
 9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. spalio 7 d. įsakymas Nr. V-889 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“;
 10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 8 d. įsakymas Nr. V-761 „Dėl Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos saugos politiką įgyvendinančių dokumentų patvirtinimo“;
 11. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2015 m. balandžio 24 d. įsakymas Nr. 1T-25(1.12.E.) „Dėl Asmens duomenų apsaugos priemonių aprašų formų patvirtinimo“;

IV SKYRIUS

SAUGA IR KOKYBĖS TOBULINIMAS

4.1. Standartas

Infekcijų kontrolė

Įstaigoje yra veikiančios sistemos, kurios mažina su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų riziką

4.1.1. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda laikosi infekcijos kontrolės reikalavimų.

Infekcijų kontrolės principai, atitinkantys nacionalines taisykles, yra gerai nustatyti ir dokumentuoti infekcijų kontrolės vadove. Infekcijas sukeliančių organizmų plitimo prevencija yra pripažįstama kaip priemonė pacientams ir darbuotojams apsaugoti.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas /
	Įrodymai

4.1.1.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra apibrėžta infekcijų kontrolės politika ir procedūros, atitinkančios nacionalinius infekcijų kontrolės reikalavimus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra infekcijų kontrolės procedūros, atitinkančios nacionalinius infekcijų kontrolės reikalavimus: - rankų higienos procedūra, - pacientų izoliavimo tvarka, - medicinos prietaisų ir kitų gaminių apdorojimo/ naudojimo tvarka, - medicininių atliekų tvarkymo procedūra, - skalbinių tvarkymo procedūra, - aplinkos paviršių higienos planas ir valymo-dezinfekcijos procedūra, - darbuotojų biologinės saugos ir ekspozicijos profilaktikos aprašymas. • Įstaiga reguliariai vertina infekcijų kontrolės procedūrų laikymąsi, įskaitant žmogiškuosius išteklius, rankų higieną, instrumentų ir kitų gaminių naudojimą bei atliekų tvarkymą.	☐ Įstaigoje yra infekcijų kontrolės procedūrų vadovas ☐ Vidaus medicininio audito duomenys infekcijų kontrolės klausimais
4.1.1.2. <u>Būtinai</u>	Įstaigos darbuotojai yra apmokyti laikytis infekcijų kontrolės priemonių, jų mokymas nuolat atnaujinamas, kad būtų išlaikytos žinios, įgūdžiai ir požiūris, reikalingi gerai infekcijų kontrolės praktikai.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos darbuotojas, atsakingas už infekcijų kontrolę, organizuoja naujų darbuotojų infekcijos kontrolės apmokymą pagal jų vaidmenį ir infekcijų kontrolės politiką, reguliariai atnaujinama personalo mokymus.	☐ Naujų darbuotojų įvadinio instruktažo dokumentai

	• Visi įstaigos darbuotojai žino, kaip valdoma galimo infekcijos perdavimo rizika įstaigoje, įskaitant tokias procedūras, kaip: - rankų higiena, - personalinių apsaugos priemonių naudojimas, - pacientų, galimai sergančių užkrečiama liga, rūšiavimas, - saugus klinikinių atliekų, įskaitant aštrius objektus, tvarkymas - kraujo ir organizmo skysčių išsiliejimų tvarkymas.	☐ Periodinių infekcijų kontrolės mokymų dokumentai
4.1.1.3. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi paskirtą asmenį, atsakingą už infekcijų kontrolės procesų koordinavimą įstaigoje.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Asmens, atsakingo už infekcijų kontrolę įstaigoje, kompetencija atitinka teisės aktuose nustatytus reikalavimus (išsilavinimas, mokymai) ir jo atsakomybės yra apibrėžtos pareigų aprašyme.	☐ Atsakingo asmens kvalifikacijos dokumentai bei pareigų aprašymas

4.1.2. Rodiklis

Medicinos prietaisų ir patalpų valymas ir dezinfekcija

Įstaiga turi valymo ir dezinfekcijos politiką/procedūras, kurios atitinka teisės aktų reikalavimus.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
4.1.2.1.	Įstaigos valymo tvarkoje numatyta medicinos prietaisų, įstaigos klinikinių ir neklinikinių plotų valymo ir dezinfekcijos grafikai bei darbuotojų atsakomybės.

<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Yra paskirtas darbuotojas, atsakingas už patalpų valymą. • Už patalpų valymą atsakingas darbuotojas žino įprastą visų įstaigos patalpų valymo procesą ir gali pateikti įstaigos valymo tvarkos dokumentus. • Įstaigos darbuotojai valo ir dezinfekuoja prietaisus ir patalpas įprastai, valo ir dezinfekuoja kraujo ir kitų organizmo skysčių išsiliejimus ir valo visus instrumentus, įskaitant tuos, kurie naudojami ne įstaigoje. • Pakartotinai naudojami prietaisai yra valomi ir dezinfekuojami, o aukštos rizikos pakartotinai naudojama įranga yra valoma, dezinfekuojama ir sterilizuojama. • Darbuotojai valo ar išmeta mažos rizikos įrangą. • Vienkartiniai instrumentai/įranga yra išmetami.	☐ Aplinkos paviršių higienos planas ir valymo-dezinfekcijos procedūra ☐ Medicinos prietaisų ir kitų gaminių apdorojimo/ naudojimo tvarka ☐ Atsakingų darbuotojų pareigų aprašymai
4.1.2.2.	Valymui naudojamos medžiagos yra tinkamos numatytam naudojimui.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Tik registruoti biocidai yra naudojami aplinkos valymui pagal gamintojo instrukcijas ir/ar pagal taisyklų reikalavimus. • Gamintojo parengti pavojingų medžiagų saugos lapai, aprašantys chemines medžiagos savybes, naudojimą, informaciją apie pavojus sveikatai ir atsargumo priemonės, jas naudojant ir susidūrus su jomis, yra laikomi darbuotojams lengvai prieinamoje vietoje, kad jie galėtų susipažinti su nurodymais prieš vartodami šias medžiagas ir pasinaudoti jais	☐ Valymui naudojamų medžiagų sąrašas ☐ Medžiagų saugos lapai lengvai pasiekiamoje vietoje

	nelaimingo atsitikimo atveju.	
4.1.2.3. <u>Būtinai</u>	Įstaiga yra nustačiusi politiką/procedūrą kraujo ir kūno skysčių išsiliejimams tvarkyti, darbuotojai su ja supažindinti ir jos laikosi.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Kraujas ir kūno skysčiai yra laikomi potencialiai užkrečiamomis medžiagomis, kurios, įvykus kontaktui, gali perduoti ligas. - Kraujo ir kūno skysčių išsiliejimai tvarkomi nedelsiant, panaudojant tinkamą metodą, sumažinant galimus kontaktus su kitais pacientais, darbuotojais ar lankytojais ir sumažinant paviršių pakenkimą.	☐ Aplinkos paviršių valymo tvarkoje yra nustatyta, kaip valomi ir dezinfekuojami kraujo ir kitų organizmo skysčių išsiliejimai.
4.1.2.4. <u>Būtinai</u>	Įstaiga laikosi teisės aktų reikalavimus atitinkančios skalbinių tvarkymo procedūros arba naudoja vienkartinės medicinos priemones.	
<i>Paaiškinimas</i>	Įstaiga turi parengusi skalbinių tvarkymo procedūrą ir darbuotojai jos laikosi, jeigu įstaiga nenaudoja vienkartinės medicinos priemonių.	☐ Naudojamų vienkartinės medicinos priemonių sąrašas ☐ Skalbinių tvarkymo procedūra

4.1.3. Rodiklis

Sterilizacijos procesas

Medicinos priemonių sterilizavimas atitinka nacionalinius infekcijų kontrolės reikalavimus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
4.1.3.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga laikosi teisės aktų reikalavimus atitinkančios medicinos priemonių sterilizacijos procedūros.	

<i>Paaiškinimas</i>	• Sterilumas yra užtikrinamas: - naudojant vienkartinės medicinos priemones ar, - sterilizuojant medicinos priemones įstaigoje arba, - sterilizuojant kitoje įstaigoje.	☐ Medicinos priemonių sterilizacijos procedūra
4.1.3.2. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra paskirtas darbuotojas, atsakingas už sterilizacijos procesą.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Darbuotojas, atsakingas už sterilizacijos procesą, yra apmokytas valyti, dezinfekuoti ir sterilizuoti medicinos priemones (jeigu priemonės yra sterilizuojamos įstaigoje) bei gali detaliai paaiškinti, kaip vykdomos sterilizacijos procedūros.	☐ Už sterilizacijos procesą atsakingo darbuotojo kvalifikacijos dokumentai ir pareigų aprašymas ☐ Sterilizuojamų medicinos priemonių sąrašas
4.1.3.3. <u>Būtinai</u>	Sterilizacijos įranga yra stebima, tikrinama, prižiūrima ir kalibruojama sterilizacijos proceso patikimumui užtikrinti.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Darbuotojas, atsakingas už sterilizacijos procesą, gali detaliai papasakoti, kaip prižiūrima sterilizacijos įranga. • Darbuotojas gali parodyti paskutinius sterilizatoriaus kalibravimo ir tikrinimo įrašus.	☐ Sterilizacijos įrangos sąrašas ☐ Sterilizacijos įrangos techninės priežiūros ir remonto dokumentai ☐ Sutartis su priežiūrą atliekančia įstaiga
4.1.3.4. <u>Būtinai</u>	Kiekvieno sterilizacijos ciklo efektyvumas yra kontroliuojamas.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Darbuotojas, atsakingas už sterilizacijos procesą, gali detaliai papasakoti apie sterilizacijos procedūras, įskaitant: - reikalingo sterilių medicinos priemonių diapazono užtikrinimą, - ištiso sterilizacijos proceso vientisumo kontrolę ir sterilizacijos proceso tikrinimą.	☐ Sterilizacijos proceso kontrolės dokumentai
4.1.3.5. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra nustatyta tvarka atlikti medicinos priemonių sterilizaciją kitoje įstaigoje, įskaitant sterilizacijos proceso kontrolės įrodymus ir tinkamas bei saugias transportavimo sąlygas.	

<i>Paaiškinimas</i>	Darbuotojas, atsakingas už sterilizacijos procesą, gali papasakoti apie medicinos priemonių sterilizacijos procedūrą kitoje įstaigoje, pateikiant dokumentus, patvirtinančius sterilizacijos proceso patikimumo įrodymus.	☐ Sterilizuojamų medicinos priemonių transportavimo į/iš kitos įstaigos procedūra/tvarka ☐ Sutartis su kita įstaiga bei sterilizacijos proceso patikimumo įrodymai
4.1.3.6. <u>Būtinai</u>	Sterilios medicinos priemonės saugomos taip, kad būtų užtikrintas jų sterilumas.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaigos darbuotojai sterilias medicinos priemones laiko apsaugotoje vietoje (pvz., uždaroje spintoje, užantspauduotuose kontaineriuose ir t.t.). - Sekama supakuotų medicinos priemonių sterilizacijos data.	☐ Sterilių medicinos priemonių laikymo taisyklės ☐ Sterilių medicinos priemonių išdavimo žurnalas

4.1.4. Rodiklis

Infekcijos plitimo įstaigoje kontrolė

Potenciali darbuotojų ir pacientų infekcijos rizika mažinama, trumpinant kontaktus su kitais pacientais ir darbuotojais.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai	
4.1.4.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigos darbuotojai yra apmokyti ir laikosi rankų higienos procedūros, kad sumažintų infekcijos plitimą įstaigos viduje.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaigoje yra įrenginiai rankoms plauti/dezinfekuoti visose klinikinės priežiūros patalpose (su skystu muilu ir vandeniu, vienkartiniais rankšluosčiais ar dezinfektantais). - Įstaigos darbuotojai yra apmokyti ir laikosi rankų higienos procedūros	☐ Rankų higienos procedūra ☐ Darbuotojų supažindinimo dokumentai ☐ Visuose konsultacijų ir procedūrų kabinetuose yra rankų plovimo/dezinfekavimo įranga su atmintine
4.1.4.2.	Vykdomas rankų higienos procedūros laikymosi auditas.	

Būtinai		
<i>Paaiškinimas</i>	- Auditas atliekamas, siekiant įvertinti, kaip rankų higienos procedūros atitinka taisykles. - Audito rezultatai yra pristatomi darbuotojams ir, jeigu reikia, imamasi prevencinių veiksmų.	☐ Vidaus medicininio audito planas, įskaitant rankų higienos procedūros laikymąsi ☐ Vidaus medicininio audito duomenys dėl rankų higienos procedūros laikymosi ☐ Protokolai darbuotojų susirinkimų, kur buvo aptariama rankų higiena
4.1.4.3. Būtinai	Įstaigos darbuotojai naudojami asmeninėmis apsaugos priemonėmis, įskaitant medicininės pirštines, jeigu tai nurodoma reikalavimuose.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Asmeninės apsaugos priemonės, įskaitant apsaugines pirštines, plastikines prijuostes, kaukes ir akių apsaugą, lengvai prieinamos visiems įstaigos darbuotojams. Darbuotojai yra apmokyti jomis naudotis. - Darbuotojai aiškiai supranta šių priemonių svarbą ir kaip jomis tinkamai naudotis, nusiimti ir panaudojus išmesti. - Valant, atliekant procedūras, tvarkant išsiliejimus ar atliekas naudojami ir kiti apsauginiai barjerai.	☐ Įstaigoje turimų asmeninių apsaugos priemonių sąrašas ☐ Naujų darbuotojų įvadinio instruktažo dokumentai
4.1.4.4. Siekiant	Siekiant sustabdyti infekcijos plitimą, naudojamos izoliavimo priemonės pacientams, kurie yra užsikrėtę ar gali būti užsikrėtę lengvai plintančiomis infekcinėmis ligomis (pvz., gripu).	
<i>Paaiškinimas</i>	- Norint sumažinti pavojų kitiems pacientams ir darbuotojams, naudojamos tokios atsargumo priemonės sustabdyti infekcijos plitimą: - asmeninės apsaugos priemonės (pvz., kaukės), - atstumo išlaikymas (vienas metras tarp pacientų laukiamajame, pacientų izoliavimas atskiroje patalpoje),	☐ Įstaigoje turimų asmeninių apsaugos priemonių papildomas sąrašas ☐ Papildomos pacientų rankų higienos priemonės registratūroje ☐ Pacientų srautų atskyrimas laukiamajame ☐ Papildomų širmų pastatymas, patalpų pritaikymas

	- efektyvus rūšiavimas ir konsultacijų išdėstymas, - rankų higiena.	
--	--	--

4.1.5. Rodiklis

Atliekų tvarkymas

Įstaigos atliekos teisingai skirstomos, saugiai laikomos, renkamos ir išmetamos, laikantis nustatytų teisės aktų reikalavimų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
4.1.5.1. <u>Būtinai</u>	Medicininės atliekos yra saugiai laikomos ir išmetamos pagal nustatytus reikalavimus (įskaitant anatomines atliekas, kraują, neanatomines atliekas ir kitas atliekų medžiagas).	
<i>Paaškinimas</i>	• Įstaigoje yra medicininių atliekų išmetimo planas. • Darbuotojai medicininės atliekas laiko saugiai (pvz., saugioje vietoje aiškiai pažymėtuose nepratekančiuose konteineriuose, kurie pažymėti biorizikos ženklu). • Medicininės atliekos išmetamos laikantis nustatytų reikalavimų (visas atliekas surenka ir išveža atliekų tvarkymo įmonė, kuri turi licenciją transportuoti medicininės atliekas. Šios atliekos turi būti įpakuotos ir spalva koduotos pagal susitarimą su medicininių atliekų tvarkytoju).	☐ Medicininių atliekų tvarkymo procedūra ☐ Medicininių atliekų konteinerių laikymo vietos žymėjimas ☐ Sutartis su medicininių atliekų tvarkymo įmone ☐ Už atliekų surinkimą ir išvežimą atsakingo darbuotojo pareigų aprašymas
4.1.5.2. <u>Būtinai</u>	Įstaiga saugiai laiko ir išmeta aštrius instrumentus.	

<i>Paaiškinimas</i>	Visose klinikinėse patalpose, kur naudojami aštrūs instrumentai, yra saugiai įtaisyti atitinkami nepratekantys ir dūriams atsparūs aštrių instrumentų konteineriai.	☐ Specialūs žymėti konteineriai aštriems instrumentams visose klinikinėse patalpose
	- Aštrių instrumentų konteineriai yra laikomi vaikams nepasiekiamoje vietoje. - Aštrias atliekas pašalina licencijuotas tiekėjas.	☐ Sutartis su įmone, šalinančia aštrius instrumentus
4.1.5.3. <u>Būtinai</u>	Šeimos gydytojo komanda turi procedūras tiems atvejams, kai atsitiktinai susižalojama aštriais instrumentais ar įvyksta kitokia ekspozicija krauju ar kūno skysčiais.	
<i>Paaiškinimas</i>	Politika/ procedūros aprašo:	☐ Darbuotojų biologinės saugos ir ekspozicijos profilaktikos procedūra
	- kaip tvarkytis su atsitiktiniu sužeidimu aštriais instrumentais, - visų atsitiktinių sužeidimų aštriais instrumentais įforminimą dokumentais, - kitokių ekspozicijos ar sužeidimų tipų tvarkymą.	☐ Susižeidimų aštriais instrumentais registravimo ir tyrimo dokumentai
4.1.5.4. <u>Būtinai</u>	Įstaiga užtikrina saugų buitinių atliekų išmetimą.	
<i>Paaiškinimas</i>	Paprasta popierinių atliekų šiukšlių dėžė po stalu yra naudojama atliekomis, nesuterštoms krauju ar kūno skysčiais.	☐ Popierinių atliekų dėžės yra visose darbo vietose
	- Buitinės atliekos, suterštos krauju ar kūno skysčiais yra laikomos šiukšlių dėžėje, įklotoje skysčio nepraleidžiančiu plastiko maišeliu, kuris vėliau gali būti išmestas su kitomis buitinėmis atliekomis. - Užterštos buitinės atliekos laikomos vaikams nepasiekiamoje vietoje.	☐ Užterštos krauju ar kūno skysčiais buitinės atliekos laikomos dėžėse pašalinami nepasiekiamoje vietoje

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas;

2. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro 1999 m. liepos 14 d. įsakymas Nr. 217 „Dėl Atliekų tvarkymo taisyklių patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. liepos 14 d. įsakymu Nr. 407 „Dėl Epidemiologinio režimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiant medicinos pagalbą sergantiems tuberkulioze ir išskiriantiems tuberkuliozės mikobakterijas asmenims, tvarkos patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. 80/353 „Dėl Darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. 186 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų asmeninių apsauginių priemonių, dėvimų teikiant paslaugas sergantiems ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir naudojimosi jomis taisyklių patvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. lapkričio 26 d. įsakymas Nr. A1-331 „Dėl Darbuotojų aprūpinimo asmeninėmis apsaugos priemonėmis nuostatų patvirtinimo“;
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. V-69 „Dėl Privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, Privalomojo higienos įgūdžių mokymo programos ir Privalomojo mokymo apie alkoholio ir narkotikų žalą žmogaus sveikatai mokymo programos patvirtinimo“;
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymas Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-18 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 4:2009 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ ir Lietuvos medicinos normos MN 100:2009 „Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“;
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“;
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. V-706 „Dėl Lietuvos higienos normą HN 66:2013 „Medicininį atliekų tvarkymo saugos reikalavimai“ patvirtinimo“;
12. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro, sveikatos apsaugos ministro, švietimo ir mokslo ministro 2012 m. kovo 16 d. įsakymas Nr. A1-157/V-210/V-501 „Dėl su(si)žeidimų aštriais instrumentais sveikatos priežiūros įstaigose prevencijos nuostatų patvirtinimo“;
13. Erikas Mačiūnas, Ramutė Budginaitė, Ingrida Zurlytė, Algirdas Juozulynas. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. APLINKOS SVEIKATA. MEDICININĖS ATLIEKOS. GEROS PRAKTIKOS VADOVAS. Vilnius. 2009;
14. 2010 m. gegužės 10 d. Tarybos direktyva 2010/32/ES, kuria įgyvendinamas Europos ligoninių ir sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos ir Europos viešųjų paslaugų profesinių sąjungų federacijos bendrasis susitarimas dėl su(si)žeidimų aštriais instrumentais prevencijos ligoninių ir sveikatos priežiūros sektoriuje.

4.2. Standartas

Darbo vietos sauga

Įstaiga laikosi darbuotojų saugos ir sveikatos teisės aktų reikalavimų.

4.2.1. Rodiklis

Saugi darbo aplinka

Istaiga palaiko saugią darbo aplinką, atitinkančią darbuotojų saugos ir sveikatos teisės aktų reikalavimus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
4.2.1.1. <u>Būtinai</u>	Istaigoje yra darbdavio įgaliotas asmuo darbuotojų saugai ir sveikatai.	
Paaiškinimas	Paskirto darbuotojų saugai ir sveikatai specialisto vardas, pavardė, telefono numeris skelbiamas darbuotojų informacinėje lentoje.	☐ Darbuotojų saugos ir sveikatos specialisto pareigų aprašymas
		☐ Darbuotojų saugos ir sveikatos specialisto kontaktiniai duomenys prieinami visiems darbuotojams
4.2.1.2. <u>Būtinai</u>	Istaigos aplinka ir patalpos užtikrina personalo, pacientų ir lankytojų patogumą, saugą ir apsaugą.	
	Patalpų ventiliacija, aplinkos temperatūra, apšvietimas	☐ Darbo vietų rizikos

<i>Paaiškinimas</i>	atitinka teisės aktų reikalavimus. • Atsarginai išėjimai gaisro atvejui yra laisvi. • Avarinė įranga veikianti. • Darbo vietos tvarkingos. • Elektrinės instaliacijos nekelia gaisro ir sproginimo pavojaus. • Užtikrinama nerūkanti aplinka.	vertinimo dokumentai
		☐ Avariniai išėjimai laisvi
		☐ Darbuotojų buitiniams poreikiams skirtos patalpos
		☐ Informaciniai ženklai apie draudimą rūkyti įstaigoje
4.2.1.3. Siektinas	Kiekvieno šeimos gydytojo komandos nario darbo aplinka ir darbo krūvis yra pagrįstas, ir paskirstytas taip, kad užtikrintų pacientų ir komandos saugą ir gerovę.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Skatinamos diskusijos tarp vadovybės ir darbuotojų visais darbo saugos ir sveikatos klausimais. • Įstaigos vadovybė užtikrina, kad darbuotojų skaičius atitiktų darbo krūvį. • Užtikrinamos reguliarios pertraukos darbo metu. • Personalui yra skirtos tinkamos patalpos (pvz., švarūs tualetai ir pritaikytos patalpos higienai, mitybai). • Įstaigoje užtikrinamas streso ir konfliktų valdymas. • Patalpose nerūkoma.	☐ Įstaiga turi nustatytus darbuotojų darbo krūvius
		☐ Darbuotojų darbo grafikai ir darbo laikas
		☐ Darbuotojų saugos ir sveikatos komiteto (jeigu toks yra) veiklos dokumentai

		☐ Bendrų įstaigos darbuotojų posėdžių dokumentai
		☐ Darbuotojų buitiniams poreikiams skirtos patalpos
4.2.1.4. <u>Būtinai</u>	Įstaigos darbuotojai yra apmokyti, kaip naudotis ir prižiūrėti svarbią įrangą, dirbti saugiai pagal darbuotojų saugos ir sveikatos teisės aktų reikalavimus.	
<i>Paaiškini mas</i>	• Yra pildomi žurnalai apie praveistus instruktažus, priešgaisrinės saugos patikrinimus ir pan.	☐ Darbuotojų saugos ir sveikatos instrukcijos ☐ Darbuotojų instruktažų žurnalai
4.2.1.5. <u>Būtinai</u>	Įstaiga laikosi cheminių ir pavojingų medžiagų naudojimo, tvarkymo, saugojimo ir transportavimo reikalavimų.	
<i>Paaiškini mas</i>	• Įstaigoje vedamas ir prižiūrimas pavojingų medžiagų registras. • Medžiagų saugos lapai (kur medžiagos aprašomos ir pateikiamos aiškios jų vartojimo instrukcijos) yra prižiūrimi ir laikomi matomoje vietoje prie įrangos ir pavojingų medžiagų. • Personalas yra informuojamas, kaip tinkamai elgtis su pavojingomis medžiagomis.	☐ Įstaigoje yra naudojamų cheminių ir pavojingų medžiagų sąrašai ☐ Yra paskirtas asmuo, atsakingas už šių medžiagų

		priežiūrą
		☐ Cheminių ir pavojingų medžiagų laikymo vietos pažymėtos specialiais ženklais
		☐ Medžiagos saugos lapai yra prie kiekvienos medžiagos

4.2.2. Rodiklis

Nelaimingų atsitikimų darbe ir ligų prevencija

Įstaiga deda pastangas, kad būtų išvengta nelaimingų atsitikimų darbe ir ligų.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
4.2.2.1. <u>Būtinai</u>	Registruojami, tiriama ir profesionaliai bei etiškai sprendžiami visi nelaimingi atsitikimai ir sužalojimai, kuriuos patiria personalas, pacientai ir kiti.	
<i>Paaiškinti</i>	Įstaigoje yra paskirtas atsakingas asmuo, registruojantis nelaimingus atsitikimus darbo vietoje.	☐ Įstaigoje yra atsakingas

mas	• Dėl nelaimingų atsitikimų pakeliui į darbą ar iš darbo yra pildomi teisės aktų reikalaujami dokumentai. • Įstaigoje yra nustatytas procesas kontroliuoti ekspoziciją krauju ir kūno skysčiais, pvz., susižeidus aštriais instrumentais. • Nelaimingų atsitikimų tyrimo proceso metu atsižvelgiama į visas galimas priežastis, sukėlusias nelaimingą atsitikimą, parengiamos ir įgyvendinamos tinkamos kontrolės priemonės, kad būtų sumažinta tokių įvykių tikimybė ir vėliau peržiūrėta, įvertinant, ar priimtos priemonės buvo sėkmingos.	asmuo, registruojantis nelaimingus atsitikimus ☐ Atsakingo asmens duomenys žinomi visiems darbuotojams ☐ Nelaimingų atsitikimų darbe registravimo ir tyrimo dokumentai ☐ Nelaimingų atsitikimų atvejų svarstymų protokolai
4.2.2.2. <u>Siektinas</u>	Įstaigoje yra dokumentais įforminta rizikos valdymo politika/procedūra, kur nurodyti veiksmai, kurių reikia imtis siekiant apsaugoti gydytojus ir personalą nuo galimų smurto atvejų įstaigoje.	
Paaiškinimas	• Darbuotojai yra informuoti, kaip bendrauti su agresyviai besielgiančiu pacientu. • Incidentai dėl smurto darbe yra registruojami ir tiriami pagal Darbo inspekcijos metodines rekomendacijas.	☐ Įstaigoje yra atmintinė darbuotojams, kaip bendrauti su agresyviai besielgiančiu pacientu ☐ Darbuotojų informavimas apie

		sudėtingų situacijų valdymą protokolai ☐ Apsaugos priemonės nuo smurto atvejų įstaigoje, pvz., vaizdo kameros, pavojaus skambutis
4.2.2.3. <u>Siektinas</u>	Įstaiga siūlo savo darbuotojams pasiskiepyti, kad jie galėtų tinkamai vykdyti savo pareigas ir būtų apsaugoti nuo išvengiamų infekcinių ligų.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Visi darbuotojai, tiesiogiai dalyvaujantys paciento priežiūroje ir/ar dirbantys su žmogaus krauju ar kūno skysčiais yra skiepijami dėl hepatito B ir tiriama dėl hepatito B antikūnų. - Kasmet siūloma gripo vakcinacija, kad būtų apsaugota nuo gripo perdavimo personalui ir pacientams ir sumažintas dėl gripo netektas darbo laikas.	☐ Įstaiga turi darbdavio lėšomis skiepijamų darbuotojų sąrašą (įvertinus pavojų darbuotojui užsikrėsti užkrečiamąja liga konkrečioje darbo vietoje). ☐ Įstaigoje sudaromos galimybės darbuotojus paskiepyti sezoninio gripo vakcina ☐ Yra

		paskirtas asmuo, atsakingas už darbuotojų skiepijimo organizavim ą
--	--	---

4.2.3. Rodiklis

Ekstremaliųjų situacijų valdymas.

Įstaiga turi pasirengimo, reagavimo ir atkūrimo procedūras gaisrų, avarijų ar kitų stichinių nelaimių atvejams.

Kriterijai		Reikalavim ų atitikimas / Įrodymai
4.2.3.1. <u>Būtinai</u>	Priešgaisrinės priemonės atitinka taisyklių reikalavimus.	
<i>Paaiškini mas</i>	- Įstaiga turi: - paskirtą asmenį, atsakingą už priešgaisrinę apsaugą ir jo pavaduotoją, - atitinkamos priešgaisrinės apsaugos priemonės yra reguliariai patikrinamos, - personalas yra supažindintas su priešgaisrinės apsaugos planu ir su patvirtinta evakuacijos schema.	☐ Už priešgaisrinę saugą atsakingo asmens pareigų aprašymas ☐ Priešgaisrinių apsaugos priemonių

		tikrinimo dokumentai ☐ Darbuotojų susipažinimo su priešgaisrinės saugos instrukcijomis dokumentai ☐ Evakuacijos schema paskelbta visose teisės aktais privalomose vietose
4.2.3.2. <u>Būtinai</u>	Įstaigos darbuotojai dalyvauja reguliariose priešgaisrinės saugos pratybose.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra patvirtintos priešgaisrinės saugos instrukcijos. • Darbuotojai pasirašytinai supažindinti su priešgaisrinės saugos instrukcijomis. • Įstaigoje galiojanti naujų darbuotojų instruktažo programa apima ir priešgaisrinės saugos mokymus. • Yra priešgaisrinių pratybų žurnalas. • Įstaigoje vykdomos pratybos padeda pagerinti priešgaisrinės saugos reikalavimų žinias.	☐ Įstaiga turi teisės aktų reikalavimus atitinkančias priešgaisrinės saugos instrukcijas ☐ Priešgaisrinės saugos pratybų tvarka, grafikas ir registravimo žurnalas

		☐ Darbuotojų supažindini mo su priešgaisrinė s saugos reikalavimai s dokumentai
4.2.3.3. <u>Būtinai</u>	Išstaigoje yra ekstremaliųjų situacijų valdymo planas, kuriame numatytas išstaigos reagavimas į katastrofas ar kitus įvykius bendruomenėje ir išstaigoje.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Išstaigos plane yra pateikta informacija ir rekomendacijos apie tai, ką daryti iš karto įvykus įvykiui, kaip palaikyti ryšius tarp vietos ir regionų veiksmų. - Yra planas apsaugoti pacientus ir darbuotojus avarijų bendruomenėje atveju, tokių kaip gaisras išstaigoje, potvynis, ilgalaikis energijos atjungimas ar pandemija. - Plane nurodyti darbuotojų veiksmai, atsakomybės ir prioritetai.	☐ Išstaiga turi ekstremaliųjų situacijų valdymo planą, apimančią išstaigos pasirengimą veikti, reagavimą ir veiklos atkūrimą ☐ Plane nurodytos atsakomybės ir veiksmai visiems darbuotojams ☐ Darbuotojų supažindini mo su planu dokumentai

		☐ Įstaigos informacinėje lentoje paskelbti pagrindiniai kontaktai, kur kreiptis ekstremaliosios situacijos atveju ☐ Įstaigoje yra kitų svarbių ekstremaliųjų situacijų valdančių įstaigų kontaktai
--	--	---

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 7 d. nutarimas Nr. 544 „Dėl darbų ir veiklos sričių, kuriose leidžiama dirbti darbuotojams, tik iš anksto patikrinusiems ir vėliau periodiškai besitikrinantiems, ar neserga užkrečiamosiomis ligomis, sąrašo ir šių darbuotojų sveikatos tikrinimosi tvarko patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. rugsėjo 2 d. nutarimas Nr. 1118 „Dėl Nelaimingų atsitikimų darbe tyrimo ir apskaitos nuostatų patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. balandžio 28 d. nutarimas Nr. 487 „Dėl Profesinių ligų tyrimo ir apskaitos nuostatų patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. spalio 20 d. nutarimas Nr. 1503 „Dėl Valstybinio ekstremaliųjų situacijų valdymo plano patvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. gegužės 5 d. įsakymas Nr. 85/233 „Dėl darboviečių įrengimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo“;
7. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 1999 m. lapkričio 24 d. įsakymas Nr. 95 „Dėl Saugos ir sveikatos apsaugos ženklų naudojimo darbovietėse nuostatų“;
8. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. 80/353 „Dėl darbuotojų apsaugos nuo biologinių medžiagų poveikio darbe nuostatų patvirtinimo“;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. kovo 6 d. įsakymas Nr. V-157 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos pasirengimo veiklos krizių ir ekstremaliųjų situacijų atvejais tobulinimo“;
10. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2003 m. gegužės 29 d. įsakymas Nr. 1V-193 „Dėl kriterijų įmonėms, įstaigoms bei organizacijoms, kurių vadovai turi baigti priešgaisrinės saugos mokymo programos kursą, patvirtinimo ir įgaliojimų suteikimo įgyvendinant Lietuvos Respublikos

priešgaisrinės saugos įstatymą“;

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. spalio 14 d. įsakymas Nr. V-716 „Dėl Darbuotojų, kurie skiepijami darbdavio lėšomis, profesijų ir pareigybių sąrašo patvirtinimo“;

12. Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamento prie Vidaus reikalų ministerijos direktoriaus 2005 m. vasario 18 d. įsakymas Nr. 64 „Dėl bendrųjų priešgaisrinės saugos taisyklių patvirtinimo ir kai kurių priešgaisrinės apsaugos departamento prie vidaus reikalų ministerijos ir Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamento prie vidaus reikalų ministerijos direktoriaus įsakymų pripažinimo netekusiais galios“;

13. Lietuvos Respublikos vyriausiojo valstybinio darbo inspektoriaus 2012 m. rugpjūčio 10 d. įsakymas Nr. V-240 „Dėl darbuotojų saugos ir sveikatos instrukcijų rengimo ir darbuotojų, darbdavių susitarimu pasiųstų laikinam darbui į įmonę iš kitos įmonės, instruktavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“;

15. Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamento prie Vidaus reikalų ministerijos direktoriaus 2010 m. balandžio 19 d. įsakymas Nr. 1-134 „Dėl kriterijų ūkio subjektams ir kitoms įstaigoms, kurių vadovai turi organizuoti ekstremaliųjų situacijų valdymo planų rengimą, derinimą ir tvirtinimą, ir ūkio subjektams, kurių vadovai turi sudaryti ekstremaliųjų situacijų operacijų centro, patvirtinimo“;

16. Metodika, kaip veikti ESS atvejais ambulatorines paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ) pagal MIMMS TPPT standartą. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės vertinimo ESS atvejais metodika. <http://www.essc.sam.lt/lt/new.html>.

4.3. Standartas

Kokybės tobulinimas

4.3.1. Rodiklis

Kokybės politika ir rizikos valdymas

Įstaiga valdo riziką, gerina kokybę ir užtikrina pacientų saugą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
4.3.1.1. <u>Siektinas</u>	Įstaiga dirba vykdydama savo veiklos misiją pagal įstaigos dydį ir veiklos apimtį, kuri yra valdymo, veiklos ir plėtros pagrindas visais lygiais įstaigoje.	
	• Įstaiga turi veiklos misiją, kuri apibrėžia įstaigos misiją, viziją, vertybes,	☐ Įstaiga turi numačiusi savo misiją/viziją ir tikslus

<i>Paaiškinimas</i>	strateginius tikslus, etiką bei elgesio kodeksą. • Veiklos misija yra skelbiama ir žinoma visiems: vadovams, darbuotojams ir visuomenei. • Vadovybė planuoja ir palaiko misijos įgyvendinimą. Įgyvendinimas apima visus valdymo lygius.	☐ Įstaigos informacinėje lentoje ir/ar tinklalapyje yra paskelbta įstaigos misija ☐ Įstaiga turi metinį veiklos planą
4.3.1.2. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi kokybės politiką ir organizacinę struktūrą, apibrėžiančią kokybės ir rizikos valdymo sistemą.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos kokybės politika minimaliai apibūdina tokius dalykus: - paaiškinimą, kaip kokybės politika palaiko įstaigos misiją, - vadovybės dalyvavimą kokybės darbe, - organizacinės struktūros aprašymą, - veiklas skatinti kokybės ir pacientų saugos kultūrą, - kompetencijos ugdymą kokybės srityje. • Įstaigos komanda yra susipažinusi su kokybės politika ir atitinkamai dirba.	☐ Įstaigos kokybės politika yra viešai paskelbta ☐ Įstaiga turi patvirtintą organizacinę struktūrą ☐ Įstaigos darbuotojai žino kokybės politiką
4.3.1.3. <u>Siektinas</u>	Įstaiga turi kokybės stebėsenos planą, padedantį siekti nustatytų kokybės politikos tikslų.	

<i>Paaiškinimas</i>	- Planas palaiko kituose standartuose apibrėžtą kokybės stebėseną. - Stebėseną apima klinikinę kokybę, organizacinę kokybę, paciento suvokiamą kokybę, nepageidaujamus įvykius, duomenų kokybę.	☐ Įstaiga turi kokybės stebėsenos planą su nurodytomis darbuotojų atsakomybėmis
4.3.1.4. <u>Siektinas</u>	Įstaigos darbuotojai yra apmokyti atpažinti rizikas ir jas kontroliuoti.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Rizika apima fizinius pavojus: problemas su įranga; kraujo ir kūno skysčių išsiliejimus, atliekas ar kitas infekcines medžiagas; paciento elgesį, kuris gali sukelti sužalojimus; problemas su vaistų išrašymu, tvarkymu, laikymu ar išdavimu ir pan. - Rizikas galima sumažinti: - stiprinant personalo klinikinės žinias ir įgūdžius, - gerinant bendravimą su pacientais, kitais sveikatos priežiūros teikėjais ir tarp šeimos gydytojo komandos narių, - įgyvendinant sistemas, padedančias sumažinti riziką, pavyzdžiui, tyrimų stebėsenos ir siuntimų valdymo, infekcijų kontrolės procedūras, konfidencialumo užtikrinimo ir pan.	☐ Rizikos valdymo personalo mokymo planas ☐ Mokymo plano įgyvendinimo dokumentai
4.3.1.5. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra nepageidaujamų įvykių pranešimų sistema nustatyti ir valdyti pavojingus ar potencialiai pavojingus nepageidaujamus reiškinius.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Nepageidaujamų įvykių pranešimų registras registruoja nepageidaujamus įvykius, kurie padarė ar galėjo padaryti žalą pacientui. - Yra rekomendacijos, kaip elgtis iš karto įvykus nepageidaujamam įvykiui. - Įstaiga laiku analizuoja	☐ Nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka ☐ Per dvejus metus užregistruotų ir ištirtų nepageidaujamų įvykių sąrašas ☐ Nepageidaujamų įvykių analizės dokumentai

	praneštus nepageidaujamus įvykius. • Įstaiga sudaro visų per paskutinius dvejus metus praneštų ir analizuotų nepageidaujamų įvykių sąrašą, pažymint, kokių veiksmų buvo imtasi ir koks tų veiksmų prevencinis poveikis. • Nepageidaujamų įvykių valdymo procesas yra naudojamas kaip ankstyva perspėjimo sistema, kad būtų išvengta rizikos ar ji sumažinta ir tokiu būdu pagerinta sauga įstaigoje.	
4.3.1.6. <u>Siektnas</u>	Darbuotojai laikosi įstaigos politikos/procedūros pranešti apie nepageidaujamus įvykius, kurie padarė ar galėjo padaryti žalą pacientui.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos darbuotojai gali parodyti, kaip nepageidaujami įvykiai yra naudojami kaip mokymosi galimybė ir kaip tai padeda sumažinti riziką ateityje. • Įvykių analizė gali išaiškinti gilumines priežastis, sukeliančias įvykį, kurias pašalinus sumažinama nepageidaujamų įvykių galimybei.	☐ Įstaigos padalinių susirinkimų, aptariančių nepageidaujamus įvykius, protokolai
4.3.1.7. <u>Siektnas</u>	Įstaiga ugdo saugos kultūrą ir mokosi iš visų su pacientų sauga susijusių įvykių, reikšmingų įvykių ir incidentų bei iš rekomendacijų ir išspėjimų, gaunamų iš kitų institucijų	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos darbuotojai dalyvauja reguliariuose aptarimuose saugos klausimais, kuriuose pristatomi audito duomenys, skundai, pacientų patirtis, pacientų saugos incidentai, jų tyrimai, kitų įstaigų patirtis pacientų saugos klausimais. • Susirinkimų sprendimai ir numatyti veiksmai protokoluojami ir su protokolais supažindinami atitinkami	☐ Nepageidaujamų įvykių ir skundų svarstymų protokolai

	darbuotojai. Taip pat registruojami veiksmai, kurie buvo numatyti, ir apie juos pranešama darbuotojams, kurie dalyvaus juos įgyvendinant. • Vyksta vadovaujančių darbuotojų susirinkimai, kurių metu numatomi pokyčiai saugai stiprinti. Susirinkimai protokoluojami. • Kasmet atliekama skundų analizė ar svarbių įvykių auditas, registruojant numatomus prevencinius veiksmus ir vertinant jų efektyvumą.	
--	--	--

4.3.2. Rodiklis

Akreditavimas ir nuolatinis kokybės tobulinimas

Įstaiga nuolat gerina savo pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas tokiose srityse, kaip įstaigos organizacinė struktūra, valdymas, klinikinė priežiūra.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
4.3.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra aiškiai nustatytos atskaitomybės ir atsakomybės skirtinguose įstaigos lygmenyse, skatinant saugos gerinimą ir klinikinės priežiūros kokybę.	
<i>Paiškinimas</i>	• Įstaiga turi paskirtą asmenį, atsakingą už kokybės tobulinimą.	☐ Už kokybės tobulinimą įstaigoje atsakingo asmens pareigų aprašymas
	• Įstaiga turi paskirtus vadovus, atsakingus už atskiras saugos ir kokybės tobulinimo sritis.	☐ Kokybės tobulinimo planai su paskirstytomis darbuotojų atsakomybėmis
	• Su informacija apie kokybės tobulinimą ir pacientų saugą supažindinami šeimos gydytojo komandos nariai siekiant, kad visa komanda dalyvautų tobulinant saugą ir kokybę.	☐ Darbuotojai žino įstaigos kokybės tobulinimo planus

4.3.2.2. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi pacientų saugos ir kokybės gerinimo planą, kuriame numatyti veiklos prioritetai ir už jų įgyvendinimą atsakingi asmenys.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Veiklos tobulinimo planuose yra detalai nurodomas laiko periodas įvykdymui ir sėkmės matai rezultatams vertinti. • Įstaiga laikosi patvirtinto plano ir, kur įmanoma, vykdo veiklos ciklą „planuok-daryk-tikrink-veik“. • Įstaiga vykdo kokybės analizės veiklas, tokias, kaip auditai, rutininiai duomenų patikrinimai, sveikatos istorijų analizė. • Įstaigos akreditavimas yra kokybės tobulinimo variklis, kai kolegos vertintojai suteikia naudingų idėjų įstaigos veiklai pagerinti. • Prioritetai grindžiami tokiais kriterijais, kaip didelė rizika, didelė apimtis ir didelės išlaidos.	☐ Įstaiga turi pacientų saugos ir kokybės tobulinimo planą su įvykdymo terminais ir paskirtais atsakingais asmenimis ☐ Planas periodiškai atnaujinamas
4.3.2.3. <u>Siektinas</u>	Įstaigos komanda nustato matuojamus uždavinius savo kokybės tobulinimo veiklai.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Kokybės tobulinimo uždaviniai yra matuojami, trumpalaikiai ir pranokstantys dabartinės veiklos ribas. • Uždaviniai turi būti konkretūs, pasiekiami, realistiniai ir terminuoti.	☐ Įstaigos kokybės tobulinimo plane numatyti matuojami kokybės uždaviniai
4.3.2.4. <u>Siektinas</u>	Įstaiga nustato rodiklius ir naudoja juos kiekvieno kokybės tobulinimo uždavinio pažangai stebėti.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Nustatomi konkrečios diagnozės pacientų rezultatų rodikliai ir sekami, matuojant klinikinę priežiūrą, pvz., prevencinės ankstyvosios diagnostikos priemonės, antrinė	☐ Kiekvienam uždaviniui pasiekti įstaiga turi nustačiusi konkrečius matuojamus rodiklius, kuriuos žino darbuotojai

	prevencija, klinikiniai rezultatai. • Sekami proceso matai siekiant įvertinti, kaip įstaiga teikia pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pvz., matai, susiję su prieinamumu, priežiūros tęstinumu, priežiūra po darbo valandų. • Rodikliai yra naudojami patikrinti, ar tobulinimo veiklos lėmė pokyčius ir ar pastarieji davė teigiamą rezultatą.	☐ Vykdoma rodiklių stebėseną
4.3.2.5. <u>Siektinas</u>	Įstaiga savo rodiklių rezultatus, vykdomas programas lygina su kitų panašių įstaigų rodikliais bei programomis, o gautą informaciją savalaikiai panaudoja savo įstaigos veiklai tobulinti.	
<i>Paiškinimas</i>	• Įstaiga gali dalyvauti profesinių organizacijų palyginimo programose, vertindama savo veiklą ir nustatydamą tobulinimo galimybes. • Įstaigos darbas sekti ir gerinti savo paslaugų kokybę yra integruotas į visą įstaigos kokybės tobulinimo veiklą, rizikos valdymą ir pacientų saugą.	☐ Įstaiga dalyvauja bendrose diskusijose su analogiškoms įstaigoms kokybės tobulinimo klausimais
		☐ Įstaiga seka kitų įstaigų oficialiai paskelbtus statistinius duomenis ir juos lygina su savo galimybėmis
		☐ Įstaigos darbuotojai pastoviai supažindinami su kokybės tobulinimo veikla, motyvuojant aktyviai joje dalyvauti

Teisės aktai:

1. Valstybinės akreditavimo tarnybos sveikatos priežiūros veiklai prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2004 m. rugpjūčio 5 d. įsakymas Nr. T1-136 „Dėl pranešimų apie neatitinkančius reikalavimų medicinos prietaisus (budra) pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl Privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo tvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-185 „Dėl Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) pateikimo tvarkos aprašo, Sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) formos ir Paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) formos patvirtinimo“.

V SKYRIUS ĮSTAIGOS IŠTEKLIAI

5.1. Standartas

Įstaigos patalpos

Įstaigos patalpos yra tinkamos, tenkinančios pacientų poreikius, užtikrinančios patogumą, saugumą ir privatumą.

5.1.1. Rodiklis

Įstaigos aplinka

Patekimas į įstaigą patogus visiems žmonėms, taip pat ir žmonėms su negalia ar specialiaisiais poreikiais.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.1.1.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigos iškaba yra aiški ir matoma	
<i>Paaškinimas</i>	- Išorinė iškaba yra aiški, matoma, suprantama ir lengvai perskaitoma per atstumą. - Išorinis apšvietimas užtikrina saugų patekimą į įstaigą, pvz., įėjimai yra gerai apšviesti bet kuriuo paros metu, nepriklausomai nuo sezoninių pokyčių.	☐ Įstaigos iškaba ryški ir aiški
		☐ Įstaigos išorėje suprantamai užrašytos įstaigos darbo valandos
		☐ Yra informacija kur kreiptis įstaigos nedarbo valandomis
		☐ Aikštelė prie įstaigos durų tamsiu paros metu apšviesta, užrašai įskaitomi
5.1.1.2. <u>Būtinai</u>	Žmonės, turintys judėjimo sunkumus, sutrikusią regą ar kitokią negalią gali lengvai patekti į įstaigos patalpas.	
<i>Paaškinimas</i>	Yra pagalbinės priemonės, padedančios patekti į įstaigą ir sudarytos sąlygos gauti paslaugas žmonėms su negalia (yra neįgaliųjų vežimėliai, turėklai, rampos, tinkamas apšvietimas, liftai ir kėdės su	☐ Prie įėjimo durų yra pandusas žmonėms su negalia ar specialiaisiais poreikiais
		☐ Įėjimo durys lengvai atsidaro

	porankiais, lengvai atidaromos įėjimo durys ar kita atitinkama įranga, kurios reikalauja Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas). Yra bent viena vieta, pacientams, laukiantiems konsultacijos neįgaliųjų vežimėlyje. Įstaigos viduje pakanka erdvės judėti sėdint neįgaliojo vežimėlyje, stumiant kėdę ar einant su vaikštyne.	☐ Jeigu įstaiga įsikūrusi per kelis aukštus yra liftas
		☐ Įstaigos viduje yra erdvės judėti neįgaliojo vežimėlyje, ar einant su vaikštyne
		☐ Įstaigoje yra pacientams skirtas atsarginis neįgaliojo vežimėlis ir/ ar vaikštyne
		☐ Netoli įėjimo į įstaigą yra automobilių parkavimo vietos žmonėms su negalia

5.1.2. Rodiklis

Įstaigos laukiamajame užtenka vietos ir pacientams, ir jų šeimos nariams

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.1.2.1.	Laukiamą plotą atitinka visų pacientų poreikiai (įskaitant ir neįgaliuosius bei turinčius specialiųjų poreikių).	
<u>Siektinas</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaigos laukiamasis pakankamo ploto, talpinantis įprastinį pacientų ir juos lydinčiųjų skaičių (ne mažiau 4 vietos vienam gydytojui dirbančiam pilną darbo dieną). - Laukiamasis erdvus, patogiai išdėstytos kėdės, veikia šildymo, apšvietimo, vėdinimo sistemos, nėra triukšmo, užtikrintas laukiančių pacientų saugumas. - Pacientams su negalia, pvz., sergant artritu ar turint problemų dėl klubo sąnario ligų yra bent viena speciali reguliuojamo aukščio kėdė su porankiais. - Įstaigoje yra tualetai tiek personalui, tiek pacientams ir neįgaliesiems. - Laukiamajame yra geriamojo vandens.	☐ Įstaigos laukiamasis erdvus ☐ Pakankamas sėdimų vietų skaičius (daugiau, negu 4) ☐ Yra vietos atvykus su vaikišku vežimėliu ☐ Laukiamajame yra sėdimos vietos neįgaliesiems pacientams ☐ Laukiamajame yra speciali reguliuojamo aukščio kėdė su porankiais ☐ Laukiamajame specialios kėdės pacientams su negalia pažymėtos specialiu ženklu ☐ Laukiamajame yra geriamojo vandens automatas ☐ Įstaigoje yra drabužinė lauko drabužiams ☐ Nuorodos į drabužinę aiškios ir

	• Yra drabužinė ar kiti įrengimai lauko drabužiams palikti.	suprantamos ☐ Drabužinės darbo laikas sutampa su įstaigos darbo laiku
5.1.2.2. <u>Siektingas</u>	Laukiamasis tenkina vaikų poreikius.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Laukiamajame yra vieta pacientams su vaikais.	☐ Įstaigos laukiamajame yra vaikų zona su žaislų įvairaus amžiaus vaikams
	• Yra žaislų, saugių visokio amžiaus vaikams.	☐ Žaislai yra saugūs, reguliariai valomi ir yra jų valymo grafikas
	• Žaislai reguliariai valomi.	☐ Žemai esantys elektros lizdai yra saugūs
	• Nesaugios kliūtys pašalintos, pvz., elektros lizdai turi apsauginius dangtelius, elektros laidai paslėpti, laiptai turi barjerus, ir t.t.).	☐ Įstaigoje esantys laiptai turi barjerus, turėklus
	• Įstaigoje yra vieta vystyklams pakeisti.	☐ Įstaigos laukiamajame yra nuoroda į vystyklų keitimo vietą
	• Laukiamajame yra vietos vaikiškiems vežimėliams.	☐ Laukiamajame yra vietos palikti vaikų vežimėlį
5.1.2.3. <u>Būtinai</u>	Laukiamajame yra informacijos pacientams apie įstaigos patalpų išdėstymą, įstaigos veiklą, šeimos gydytojo komandos narių darbo valandas.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Registratūra matoma nuo įėjimo arba informaciniai ženklai suprantamai nurodo jos vietą.	☐ Laukiamajame aiškūs informaciniai nurodomieji ženklai
	• Registratūroje yra darbuotojas visą įstaigos darbo laiką.	☐ Registratūra dirba visą įstaigos darbo laiką
	• Informacija apie įstaigoje dirbančius specialistus, jų darbo valandas, darbo kabinetus pateikta aiškiai ir suprantamai.	☐ Laukiamajame yra informacinė lenta
		☐ Visi pranešimai užrašyti aiškiai ir suprantamai
		☐ Lentoje surašyti įstaigoje dirbantys specialistai
		☐ Nurodyti sveikatos priežiūros specialistų darbo kabinetų numeriai
		☐ Nurodytas sveikatos priežiūros

		specialistų darbo laikas ☐ Laukiamajame yra nurodomieji ženklai su kabinetų numerių išsidėstymo tvarka (seka)
5.1.2.4. <u>Siektinas</u>	Laukiamajame yra įvairios informacinės medžiagos apie sveikatą.	
<i>Paiškinimas</i>	• Žurnalai, brošiūros, lankstinukai lengvai pasiekiami neįgaliesiems. • Informaciniuose lapeliuose ir plakatuose informacija nuolat atnaujinama. • Pacientai gali rasti svarbios informacijos apie sveikatą (brošiūros, kompiuteriai, vaizdo / garso įrašai ir pan.).	☐ Informacinė medžiaga išdėstyta laukiamajame visiems matomoje vietoje ☐ Rašytinė informacinė medžiaga yra naujausia, tvarkinga, lengvai skaitoma

5.1.3. Rodiklis

Apžiūros patalpoje užtikrinamas paciento patogumas ir privatumas bei informacijos konfidencialumas

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.1.3.1. <u>Būtinai</u>	Kiekviena patalpa yra patogi, užtikrinamas paciento privatumas.	
<i>Paiškinimas</i>	• Apžiūrų kabinetai: - pakankamai erdvūs, - vėdinami, - išlaiko tinkamą temperatūrą, kad pacientai galėtų nusirengti, - tinkamai apšviesti, yra bendras ir vietinis apšvietimas, - be triukšmo, kuris trukdo paciento ir gydytojo pokalbiui (pvz., triukšmas iš gatvės, radijas, kitų asmenų, esančių įstaigoje pokalbiai, ir pan.),	☐ Kabinetas erdvus ☐ Kabinete yra kėdė pacientui ir pacientą lydinčiam asmeniui ☐ Kabineto apšvietimas, temperatūra, garso izoliacija atitinka reikalavimus ☐ Apžiūrų kušetės yra saugaus aukščio ☐ Šalia kušetės yra suolelis, jei reikia ☐ Laukiamajame nesigirdi pokalbio su pacientu, į kabinetą kviečiamas tik vienas pacientas ☐ Kabinete užtikrintas paciento privatumas, kai reikia nusirengti

	- patogūs pacientams, (pvz., yra suoleliai kojoms, nėra jokių elektrinių lizdų be apsauginių dangtelių). • Apžiūrų kušetės yra saugaus aukščio ir turi papildomas priemones, pvz.: nešiojamus laiptelius, jei reikia. • Pokalbis su pacientu yra konfidencialus, laukiamajame ar kituose įstaigos kabinetuose nesigirdi. • Apžiūrų kabinete užtikrinamas pacientų privatumas, kai reikia nusirengti dėl klinikinio tyrimo ar apžiūros (pvz., tinkamos užuolaidos, ekranai, širmos).	(pvz., širma)
5.1.3.2. <u>Būtinai</u>	Registratūroje užtikrinamas paciento informacijos konfidencialumas.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos darbuotojai laikosi etikos kodekso rekomendacijų dėl nepriimtinių viešų pokalbių ir diskusijų apie pacientą. • Informacijos apie pacientą negalima pamatyti ar išgirsti viešose vietose. • Renkant informaciją apie pacientą registratūroje, naudojami įvairūs metodai konfidencialumui išsaugoti (pvz., foninė muzika, paaukštintas stalas, profesionaliai paruošti darbuotojai).	☐ Visi darbuotojai yra pasižadėję saugoti informaciją apie pacientą ☐ Registratūroje kitų laukiančių pacientų kėdės įrengtos tinkamu atstumu, kad nesigirdėtų pokalbio ☐ Ant registratoriaus stalelio nelaikomi pacientų medicininiai dokumentai
5.1.3.3. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje pakanka kanceliarinių priemonių teikti šeimos medicinos paslaugas	
<i>Paaiškinimas</i>	• Bent viena kompiuterinė darbo vieta su interneto prieiga. • Telefono linija.	☐ Įstaigoje įrengtos kompiuterinės darbo vietos ☐ Įstaiga turi internetinį ryšį ☐ Įstaigoje veikia telefoninis ryšys ☐ Įstaigoje yra galimybė padaryti

		dokumentų kopijas
--	--	-------------------

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas;
3. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. gegužės 5 d. įsakymas Nr. 85/233 „Dėl darboviečių įrengimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 1999 m. lapkričio 24 d. įsakymas Nr. 95 „Dėl Saugos ir sveikatos apsaugos ženklų naudojimo darbovietėse nuostatų“;
5. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro 2001 m. birželio 14 d. įsakymas Nr. 317 „Dėl STR 2.03.01:2001 „Statiniai ir teritorijos. Reikalavimai žmonių su negalia (ŽN) reikmėms“ patvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 23 d. įsakymas Nr. V-455 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 24:2003 „Geriamojo vandens saugos ir kokybės reikalavimai“ patvirtinimo“;
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. V-770 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 69:2003 „Šiluminis komfortas ir pakankama šiluminė aplinka darbo patalpose. Parametrų norminės vertės ir matavimo reikalavimai“ patvirtinimo“;
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 10 d. įsakymas Nr. V-362 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 35:2007 „Didžiausia leidžiama cheminių medžiagų (teršalų) koncentracija gyvenamosios aplinkos ore“ patvirtinimo“;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1081 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 42:2009 „Gyvenamųjų ir visuomeninių pastatų patalpų mikroklimatas“ patvirtinimo“;
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-632 „Dėl Leidimų-higienos pasų išdavimo taisyklių patvirtinimo“;
11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. spalio 4 d. įsakymas Nr. V-885 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 121:2010 „Kvapo koncentracijos ribinė vertė gyvenamosios aplinkos ore“ ir Kvapų kontrolės gyvenamosios aplinkos ore taisyklių patvirtinimo“;
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-604 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 33:2011 „Triukšmo ribiniai dydžiai gyvenamuosiuose ir visuomeninės paskirties pastatuose bei jų aplinkoje“ patvirtinimo“;
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-737 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47:2011 „Asmens sveikatos priežiūros įstaigos: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“;
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“;
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-520 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 98:2014 „Natūralus ir dirbtinis darbo vietų apšvietimas. Apšvietos mažiausios ribinės vertės ir bendrieji matavimo reikalavimai“ patvirtinimo“.

5.2. Standartas

Medicinos prietaisai

5.2.1. Rodiklis

Medicinos prietaisų valdymas

Įstaiga naudoja medicininius prietaisus, kurie yra saugūs, tvarkingai laikomi, prireikus pasiekiami ir tinkami visapusiškai paciento priežiūrai ir gaivinimui.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.2.1.1. <u>Būtinai</u>	Medicinos prietaisai, įskaitant prietaisus skubiai pagalbai svarbius prietaisus, yra saugūs, tinkami naudoti, nuolat prižiūrimi ir personalui lengvai prieinami.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga turi naujausią medicininių prietaisų sąrašą, kuriame nurodyta, kur prietaisai laikomi, kada atliekama jų techninė priežiūra, aptarnavimas. - Įstaiga turi visus būtinus prietaisus, kurie nurodyti Lietuvos medicinos normoje MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“. - Įstaiga gali parodyti, kad naudojamų prietaisų pakanka įprastai atliekamoms procedūroms. - Laikantis 2010 metų Elektrinės saugos taisyklių pacientams ir darbuotojams apsaugoti naudojami liekamosios srovės įtaisai. - Yra nustatyta tvarka visiems gydytojo krepšiams/nešiojamiems skubiosios pagalbos rinkiniams ir skubiosios pagalbos prietaisams, įskaitant vaistus, patikrinti ir prižiūrėti. - Skubiosios pagalbos ir gaivinimo įranga yra lengvai pasiekama ir saugoma vienoje vietoje, bet taip, kad nebūtų prieinama pašaliniais žmonėmis.	☐ Įstaiga gali pateikti medicininių prietaisų inventorinį sąrašą
		☐ Atliekama reguliari medicininių prietaisų priežiūra
		☐ Su medicininių prietaisais dirba tik apmokyti personalas
		☐ Įstaiga turi visus būtinus medicininius prietaisus, nurodytus MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ 1 priede.
		☐ Įstaiga turi medicininių prietaisų naudojimo instrukcijas prie kiekvieno prietaiso
		☐ Skubiosios pagalbos ir gaivinimo prietaisų laikymo vieta yra pažymėta ir žinoma personalui
5.2.1.2. <u>Būtinai</u>	Įstaigos personalas yra apmokyti naudoti turimus medicininius prietaisus.	

<i>Paaiškinimas</i>	• Personalas yra tinkamai apmokytas naudoti ir prižiūrėti prietaisus bei vertinti rezultatus. • Įstaigoje kasmet atliekami mokymai, siekiant priminti ir pagerinti darbuotojų reagavimą į kritines medicinines būkles.
	☐ Įstaiga turi atsakingą asmenį už medicinos prietaisų priežiūrą ☐ Darbuotojai yra apmokyti naudoti medicinos prietaisais

5.2.2. Rodiklis

Gydytojo krepšys

Įstaiga pasirūpina, kad kiekvienas šeimos gydytojas, vykdamas pas pacientus į namus turėtų gydytojo krepšį.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.2.2.1. <u>Būtinai</u>	Kiekvienas šeimos gydytojas, vykdamas pas pacientus į namus, įstaigoje gauna pilnai sukomplektuotą gydytojo krepšį skubiajai pagalbai ir įprastiems vizitams.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Gydytojo krepšio turinys, atitinka MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ reikalavimus. • Įstaiga turi nustatytą tvarką patikrinti medžiagų ir vaistų galiojimo laiką gydytojo krepšyje ir prireikus papildyti atsargas krepšyje. • Gydytojo krepšys laikomas tinkamai ir saugiai.	☐ Įstaigoje yra gydytojo krepšys, kurio sudėtis atitinka MN 14:2005 reikalavimus ☐ Įstaigoje yra paskirtas atsakingas asmuo už gydytojo krepšio priežiūrą ☐ Gydytojo krepšys laikomas pašaliniais nepasiekiamoje vietoje

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;

3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. sausio 19 d. įsakymas Nr. V-18 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 4:2009 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ ir Lietuvos medicinos normos MN 100:2009 „Aktyviųjų implantuojamųjų medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos energetikos ministro 2010 m. kovo 30 d. įsakymas Nr. 1-100 „Dėl saugos eksploatuojant elektros įrenginių taisyklių patvirtinimo“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. V-383 „Dėl Medicinos prietaisų instaliavimo, naudojimo ir priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“.

5.3. Standartas

Vaistai

5.3.1. Rodiklis

Įstaigoje turimų vaistų priežiūra

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.3.1.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra vaistų (įskaitant kontroliuojamus vaistus) kontrolės, apsaugos ir priežiūros sistema, atitinkanti teisės aktų reikalavimus.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaiga laikosi standartinės procedūros įsigyjant visus vaistus, naudojamus įstaigoje ar už jos ribų, taip pat ir vaistus gydytojo krepšiui. - Įstaigoje yra paskirtas asmuo ar asmenys, atsakingi už vaistų komplektaciją įstaigoje ir gydytojo krepšyje. - Įstaiga užtikrina, kad vaistai, vakcinos ir kitos medicinos priemonės nebūtų naudojami pasibaigus jų galiojimo laikui. - Gydytojo krepšys yra rakinamas, jis neprieinamas pašaliniams asmenims (gydytojo krepšys laikomas užrakintas spintoje ar kitoje viešai neprieinamoje vietoje įstaigoje, automobilyje ar namuose).	☐ Įstaiga turi patvirtintą vaistų įsigijimo procedūrą ☐ Įstaigoje yra atsakingas asmuo už vaistų priežiūrą ir jų papildymą ☐ Suvartotus vaistus atsakingas asmuo registruoja specialiaame žurnale ☐ Nekokybiški ir pasibaigusio galiojimo vaistai įstaigoje nenaudojami

5.3.1.2. <u>Būtinai</u>	Yra sistema, užtikrinanti vaistų skubiajai pagalbai prieinamumą ir priežiūrą.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra visi skubiajai pagalbai reikalingi vaistai (pirmosios medicinos pagalbos ir anafilaksinio šoko rinkinys).	☐ Įstaigoje yra pirmosios pagalbos vaistų rinkinys, atitinkantis teisės aktų reikalavimus
	• Yra nustatyta tvarka visų skubiosios pagalbos rinkinių turiniui kontroliuoti ir prižiūrėti, taip pat yra paskirtas už tai atsakingas asmuo.	☐ Įstaigoje yra anafilaksinio šoko vaistų rinkiniai gydytojo kabinetui ir gydytojo krepšiui
	• Yra skubiosios pagalbos anafilaksinio šoko vaistų rinkinys įstaigos viduje ir slaugytojams, vykstantiems pas pacientus į namus;	☐ Personalias žino, kur yra laikomi įstaigoje anafilaksinio šoko vaistų rinkinys
	• Po kiekvienos suteiktos skubiosios pagalbos, kai buvo naudoti vaistai, patikrinama, ar skubiosios pagalbos vaistų naudojimas buvo įrašytas į paciento ambulatorinę sveikatos istoriją.	☐ Įstaigoje yra nustatyta panaudotų vaistų registravimo tvarka
5.3.1.3. <u>Būtinai</u>	Kontroliuojami, ribojami ir receptiniai vaistai (jeigu tokie yra) laikomi saugiai, kontroliuojami ir tinkamai skiriami pagal teisės aktų reikalavimus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra turimų kontroliuojamų, ribojamų ir receptinių vaistų sąrašas.	☐ Įstaiga turi kontroliuojamų vaistų naudojimo ir apskaitos tvarką
	• Įstaigoje yra paskirtas asmuo prižiūrėti kontroliuojamus, ribojamus ir receptinius vaistus.	
	• Įstaigoje reguliariai atliekamas narkotinių vaistų patikrinimas.	

5.3.2. Rodiklis

„Šaltos grandinės" valdymas (Vakcinų veiksmingumas)

Įstaiga laikosi „šaltos grandinės“ reikalavimų vakcinų laikymui.

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas /	Įrodymai
5.3.2.1. <u>Būtinai</u>	Įstaigoje yra atsakingas asmuo už „šaltos grandinės“ valdymą.	
<i>Paiškinimas</i>	Asmens, atsakingo už „šaltos grandinės“ valdymą, atsakomybės yra apibrėžtos jo pareigų aprašyme ir jis gali papasakoti, kokios dabartinius reikalavimus atitinkančios priemonės naudojamos „šaltai grandinei“ valdyti.	☐ Įstaigoje yra paskirtas asmuo už „šaltos grandinės“ priežiūrą ☐ Šio asmens atsakomybė nurodyta jo pareigų aprašyme ☐ Personalas žino, kuris asmuo atsakingas už vakcinų priežiūrą
5.3.2.2. <u>Būtinai</u>	Vakcinos laikomos atskirame šaldytuve, kurio temperatūra sekama ir registruojama žurnale.	
<i>Paiškinimas</i>	- Įstaigoje yra atskiras šaldytuvas vakcinoms, kuriame nelaikomos jokios kitos medžiagos (nėra nei maisto, nei gėrimų ar kitų dalykų). - Yra asmuo, atsakingas už šaldytuvo priežiūrą ir temperatūros registravimą. - Kiekvienos dienos šaldytuvo temperatūra yra sekama ir registruojama žurnale. - Šaldytuve yra minimumo/maksimumo termometras ar elektroninis zondas ir jų tikslumas yra prižiūrimas. - Žurnale registruojama data, laikas, temperatūra ir veiksmai, kai reikia imtis priemonių pakeisti nenormalius termometro rodmenis.	☐ Įstaigoje yra atskiras šaldytuvas vakcinoms laikyti ☐ Šaldytuvas pažymėtas skiriamaisiais ženklais ☐ Paskirtas atsakingas asmuo už šaldytuvo priežiūrą ☐ Šaldytuvo temperatūra nuolat sekama ir registruojama
5.3.2.3.	Vakcinos yra galiojančios.	

<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Yra procedūra, kuri garantuoja, kad visų vakcinų galiojimo terminas yra nepasibaigęs (pvz., atsargų rotacijos sistema, užsakymo protokolai, tinkamas saugojimas).	☐ Įstaigoje yra vakcinų įsigijimo ir jų priežiūros tvarka
5.3.2.4.	Teisės aktų reikalavimai taikomi „šaltai grandinei“ skiepijant įstaigoje ir už jos ribų.	
<u>Būtinai</u>		
<i>Paaiškinimas</i>	• Yra procedūra išsaugoti „šaltos grandinės“ tęstinumą įstaigoje, transportuojant ir skiepijant ne įstaigoje, įskaitant perdavimo procesą tarp paskirtų šeimos gydytojo komandos narių. • Visi šeimos gydytojo komandos nariai yra supažindinti su vakcinų saugojimo „šaltos grandinės“ rekomendacijomis ir apie jų supažindinimą yra įrašas žurnale. • Skiepijimus atliekantys šeimos gydytojo komandos nariai turi atitinkamą pažymėjimą. • Yra avarinis planas dėl „šaltos grandinės“ incidentų ar elektros energijos tiekimo sutrikimų.	☐ Įstaigoje imunoprofilaktiką atlieka tik skiepijimo pažymėjimą turintys sveikatos priežiūros specialistai ☐ Įstaiga užtikrina šaltos grandinės išlaikymą, vykdant imunoprofilaktiką už įstaigos ribų

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. 112 „Dėl receptų rašymo ir vaistinių preparatų, medicinos priemonių (medicinos prietaisų) ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) vaistinėse gyventojams ir popierinių receptų saugojimo, išdavus (pardavus) vaistinius preparatus, medicinos priemones (medicinos prietaisus) ir kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones vaistinėje, taisyklių patvirtinimo“;
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. 468 „Dėl Imunoprofilaktikos atlikimo taisyklių patvirtinimo“;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinių ir pirmosios pagalbos rinkinių“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 13 d. įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Vaistinių preparatų laikymo ir įtraukimo į apskaitą asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašo patvirtinimo“;
6. Rekomendacijos dėl reikalavimų „šalčio grandinei“, saugiam vakcinų naudojimui ir teisingai skiepijimo praktikai, 2005, www.ulac.lt 2005-04-01 Nr. 1.7-214 (metodinės rekomendacijos).

5.4. Standartas

Žmogiškieji ištekliai

Įstaigoje užtikrintas efektyvus žmogiškųjų išteklių valdymas.

5.4.1. Rodiklis

Įstaiga turi pakankamai žmogiškųjų išteklių saugiai ir kokybiškai pirminei asmens sveikatos priežiūrai teikti

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.4.1.1. <u>Būtinai</u>		
Paaiškinimas	Darbuotojų skaičių apsprendžia prisirašiusiųjų prie įstaigos pacientų skaičius, teikiamų paslaugų skaičius bei kiti teisės aktai	☐ Minimalus šeimos gydytojų skaičius atitinka teisės aktų reikalavimus
		☐ Įstaiga turi nusistačiusi kitų klinikinių ir neklinikinių darbuotojų sudėtį pagal prisirašiusiųjų pacientų skaičių bei pagal pacientų ir bendruomenės poreikius (pvz., sergamumas)
5.4.1.2. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi galiojantį civilinės atsakomybės draudimą	
Paaiškinimas	Atsakingas asmuo gali pateikti galiojantį civilinės atsakomybės draudimo pažymėjimą	☐ Įstaigoje yra atsakingas asmuo, kuris rūpinasi dėl civilinės atsakomybės draudimo

5.4.2. Rodiklis

Visi klinikinės komandos nariai įstaigoje yra išsilavinę, kvalifikuoti ir turi galiojančias licencijas

Kriterijai	Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
------------	--------------------------------------

5.4.2.1. <u>Siektinas</u>	Ištaigoje yra nustatyti reikalavimai pareigybėms, kuriose apibrėžiamas reikalingas išsilavinimas, kvalifikacijos, įgūdžiai ir kompetencijos.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Tipiniai pareigybių aprašymai apima pareigybės santrauką, kvalifikacijas, įgūdžius ir kompetencijas, reikalingas tai pareigybei užimti; darbo pobūdžio ir tipo aprašymą, nurodant pavaldumo santykius.	☐ Ištaiga turi pareigybių sąrašą ☐ Ištaiga turi tipinius pareigybių aprašymus
5.4.2.2. <u>Būtinąs</u>	Visi darbuotojai ištaigoje turi pareigų aprašymus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Pareigų aprašymai apibrėžia reikalaujamą išsilavinimą, kvalifikacijas, įgūdžius ir kompetencijas, darbo pobūdžio ir tipo aprašymą, pagrindines užduotis, pavaldumo santykius ir metinio vertinimo datas. • Ištaigos vadovybė gali pateikti visų darbuotojų pareigų aprašymus. • Visi darbuotojai gali papasakoti apie savo vaidmenį ištaigoje.	☐ Visi darbuotojai turi savo pareigų aprašymus ☐ Pareigų aprašymai periodiškai peržiūrimi ir įrašoma patikrinimo data ☐ Darbuotojų pareigų aprašymų vienas egzempliorius yra darbuotojo byloje, o kitas - pas darbuotoją ☐ Kiekvienas darbuotojas gali paaiškinti, koks yra jo darbas
5.4.2.3. <u>Būtinąs</u>	Kasmet ištaiga patikrina, ar kiekvienas šeimos gydytojo komandos narys turi reikalingas kvalifikacijas, įskaitant atnaujintas licencijas, registraciją, sertifikatus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Ištaigos vadovybė registruoja ir kasmet peržiūri šeimos gydytojo komandos narių reikalingas kvalifikacijas, galiojančius sertifikatus. • Ištaigoje yra procesas patikrinti kitų, įstatymu nereguliuojamų darbuotojų kvalifikacijas, tokių, kaip pagalbiniai darbuotojai, sekretoriai ir administracijos personalas.	☐ Atsakingi darbuotojai atnaujina specialistų asmens bylas ☐ Ištaigoje yra atsakingas darbuotojas, kuris periodiškai peržiūri visų darbuotojų asmens bylas, įskaitant licencijų galiojimą, jų atnaujinimą bei tobulinimosi reikalavimus

5.4.3. Rodiklis

Įstaiga turi žmogiškųjų išteklių politikas/procedūras

Įstaigos turi žmogiškųjų išteklių politikos/procedūros atitinka teisės aktų reikalavimus.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas / Įrodymai
5.4.3.1. <u>Būtinai</u>	Įstaiga laikosi teisės aktų reikalavimų dėl įdarbinimo, atleidimo bei darbo drausmės pažeidimų.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigos vadovybė turi sistemą prižiūrėti darbo sutartis. • Kiekvienas įstaigos darbuotojas turi pasirašytą darbo sutartį, kurioje nurodytos darbo sutarties sąlygos, įskaitant pavaduojančius darbuotojus. • Kiekvienam darbuotojui yra vedama asmens byla, kurioje yra informacija apie parinkimo procesą, darbo sutartį, kvalifikacijas ir licencijas, jeigu taikoma; įvadinį instruktažą ir kvalifikacijos tobulinimąsi.	☐ Su kiekvienu įstaigos darbuotoju sudaroma darbo sutartis, vadovaujantis galiojančiais teisės aktais ☐ Kiekvienam įstaigos darbuotojui vedama asmens byla ☐ Atsakingi darbuotojai seka asmens byloje esančių dokumentų galiojimo terminus
5.4.3.2. <u>Siektinas</u>	Įstaigoje yra dokumentais įforminta darbo vietų politika, įskaitant darbuotojų paieškos, išlaikymo ir paskyrimo kriterijus.	
<i>Paaiškinimas</i>	• Įstaigoje yra procedūrų vadovas, apimantis įstaigos administracines politikas/procedūras. Personalias gali susipažinti su šiuo vadovu. • Įstaiga reguliariai peržiūri savo darbuotojų paieškos ir išlaikymo strategijas ir prireikus jas keičia.	☐ Įstaigoje yra patvirtinta personalo valdymo politika, kuri periodiškai atnaujinama
5.4.3.3. <u>Būtinai</u>	Įstaiga turi įvadinio instruktažo sistemą supažindinti naujus šeimos gydytojus ir kitus komandos narius su įstaiga, jų vaidmenimis ir atsakomybėmis.	

<i>Paaiškinimas</i>	- Naujiems įstaigos darbuotojams, įskaitant laikinus darbuotojus ir pavaduojančius asmenis, yra supažindinimo su įstaiga vadovas (kokybės vadovas). Vadove yra aprašyta įstaigos misija, vizija ir vertybės, tikslai ir uždaviniai; vaidmenys, atsakomybės ir veiklos lūkesčiai; politikos ir procedūros, įskaitant konfidencialumą; saugą ir pasirėngimą avarijoms; kokybės tobulinimas; darbo sąlygas remiančios iniciatyvos; pacientų ir darbuotojų saugą remiančios iniciatyvos ir iniciatyvos, kurios skatina daugiadisciplininį komandinį darbą ir komunikaciją. - Įstaigos vadovybė užtikrina ir registruoja darbuotojų supažindinimą.	☐ Įstaiga turi darbuotojų įvadinio instruktažo tvarką ☐ Įvadinis instruktažas pravedamas visiems naujai priimamiems darbuotojams ☐ Yra naujų darbuotojų instruktažo dokumentai
5.4.3.4. <u>Siekimas</u>	Įstaiga reguliariai vertina ir įformina dokumentais kiekvieno komandos nario veiklą objektyviu, interaktyviu ir teigiamu būdu ir šią informaciją įrašo į jų asmens bylą.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Įstaigos vadovybė turi darbuotojų veiklos vertinimo sistemą, kuri apima numatytas vertinimo datas, faktines vertinimo datas, rezultatus ir veiklos planus (įskaitant nuolatinio profesinio tobulėjimo planus). - Vertindami veiklą, komandos vadovai įvertina komandos nario sugebėjimus vykdyti nustatytas atsakomybes, apsveria komandos nario stipriąsias puses, sritis tobulėti ir jo įnašą į pacientų saugą bei kitas pareigų aprašyme nurodytas sritis.	☐ Įstaigoje yra reguliaraus darbuotojų vertinimo tvarka ☐ Darbuotojai supažindinti su šia tvarka ☐ Vertinimo išvada įdedama į darbuotojo asmens bylą
5.4.3.5. <u>Būtinai</u>	Įstaiga seka visų personalo narių nuolatinį profesinį tobulėjimą ir kompetencijos išlaikymą.	
<i>Paaiškinimas</i>	- Kiekvienas komandos narys turi profesinio tobulėjimo planą, kuris laikomas jo asmens byloje. - Įstaiga pastoviai ugdo ir moko visus darbuotojus naudodamasi mokymo galimybėmis pačioje įstaigoje ir už jos ribų.	☐ Įstaiga turi darbuotojų metinį tobulinimosi planą įstaigoje ir už jos ribų ☐ Visų darbuotojų asmens bylose yra jų tobulinimosi planai

5.4.3.6.	Įstaiga remia komandos narių nuolatinį profesinį tobulėjimą.	
<u>Siekimas</u>		
<i>Paiškinimas</i>	- Bent 5 darbo dienos metuose įstaigoje skiriamos nuolatiniam profesiniam tobulėjimui ir palaikomos įstaigos. - Įstaigos darbuotojams yra prieinama visa eilė mokomųjų šaltinių nuorodų (priėjimas prie Interneto, knygos, žurnalai ir t.t.) - Įstaigoje organizuojamos kolegų vertinimo profesinės grupės.	☐ Įstaiga turi darbuotojų tobulinimosi tvarką
		☐ Įstaiga skiria lėšų darbuotojų tobulinimuisi
		☐ Įstaiga suteikia galimybę darbuotojams naudotis naujausia medicinine literatūra
		☐ Įstaigos vadovybė teikia darbuotojams informaciją apie tobulinimosi galimybes

5.4.4. Rodiklis

Įstaigos darbuotojai derina darbą ir veiklą namuose

Įstaigos darbuotojai derina darbą ir veiklą namuose; remiama nepilna darbo diena ir lanksčios darbo valandos, tėvystės poreikiai įtraukiami į darbo planavimą.

Kriterijai		Reikalavimų atitikimas /
		Įrodymai
5.4.4.1.	Įstaigoje išlaikoma sveika pusiausvyra tarp darbo ir veiklos namuose.	
<u>Siekimas</u>		
<i>Paiškinimas</i>	- Įstaigos vadovybė: - palaiko nepilną darbo dieną ir lanksčias darbo valandas, kai reikia, - motinystės ir tėvystės poreikius įtraukia į kasdieninio darbo planavimą, - užtikrina, kad darbo valandos ir darbuotojų išdėstymas būtų pusiausvyroje su	☐ Įstaiga turi lanksčią darbo grafiko sudarymo tvarką, atsižvelgiant į darbuotojų poreikius
		☐ Įstaiga turi atostogų skyrimo tvarką pagal teisės aktų reikalavimus
		☐ Įstaiga reguliariai apklausia darbuotojus dėl jų pasitenkinimo darbo bei poilsio sąlygomis

	pacientų ir paslaugų teikėjų poreikiais (pvz., ankstyvos ar vakarinės darbo valandos), - vadovybė gali pateikti Žmogiškųjų išteklių vadovą, kuriame nurodytas atostogų, laisvalaikio, nedarbingumo, nuolatinio profesinio tobulėjimo, motinystės ir tėvystės atostogų laikas ir t.t., - vadovybė gali pateikti darbuotojų pasitenkinimo apklausos rezultatus šiais klausimais.	☐ Darbuotojų pasitenkinimo apklausų rezultatai naudojami darbo sąlygų gerinimui
--	---	---

Teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas;
3. Lietuvos Respublikos Darbo kodeksas;
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. kovo 18 d. įsakymas Nr. 132 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimo ir jo finansavimo tvarkos“;
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 27 d. įsakymas Nr. V-396 „Dėl medicinos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“;
6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“;
7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“;
8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-363 „Dėl Pavyzdinio pareigybių sąrašo, kuriuo vadovaujantis biudžetinėse įstaigose ir organizacijose darbuotojai priskiriami sveikatos priežiūros specialistams patvirtinimo“;
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymas Nr. V-717 „Dėl Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“;
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1088 „Dėl Slaugos praktikos licencijavimo taisyklių patvirtinimo“.

VI SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

6. Įstaigos teikiamos šeimos medicinos paslaugos vertinimas atliekamas vadovaujantis Nacionalinių akreditavimo standartų šeimos medicinos paslaugai priede nustatytais kriterijais.

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS TEIKIAMOS ŠEIMOS MEDICINOS PASLAUGOS VERTINIMO KRITERIJAI

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nuostatų, patvirtintų Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 7 d. įsakymu Nr. 280 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nuostatų patvirtinimo“, nustatyta tvarka priima sprendimą akredituoti Įstaigą šeimos medicinos paslaugai, atsisakyti akredituoti Įstaigą šeimos medicinos paslaugai, numatant papildomą Įstaigos teikiamos šeimos medicinos paslaugos vertinimą arba atsisakyti akredituoti Įstaigą teikiamai šeimos medicinos paslaugai, vadovaudamasi šiais kriterijais:

1. akredituoti Įstaigą šeimos medicinos paslaugai, jeigu paslauga atitinka ne mažiau kaip 85 % būtinų ir 65 % siektinų Nacionalinių akreditavimo standartų šeimos medicinos paslaugai kriterijų;
 2. atsisakyti akredituoti Įstaigą šeimos medicinos paslaugai, numatant papildomą Įstaigos teikiamos šeimos medicinos paslaugos vertinimą, jeigu paslauga atitinka ne mažiau kaip 75 % būtinų ir 55 % siektinų Nacionalinių akreditavimo standartų šeimos medicinos paslaugai kriterijų, bet neatitinka šių kriterijų 1 punkte nurodytų sąlygų;
 3. atsisakyti akredituoti Įstaigą teikiamai šeimos medicinos paslaugai, jeigu paslauga atitinka mažiau nei 75 % būtinų ir 55 % siektinų Nacionalinių akreditavimo standartų šeimos medicinos paslaugai kriterijų po vertinimo vietoje arba mažiau nei 85 % būtinų ir 65 % siektinų Nacionalinių akreditavimo standartų šeimos medicinos paslaugai kriterijų po papildomo vertinimo.
-

PATVIRTINTA

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriaus 2016 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. T1-233

**(Prašymo įvertinti šeimos medicinos paslaugos atitiktį Nacionaliniams akreditavimo standartams
šeimos medicinos paslaugai forma)**

(įstaigos pavadinimas)

(įstaigos duomenys)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros
veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos

**PRAŠYMAS
ĮVERTINTI ŠEIMOS MEDICINOS PASLAUGOS
ATITIKTĮ NACIONALINIAMS AKREDITAVIMO STANDARTAMS ŠEIMOS MEDICINOS
PASLAUGAI**

(data)

Nr. _____

(sudarymo vieta)

Prašau įvertinti
(įstaigos pavadinimas, veiklos adresu)

šeimos medicinos paslaugos atitiktį Nacionaliniams akreditavimo standartams šeimos medicinos
paslaugai ir išduoti įstaigos akreditavimo pažymėjimą.

Patvirtinu, kad įstaigai yra išduota įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija, suteikianti teisę teikti
šeimos medicinos paslaugą, veiklos adresu(-ais):

PRIDEDAMA:

1. Duomenys apie asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir šeimos medicinos paslaugos apimtį,lapų;
2. Klausimynas pacientams, vokų;
3. Klausimynas asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojams,....vokų;
4. Šeimos medicinos paslaugos atitikties Nacionaliniams akreditavimo standartams šeimos medicinos
paslaugai įsivertinimo duomenys, lapų.

(įstaigos vadovo ar įgalioto
asmens pareigų pavadinimas)

A.V.

(parašas)

(vardas ir pavardė)

PATVIRTINTA

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriaus 2016 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. T1-233

(Duomenų apie asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir šeimos medicinos paslaugos apimtis forma)

**DUOMENYS APIE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGĄ IR ŠEIMOS
MEDICINOS PASLAUGOS APIMTIS**

(Pildymo data)

A. Įstaigos apibūdinimas

Pavadinimas, adresas	
Veiklos adresai	
Vadovas, vardas, pavardė, tel. Nr., el. p. adresas	
Vidaus medicininio audito vadovas: vardas, pavardė, tel. Nr., el. p. adresas	
Asmuo, atsakingas už akreditavimą įstaigoje: vardas, pavardė, tel. Nr., el. p. adresas	

Įstaigos misija, vizija, vertybės

Misija	
Vizija	
Kokybės politika	
Tikslai	
Vertybės	

Įstaigoje dirbantys specialistai

Šeimos gydytojas / vardas, pavardė / licencijos Nr.	Specialisto darbo vieta (veiklos adresas ir darbo krūvis (dirba pilnu etatu ar nepilnu)	Aptarnaujamų (prisirašiusių) pacientų skaičius	Papildomos pareigos/funkcijos
1.			
2.			
...			
Vidaus ligų gydytojas (jei dirba komandoje) / vardas, pavardė / licencijos Nr.			
1.			
2.			
....			
Vaikų ligų gydytojas (jei dirba komandoje) /vardas, pavardė / licencijos Nr.			
1.			
2.			
....			
Gydytojo akušeris ginekologas (jei dirba komandoje) /vardas, pavardė / licencijos Nr.			
1.			
2.			
....			
Gydytojas chirurgas (jei dirba komandoje) /vardas, pavardė / licencijos Nr.			
1.			
2.			
....			
Bendrosios praktikos slaugytojas (-ai) /vardas, pavardė / licencijos Nr.			
1.			
2.			
....			
Bendruomenės slaugytojas (-ai) / vardas, pavardė / licencijos Nr.			

1.			
2.			
....			
Akušėris / vardas, pavardė / licencijos Nr.			
1.			
2.			
....			
Kitas personalas / vardas, pavardė / licencijos Nr. / pareigos			
1.			
2.			
....			

Prie įstaigos prisirašę pacientai

Amžius	<1 m.	1–4 m.	5–6 m.	7–17 m.	18–49 m.	50–65 m.	>65 m.	Iš viso
Skaičius								
Moterys								
Vyrai								
Kaimo gyventojai								
Miesto gyventojai								

Lėtinėmis ligomis sergančių pacientų skaičius

Cukrinis II tipo diabetas	
Širdies – kraujagyslių ligos	
Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	
Dvi ir daugiau lėtinės ligos	

B. Paslaugų apimtys

Metinis apsilankymų skaičius	
Bendras gydytojų konsultacijų namuose skaičius	
Bendras slaugos paslaugų namuose skaičius	
Slaugos paslaugų namuose skaičius vienam pacientui	

C. Per paskutinius 3 metus gauti skundai

<i>20.... m. gauta rašytinių skundų, iš viso</i>	
Trumpa skundų esmė:	
Nagrinėtų skundų išvados:	
Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo išmokos:	
<i>20.... m. gauta rašytinių skundų, iš viso</i>	
Trumpa skundų esmė:	
Nagrinėtų skundų išvados:	
Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo išmokos:	
<i>20.... m. gauta rašytinių skundų</i>	
Trumpa skundų esmė:	
Nagrinėtų skundų išvados:	
Civilinės atsakomybės už pacientams padarytą žalą draudimo išmokos:	

D. Įstaigos papildoma informacija

<i>Įstaigos ypatybės, į kurias įstaiga norėtų atkreipti dėmesį</i>

(įstaigos vadovo ar įgalioto
asmens pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

PATVIRTINTA

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos
direktorius 2016 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. T1-233

(Klausimyno pacientams forma)

KLAUSIMYNAS PACIENTAMS

Tema ir klausimai	Sutinku	Nesutinku	Neturiu patirties
Prieinamumas prie paslaugų			
1. Aš galiu gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių man reikia, tada, kai man jų reikia.			
2. Kai aš negaliu gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugų iš karto, man pasako, kiek ilgai turėsiu laukti. <i>(Turi iš karto registratūra užregistruoti, neliepdama kreiptis dar kartą.)</i>			
3. Kai man reikia kitų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, man pasako, kokios yra galimybės jas gauti ir kur dėl jų kreiptis.			
Į pacientą orientuota priežiūra			
4. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, elgiasi pagarbiai ir rūpestingai.			
5. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, padeda man suprasti, kokia yra mano sveikatos būklė ir kokius aš turiu sveikatos priežiūros ar gydymo pasirinkimus.			
6. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, atsako į mano klausimus ir suteikia informaciją, kai man jos reikia.			
7. Kai man reikia pagalbos suprasti kalbą ar kitą informaciją apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pagalba man suteikiama.			
8. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, skatina mane dalyvauti nusprendžiant dėl mano asmens sveikatos priežiūros paslaugų.			
9. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, prieš pradėdami bet kokią gydymą ar medicininę procedūrą, įsitikina, kad aš su tuo sutinku.			
10. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, padeda man išmokti, kaip saugiai rūpintis savimi.			
11. Aš pasitikiu man asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmenų sugebėjimais.			
12. Aš manau, kad asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, manimi rūpinasi gerai.			
Gydymo vaistais valdymas			
13. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, klausia, kokius vaistus aš vartoju.			
Fizinė aplinka			
14. Patalpos, kur man teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, yra švarios ir patogios. (Jeigu paslaugos teikiamos namuose, pažymėkite, kad „netaikytina“.)			
15. Aš jaučiuosi saugus (-i) patalpose, kur man teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. (Jeigu paslaugos teikiamos namuose, pažymėkite, kad „netaikytina“.)			

Infekcijų prevencija ir kontrolė			
16. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, plaunasi rankas ar apsimauna pirštines prieš mane apžiūrėdami ar atlikdami procedūrą.			
17. Asmenys, kurie man teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kalba su manimi apie būdus, kaip išvengti infekcijų, pavyzdžiui, nusiplauti rankas ar kosint prisidengti rankove.			

Pastabos:

1. Atsakymus į klausimus žymėkite „+“.
2. Klausimynus turi užpildyti 10 proc. prisirašiusių prie įstaigos pacientų.
3. Klausimynus pacientams pateikite kartu su vokais, į kuriuos jie sudės savo atsakymus ir juos užklijuos.

Užklijuotus vokus įmes į tam skirtą apklausų dėžutę. Gautus pacientų atsakymus užklijuotuose vokuose pateikite Akreditavimo tarnybai.

PATVIRTINTA

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. T1- 233

(Klausimyno asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojams forma)

KLAUSIMYNAS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS DARBUOTOJAMS

Klausimas	Kokia jūsų patirtis			Negaliu atsakyti
1.Ar Jūsų įstaiga anksčiau dalyvavo akreditavime?	☐ Mano įstaiga neturi patirties su akreditavimu ar ji minimali	☐ Mano įstaiga yra dalyvavusi akreditavimo ar sertifikavimo programose (pvz., ISO)	☐ Mano įstaiga anksčiau dalyvavo akreditavime	☐ Klausimas netaikytinas mano įstaigai ☐ Klausimas netaikytinas mano darbui ☐ Nesuprantu klausimo ☐ Nežinau atsakymo į šitą klausimą
2.Ar Jūs dalyvavote kokiuose nors mokymuose apie akreditavimą?	☐ Tai yra pirma galimybė mūsų įstaigai gauti mokymą akreditavimo klausimais	☐ Mano įstaigoje vyko mokymas apie akreditavimą, bet reikia daugiau	☐ Mano įstaigoje vyko daug mokymų apie akreditavimą	☐ Klausimas netaikytinas mano įstaigai ☐ Klausimas netaikytinas mano darbui ☐ Nesuprantu klausimo ☐ Nežinau atsakymo į šitą klausimą
3. Ar Jūsų įstaigoje yra asmuo, kuris koordinuos akreditavimo procesą?	☐ Mano įstaiga nėra paskyrusi asmens, atsakingo už akreditavimo proceso koordinavimą	☐ Keletas žmonių dalyvauja akreditavimo koordinavimo veikloje, bet nėra aišku, kas atsakingas	☐ Mano įstaigoje yra paskirtas vienas asmuo, atsakingas už akreditavimo procesą (akreditavimo koordinatorius)	☐ Klausimas netaikytinas mano įstaigai ☐ Klausimas netaikytinas mano darbui ☐ Nesuprantu klausimo ☐ Nežinau atsakymo į šitą klausimą
4.Ar Jūsų įstaigoje	☐ Įstaigoje nevyksta	☐ Įstaigoje vyksta viso personalo	☐ Įstaigoje vyksta viso personalo	☐ Klausimas netaikytinas mano

organizuojami personalo mokymai apie kokybės gerinimo veiklas?	mokymai kokybės gerinimo, veiklos efektyvumo valdymo ar akreditavimo naudos klausimais	mokymai keliomis, bet ne visomis nurodytomis temomis: kokybės gerinimo principai, veiklos efektyvumo valdymas ir akreditavimo nauda	mokymai tokiomis temomis: kokybės gerinimo principai, veiklos efektyvumo valdymas ir akreditavimo nauda	įstaigai ☐ Klausimas netaikytinas mano darbui ☐ Nesuprantu klausimo ☐ Nežinau atsakymo į šitą klausimą
5. Ar įstaiga yra sudariusi veiklos planą akreditavimui pasiekti?	☐ Įstaiga dar nėra sudariusi veiklos plano	☐ Įstaigoje yra sukurtas veiklos planas, kuriame yra įsivertinimo ir vertinimo vietoje procesų laiko grafikas	☐ Įstaiga turi komunikacijos strategiją su veiklos planu supažindinti visą personalą	☐ Klausimas netaikytinas mano įstaigai ☐ Klausimas netaikytinas mano darbui ☐ Nesuprantu klausimo ☐ Nežinau atsakymo į šitą klausimą

Pastabos:

1. Atsakymus į klausimus žymėkite „+“.
2. Klausimynus turi užpildyti visi šeimos medicinos paslaugas įstaigoje teikiantys asmens sveikatos priežiūros specialistai.
3. Klausimynus įteikite su vokais, į kuriuos jie sudės savo atsakymus ir juos užklijuos. Užklijuotus vokus įmes į tam skirtą apklausų dėžutę. Užklijuotus vokus su atsakymais pateikite Akreditavimo tarnybai.

PATVIRTINTA

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2016 m. vasario 22 d. įsakymu Nr. T1-233

(Šeimos medicinos paslaugos atitikties Nacionaliniams akreditavimo standartams šeimos medicinos paslaugai įšivertinimo duomenų forma)

ŠEIMOS MEDICINOS PASLAUGOS ATITIKTIES NACIONALINIAMS AKREDITAVIMO STANDARTAMS ŠEIMOS MEDICINOS PASLAUGAI ĮŠIVERTINIMO DUOMENYS

1 skyrius

Pacientų teisės ir poreikiai

1.1. Standartas

Teisinga ir pacientą gerbianti sveikatos priežiūra

1.1.1. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda laikosi Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (toliau – „Įstatymas“).

Kriterijus	Įstaigos įšivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.1.1.1. Būtinai			
Įstaigoje yra „Įstatymo“ kopija, kurią gali paskaityti visi darbuotojai.			
Įstaiga turi įstatymo kopiją.			
Darbuotojai yra susipažinę su Įstatymu ir žino pacientų teises.			
Darbuotojai žino, kur įstaigoje yra laikoma Įstatymo kopija.			
Darbuotojai gali pasižiūrėti Įstatymą, kai tik prireikia.			
1.1.1.2. Būtinai			
Įstaiga turi dokumentuotą ir įgyvendintą pacientų teisių politiką/ procedūras.			
Įstaiga turi dokumentą(-us), apibrėžiantį (-čius) pacientų teisių įgyvendinimą.			
Darbuotojai yra susipažinę su dokumentu (-ais).			
Darbuotojai laikosi dokumentų, apibrėžiančių pacientų teisių įgyvendinimą.			
Darbuotojai žino, kur įstaigoje			

laikomas (-i) dokumentas (-ai).			
Darbuotojai gali pasižiūrėti dokumentą (-us), kai tik prireikia.			
1.1.1.3. Būtinai Pacientų teisių politika yra stebima ir peržiūrima bent kartą per penkerius metus.			
Įstaiga turi paskirtą asmenį, atsakingą už politikos/procedūrų laikymosi stebėseną ir peržiūrėjimą.			
Atsakingas asmuo seka teisės aktų, susijusių su pacientų teisėmis, pakeitimus/papildymus.			
Atsakingas asmuo esant reikalui, peržiūri politiką/procedūras, jas pataiso ir tai atžymi dokumentuose.			
Atsakingas asmuo prižiūri, kaip darbuotojai laikosi politikos/procedūrų: analizuoja pacientų nuomonę (iš apklausų) apie teisių užtikrinimą, skundus dėl teisių pažeidimo.			
Atsakingas asmuo periodiškai informuoja darbuotojus apie pacientų teisių įgyvendinimą įstaigoje.			
Atsakingas asmuo turi dokumentus, informinančius jo veiklą pacientų teisių srityje: pacientų apklausų, skundų analizę, vidaus audito ataskaitas, darbuotojų susirinkimų protokolai.			
1.1.1.4. Būtinai Pacientai įstaigoje yra supažindinami su jų teisėmis ir atsakomybėmis.			
Įstaiga turi teisės aktų reikalavimus atitinkančias vidaus tvarkos taisykles, nurodančias pacientų teises.			
Visi prie įstaigos prisirašantys pacientai supažindinami su įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis pasirašytinai.			
Asmens sveikatos istorijose			

yra dokumentas su paciento parašu, patvirtinantis, kad jis yra susipažinęs su vidaus tvarkos taisyklėmis.			
Informacijos pateikimo vietose yra informacija apie pacientų teises ir šaltinius išsamesnei informacijai dėl teisių įgyvendinimo gauti.			
Registratūros darbuotojai gali suteikti pacientams išsamesnę informaciją jų teisių įgyvendinimo klausimais.			

1.1.2. Rodiklis

Nauji pacientai prisirašo įstaigoje ir jiems suteikiama tokios pačios kokybės priežiūra, nepriklausomai nuo jų lyties, amžiaus, seksualinės orientacijos, kalbos ar religijos.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.1.2.1. Būtinai			
Įstaigoje yra nustatyta pacientų prisirašymo procedūra, kuri atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Įstaiga turi pacientų prisirašymo prie įstaigos procedūrą.			
Darbuotojai žino procedūrą ir ją gali paaiškinti pacientams.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už prisirašymo dokumentų tvarkymą.			
Įstaigos registratūroje yra pacientų prisirašymui reikalingos formos ir kiti dokumentai.			
1.1.2.2. Būtinai			
Pacientai yra supažindinami su prisirašymo procedūra.			
Informacijos pateikimo vietose yra informacija pacientams apie prisirašymą prie įstaigos (galimybę prisirašyti, pasirinkti šeimos gydytoją) ir prisirašymo procedūrą.			
Informacijos pateikimo vietose skelbiama			

informacija, kai šeimos gydytojai nutraukia darbo santykius ir/ar pakeičia specialybes ir kai įstaiga nutraukia šeimos medicinos paslaugų teikimą.			
Apie tai, kad šeimos gydytojas nutraukė darbo santykius ir/ar pakeitė specialybę ir kad įstaiga nustoja teikti šeimos medicinos paslaugas, prisirašę gyventojai informuojami jų pirmo apsilankymo įstaigoje metu ir jiems sudaromos sąlygos pasirinkti kitą gydytoją ir/ar kitą įstaigą.			
1.1.2.3. Būtinai Įstaiga išlaiko pagarbius ir skaidrius santykius su bet kokio amžiaus ir lyties pacientais, gerbdama jų kultūrinius ir religinius įsitikinimus ar gyvenimo būdą.			
Įstaiga turi darbuotojų Elgesio kodeksą, patvirtintą įstaigos vadovo įsakymu.			
Elgesio kodeksas yra paskelbtas viešai informacijos pateikimo vietose.			
Visi darbuotojai pasirašytinai supažindinami su Elgesio kodeksu ir įsipareigoja juo vadovautis.			
Įstaigoje yra darbuotojų supažindinimo su Elgesio kodeksu dokumentai.			
Darbuotojai savo darbo vietoje ar padalinyje turi Elgesio kodekso kopiją (popierinę ar kompiuterinę laikmenoje), kurią bet kada gali paskaityti.			
Visi darbuotojai gali paaiškinti Elgesio kodekso nuostatas ir kaip jie jų laikosi.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo (asmenys), atsakingas(-i) už Elgesio kodekso laikymosi priežiūrą, pvz., Etikos komisija.			
Atsakingas asmuo turi dokumentus, įforminančius jo			

veiklą: darbuotojų susirinkimų, nagrinėjusių etikos klausimus (Etikos kodekso turinio paaiškinimas, kodekso pažeidimo atvejų nagrinėjimas ir pan.), protokolai			
Pacientams, nemokantiems valstybinės kalbos sudaromos galimybės bendrauti jiems suprantama kalba, pvz., prisirašyti prie kalbą mokančio šeimos gydytojo			

1.1.3. Rodiklis

Kiekvieno paciento sveikatos poreikiai tiksliai ir tinkamai įvertinami.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.1.3.1. Būtinai			
Atliekamas kruopštus kiekvieno naujai prisirašiusio paciento pirminis medicininis įvertinimas.			
Įstaigoje yra patvirtintas Ambulatorinės asmens sveikatos istorijos (forma Nr. 025/a)/ Vaiko sveikatos raidos istorijos (forma Nr. 025–112/a) pildymo tvarkos aprašas, atitinkantis teisės aktų reikalavimus.			
Ambulatorinės asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorijos pildymo tvarkos apraše nustatyta, ką turi apimti pirminis medicininis paciento įvertinimas.			
Šeimos gydytojai Ambulatorinės asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorijos pildymo tvarkos aprašą turi darbo vietoje ir gali bet kada jį pasižiūrėti.			
Šeimos gydytojai Ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje / Vaiko sveikatos raidos istorijoje			

pažymi visą reikalaujamą paciento informaciją (užpildo visas grafas).			
Popierinė Ambulatorinė asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorija pildoma įskaitomai, be taisymų.			
1.1.3.2. Siektinas Įvertinant paciento sveikatos būklę, šeimos gydytojas koordinuoja kitų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų darbuotojų (įskaitant pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos ir odontologinės asmens sveikatos priežiūros) paslaugas bei specialistų konsultacijas. Sąsaja su 2.4.1.1. ir 2.4.1.2.			
Pirminio medicininio paciento įvertinimo įrašė šeimos gydytojas nurodo pacientui paskirtus tyrimus ar konsultacijas, jeigu tokie buvo paskirti.			
Atlikdamas pirminį medicininį paciento įvertinimą šeimos gydytojas įvertina iš kitos įstaigos persiūtą paciento sveikatos informaciją ir ją prijungia prie paciento sveikatos istorijos.			
1.1.3.3. Siektinas Kiekvienam pacientui, jeigu reikia, yra sudaromas tyrimo ir gydymo planas (sveikatos priežiūros planas). Sąsaja su 1.2.1. ir 1.2.1.2.			
Įstaiga nustato, kuriems pacientams sudaromas sveikatos priežiūros planas, pvz., sergantiems lėtinėmis ligomis ar turintiems rizikos faktorių.			
Sveikatos priežiūros plane įrašomi reikalingi tyrimai ir konsultacijos, gydymas, šeimos gydytojo komandos veiksmai sveikatos būklei stebėti bei paciento įsipareigojimai siekiant sveikos gyvensenos.			
Sveikatos priežiūros planą šeimos gydytojas sudaro			

aktyviai dalyvaujant pacientui ir atsižvelgdamas į jo pasirinkimus.			
Sutikimą su sveikatos priežiūros planu pacientas išreiškia savo parašu sveikatos istorijoje.			
Pacientui duodama atmintinė apie numatytą sveikatos priežiūros planą.			
Paciento sveikatos priežiūros planas, esant reikalui, bet ne rečiau, kaip kasmet, peržiūrimas.			

1.1.4. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda atpažįsta pacientus, turinčius specialiųjų poreikių, ir numato jiems reikalingas papildomas paslaugas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.1.4.1. Būtinasis			
Šeimos gydytojo komanda identifikuoja pacientus, turinčius specialiųjų poreikių, ir numato jiems reikalingas papildomas paslaugas.			
Įstaiga nustato (pvz., sveikatos istorijų pildymo tvarkoje), kaip pažymimos Ambulatorinės asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorijos pacientų, turinčių specialiųjų poreikių			
Registratūros darbuotojai ir sveikatos priežiūros specialistai žino Ambulatorinių asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorijų žymėjimą ir atskiria, kokių specialiųjų poreikių reikia konkrečiam pacientui.			
1.1.4.2. Siektinas			
Šeimos gydytojo komanda padeda pacientams gauti papildomas paslaugas, bendradarbiaudama su tokias paslaugas teikiančiomis socialinėmis ar specialiomis institucijomis.			
Įstaigoje yra sąrašas šių institucijų ir jų kontaktiniai duomenys socialinių ir kt.			

institucijų, kurios teikia papildomas paslaugas pacientams, turintiems specialiųjų poreikių, pvz. aklųjų, kurčėnų draugija ir pan.			
Darbuotojai žino, kur rasti tokių institucijų sąrašą.			

1.1.5. Rodiklis.

Pacientą gerbianči sveikatos priežiūra

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.1.5.1. Būtinai			
Įstaiga laikosi politikos pagarbiai elgtis su pacientais, kai jie atsisako specifinio gydymo, patarimo ar procedūros, ketina ieškoti antros klinikinės nuomonės arba kai jie pereina gydytis pas kitą šeimos gydytoją ar į kitą įstaigą.			
Pacientų teisių procedūroje yra apibrėžta, kaip įstaigoje užtikrinama paciento teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir specialistą.			
Klinikiniai darbuotojai gali papasakoti, kaip jie laikosi nustatytų elgesio principų, bendraudami su pacientais, kurie atsisako siūlomo gydymo ar ketina ieškoti antros nuomonės.			

1.1.6. Rodiklis

Trečiosios šalies dalyvavimas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.1.6.1. Būtinai			
Šeimos gydytojo komanda gauna išankstinį paciento sutikimą dalyvauti trečiajai šaliai apsilankymo metu.			
Įstaigoje yra patvirtintas dokumentas (pvz., vidaus tvarkos taisyklės ar kt.), nustatantis trečios šalies (šeimos narių, globėjų,			

vertėjų, mokymo proceso dalyvių ir kt.) dalyvavimo tvarką apsilankymo metu.			
Dokumente yra apibrėžtos trečios šalies (šeimos narių, slaugytojo ir kt.) dalyvavimo sąlygos intymių tyrimų (lyties organų, krūtų, išeinamosios angos) metu.			
Klinikiniai darbuotojai žino šį dokumentą ir savo darbe laikosi jo nuostatų.			
Pacientas sutikimą dalyvauti mokymo procese patvirtina pasirašydamas (pvz., susipažinęs su vidaus tvarkos taisyklėmis, kuriose nurodyta, kad įstaigoje vykdomas mokymas).			
Pacientai informuojami, kad savo sutikimą dalyvauti mokymo procese gali atšaukti raštu ir tam yra sudarytos sąlygos.			

1.1.6.2 kriterijus.

1.2. Standartas

Paciento dalyvavimas ir jo atsiliepimai

1.2.1. Rodiklis

Informuoto paciento sutikimas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.2.1.1 Būtinai			
Įstaiga turi aiškia, praktikoje įgyvendintą politiką ir procedūrą skatinti ir paremti pacientus, suprasti suteiktą informaciją ir priimti sprendimus dėl savo sveikatos priežiūros.			
Įstaigoje yra dokumentas, nustatantis, kaip ir kokiais atvejais gaunamas informuoto paciento rašytinis sutikimas.			
Darbuotojai gali pasiskaityti dokumentą, kai reikia.			
Šeimos gydytojo komanda			

žino šį dokumentą ir jo laikosi.			
1.2.1.2. Būtinai Pacientams suteikiama išsami informacija, kad jie galėtų priimti informuotus pasirinkimus dėl savo sveikatos priežiūros.			
Gaunant informuoto paciento sutikimą, pacientui suteikiama pakankamai informacijos sprendimui priimti (numatomos diagnostikos ir gydymo procedūros tikslas, svarba, nauda, galima rizika, alternatyvos, pasekmės atsisakius ir kt.).			
Informuojant pacientus šeimos gydytojo komanda naudojami įvairia informacine medžiaga - spausdinta ar kitokia.			
1.2.1.3. Siektinas Paciento informavimo ir sutikimo politika ir procedūra yra stebima ir peržiūrima bent kartą per penkerius metus.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už Paciento informavimo ir sutikimo politikos/procedūros laikymosi priežiūrą.			
Atsakingas asmuo turi dokumentus, įforminančius jo veiklą: pacientų apklausų, vidaus medicininio audito, jų pristatymo darbuotojų susirinkimuose dokumentai, politikos/procedūrų pakeitimai.			

1.2.2. Rodiklis
Pacientų atsiliepimai

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.2.2.1. Būtinai Įstaiga sistemingai renka, analizuoja ir vertina informaciją apie pacientų patirtį įstaigoje.			

Sąsaja su 2.1.1.3. 2.1.1.4.			
Įstaiga turi dokumentą, nustatantį įstaigos politiką/ procedūrą rinkti informaciją apie pacientų patirtį įstaigoje.			
Įstaigoje periodiškai vykdomos pacientų apklausos			
Įstaigoje sudarytos galimybės pacientams pateikti savo pasiūlymus ir pastabas bet kuriuo metu: atsiliepimų dėžutės, pasiūlymai elektroniniu paštu ir kt.			
Darbuotojai žino politiką/procedūras ir skatina pacientus reikšti savo nuomonę.			
1.2.2.2. Būtinai			
Surinkti pacientų atsiliepimai yra naudojami kokybei tobulinti.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už informacijos apie pacientų patirtį įstaigoje tvarkymą ir panaudojimą paslaugų kokybei gerinti.			
Atsakingas asmuo gali pateikti dokumentus, informančius jo veiklą: pacientų apklausų, pasiūlymų analizę, jų aptarimų vadovybės ir darbuotojų susirinkimuose dokumentai, priimti pakeitimų sprendimai.			

1.2.3. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda gerbia pacientų teisę skųstis.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
1.2.3.1. Būtinai			
Šeimos gydytojo komanda turi dokumentais informintą skundų politiką ir procedūrą, kuri aprašo, kaip skundai tvarkomi.			
Įstaiga turi dokumentą, nustatantį pacientų skundų politiką ir procedūrą, kuri atitinka teisės aktų			

reikalavimus.			
Visi darbuotojai žino politiką/procedūrą ir gali paaiškinti pacientams, kaip pateikti skundą.			
Visi pacientų skundai įstaigoje registruojami, savalaikiai analizuojami ir apie priimtus sprendimus informuojamas pareiškėjas.			
Su skundų analizės duomenimis supažindinami darbuotojai.			
Įstaigoje yra paskirtas atsakingas asmuo, organizuojantis skundų tyrimą.			
Už pacientų skundus atsakingas asmuo gali pateikti dokumentus, patvirtinančius, kad laikomasi pacientų skundų politikos/procedūros: skundų registravimo žurnalą, skundų tyrimo duomenis, darbuotojų informavimo protokolus ir kt.			
1.2.3.2. Būtinasi			
Informacija apie tai, kaip pateikti skundą, yra lengvai prieinama pacientams.			
Pacientams skirtoje informacijoje apie jų teises yra nurodyta skundų pateikimo tvarka.			
Pacientai yra informuojami apie skundo sprendimą ir kur galima kreiptis, jei jų netenkina skundo sprendimas.			
1.2.3.3. Būtinasi			
Skundai ir jų sprendimai yra naudojami kaip galimybė mokytis ir gerinti paslaugas.			
Už pacientų skundus atsakingas asmuo gali pateikti dokumentus (skundų aptarimai administracijos posėdžiuose, kokybės gerinimo planai ir pan.), patvirtinančius, kad pacientų skunduose iškeltų problemų tyrimo rezultatai buvo panaudoti paslaugų kokybei			

gerinti.			
----------	--	--	--

2 Skyrius

Įstaigos paslaugos

2.1. Standartas

Įstaigos paslaugos atitinka jos pacientų poreikius

2.1.1. Rodiklis

Įstaiga taip sutvarko savo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kad jos atitiktų įstaigos pacientų poreikius.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.1.1.1. Būtinai			
Įstaigoje teikiamos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka taikytinus įstatymus ir kitus teisės aktus.			
Įstaiga turi galiojančią licenciją teikti šeimos medicinos paslaugas, slaugos paslaugas ir akušerio praktikos paslaugas, visais adresais.			
2.1.1.2. Būtinai			
Informacija apie teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas yra aiškiai paskelbta tokioje vietoje, kuri prieinama visiems pacientams, jų šeimos nariams ir darbuotojams.			
Įstaigos informacijos pateikimo vietose (skelbimų lentoje, tinklalapyje, atmintinėje) yra išvardintos teikiamos nemokamos ir mokamos paslaugos.			
Įstaigos informacijos pateikimo vietose yra nurodyti šeimos gydytojų kabinetai ir jų darbo laikas.			
Įstaigos informacijos pateikimo vietose yra nurodyti kitų kabinetų, pvz., laboratorijos, odontologijos, psichikos			

sveikatos (jei tokie yra), darbo valandos.			
Įstaigos informacijos pateikimo vietose yra nurodyti mokamų (pvz., laboratorinių tyrimų, odontologijos ir kt.) paslaugų įkainiai ar kur juos galima sužinoti.			
2.1.1.3 Siektinas Įstaiga renka informaciją apie prie jos prisirašiusių pacientų ir jų šeimų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius. Sąsaja su 1.2.2.1? 1.2.2.2.			
Pacientų apklausų anketose yra klausimai apie įstaigos darbo valandas, paslaugų asortimentą ir kt.			
Už pacientų apklausą atsakingas asmuo gali pateikti dokumentus, parodančius, kokie įstaigoje buvo padaryti pakeitimai pagal pacientų apklausų rezultatus.			
2.1.1.4. Siektinas Įstaiga reguliariai analizuoja savo paslaugas ir surinktą informaciją apie pacientų, jų šeimų ir platesnius bendruomenės poreikius naudoja savo paslaugų planavimui ir tokiai struktūrai, kuri atitiktų aptarnaujamų pacientų poreikius.			
Administracija gali pateikti dokumentus, parodančius, kad buvo analizuojami prisirašiusių pacientų poreikiai paslaugoms, pvz., pagal ligų, rizikos faktorių paplitimą, ir analizės pagrindu daryti patobulinimai (administracijos posėdžių protokolai, įstaigos metiniai planai ir pan.)			

2.1.2. Rodiklis

Įstaiga užtikrina paslaugų prieinamumą ištisą parą.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.1.2.1. Būtinai			
Įstaiga užtikrina paslaugų prieinamumą ištisą parą.			
Įstaiga teikia paslaugas po darbo valandų pati.			
Įstaiga yra sudariusi sutartį su kita įstaiga teikti paslaugas po darbo valandų.			
Sutartyje su kita įstaiga yra numatytos sąlygos apsieisti informacija apie pacientų apsilankymus po darbo valandų.			
2.1.2.2. Būtinai			
Informacija apie tai, kaip įstaiga užtikrina paslaugas po darbo valandų, yra viešai skelbiama.			
Visi darbuotojai žino, kaip prisirašiusiems pacientams teikiamos šeimos medicinos paslaugos po darbo valandų ir apie tai gali informuoti pacientus.			
Įstaigos informacijos pateikimo vietose yra nurodyta, kur pacientui kreiptis nedarbo valandomis.			
Prie įėjimo į įstaigą išorėje yra informacija, kur kreiptis nedarbo valandomis.			
2.1.2.3. Siektinas			
Yra sistema sekti ir gerinti paslaugų prieinamumą po darbo valandų.			
Įstaigoje yra patvirtinta apsilankymų nedarbo valandomis stebėsenos tvarka.			
Gauta informacija apie pacientų apsilankymus			

nedarbo valandomis (pas budintį šeimos gydytoją ar kitoje įstaigoje) yra registruojama ir analizuojama, pvz., atliekant vidaus medicininį auditą apie apsilankymų kitoje įstaigoje ar ligoninių skubiosios pagalbos skyriuose priežastis, paciento informacijos perdavimo savalaikiškumą ir pan.			
Yra paskirtas atsakingas asmuo apsilankymams nedarbo valandomis analizuoti.			
Atsakingas asmuo gali pateikti dokumentus, patvirtinančius, kad vykdoma apsilankymų nedarbo valandomis stebėsena, pvz., vidaus medicininio audito ataskaitos, ir parodyti administracijos veiksmus, siekiant užtikrinti savalaikį paciento informacijos gavimą.			

2.1.3. Rodiklis

Įstaiga turi lanksčią apsilankymų registravimo sistemą.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.1.3.1. Būtinai Įstaiga turi lanksčią apsilankymų registravimo sistemą darbo valandomis, pritaikomą paciento poreikiams. Sąsaja su 2.3.3.2.			
Įstaiga turi nustatytą apsilankymų registravimo tvarką.			
Pacientai gali registruotis			

telefonu, internetu, atvykus į įstaigą.			
Įstaigos registratūra dirba visą įstaigos darbo laiką.			
Sudaryta galimybė pacientui pasirinkti apsilankymo laiką ar paprašyti ilgesnės apsilankymo trukmės.			
Įstaigoje yra informacija pacientams apie registravimo tvarką, įskaitant galimybę pasirinkti apsilankymo laiką ar paprašyti ilgesnės apsilankymo trukmės.			
2.1.3.2. Būtinai Įstaigos administracija nuolat kontroliuoja apsilankymo laukimo laiką, kad jis atitiktų teisės aktų reikalavimus.			
Apsilankymų laukimo trukmė registruojama.			
Periodiškai analizuojama apsilankymų laukimo trukmė.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už apsilankymų laukimo trukmės stebėseną.			
Atsakingas asmuo gali pateikti dokumentus, įrodančius, kad vykdoma apsilankymų laukimo trukmės stebėseną: analizės ar vidaus medicininio audito ataskaitos, administracijos posėdžių protokolai, darbuotojų susirinkimų protokolai ir kt.			

2.1.4. Rodiklis

Apsilankymai namuose ir kitur

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas
------------	------------------------

	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.1.4.1. Būtinai			
Įstaigoje yra sistema teikti paslaugas pacientams, kuriuos reikia lankyti namuose.			
Įstaigoje yra patvirtinta pacientų lankymo namuose tvarka.			
Tvarkoje yra nustatyta, kokiais atvejais pacientai registruojami lankymui namuose.			
Įstaigoje yra reguliariai namuose lankomų pacientų sąrašas, kuris periodiškai peržiūrimas.			
Šeimos gydytojas apie paciento lankymą namuose įrašo sveikatos istorijoje.			
2.1.4.2. Siektinas			
Šeimos gydytojo komanda bendradarbiauja su ligoninėmis, reabilitacijos centrais ir kitomis įstaigomis, siųsdama ten pacientus ir gaudama informaciją apie jų apsilankymus kitose įstaigose.			
Šeimos gydytojo komanda gali pateikti dokumentais įformintus įrodymus, kaip registruojami į kitas įstaigas siunčiami pacientai.			
Šeimos gydytojo komanda gali pateikti dokumentais įformintus įrodymus, kaip vykdoma pacientų apsilankymų kitose įstaigose stebėseną.			
Periodiškai įstaigoje atliekamas vidaus medicininis auditas dėl apsikeitimo paciento sveikatos informacija su kitomis įstaigomis.			
2.1.4.3. Būtinai			
Įstaigoje yra sistema, atitinkanti teisės aktų reikalavimus, teikti slaugos paslaugas pacientams namuose.			
Įstaigoje yra patvirtinta			

slaugos paslaugų teikimo namuose tvarka, atitinkanti teisės aktų reikalavimus.			
Įstaigoje yra sąrašas pacientų, kuriems teikiamos slaugos namuose paslaugos.			
Pacientų sąrašas periodiškai atnaujinamas.			
Kiekvienam pacientui yra sudarytas slaugos namuose planas, nurodant šeimos gydytojo komandos narių vaidmenis ir atsakomybes, paslaugų teikimo grafiką.			
Slaugos namuose planas yra suderintas su pacientu ir jo šeima.			
Slaugos namuose planas bei lankymai įrašomi sveikatos istorijoje.			
Periodiškai atliekamas vidaus medicininis auditas dėl slaugos namuose paslaugų.			

2.1.5.Rodiklis

Įstaiga kuria partnerystes siekdama pagerinti teikiamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir palaikyti koordinuojantį požiūrį, tenkinant pacientų sveikatos priežiūros poreikius ir saugant jų sveikatą.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.1.5.1. Būtinai			
Įstaiga kartu su savo partneriais pacientams užtikrina papildomas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros ar specialistų paslaugas ne savo įstaigoje.			
Įstaiga prisirašiusiems pacientams užtikrina bendrosios praktikos gydytojo odontologo paslaugas įstaigoje ar pagal sutartis su kitomis įstaigomis.			

Įstaiga prisirašiusiems pacientams užtikrina pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas įstaigoje ar pagal sutartis su kitomis įstaigomis.			
Įstaigoje yra patvirtinta siuntimų į kitas įstaigas (asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros) tvarka.			
Šeimos gydytojo komanda žino, kur ir kaip siųsti pacientus papildomoms pirminės sveikatos priežiūros paslaugoms.			
Įstaiga turi sutartis su visuomenės sveikatos įstaigomis dėl sveikatos stiprinimo ir mokymo paslaugų teikimo prisirašiusiems pacientams.			
2.1.5.2. Siektinas Įstaiga informuoja pacientus ir paaiškina jiems, kaip ir kada galima gauti konsultacijas antrinio ar tretinio lygio įstaigose. Sąsaja su kriterijumi 2.2.2.1			
Įstaiga turi antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančių įstaigų/sveikatos priežiūros specialistų sąrašus.			
Informacijos pacientui pateikimo vietose yra informacija apie antrinio ir tretinio lygio specialistų paslaugas teikiančias įstaigas bei pateikimo tvarka.			
Siųsdamas pacientą konsultacijai, šeimos gydytojas informuoja pacientą apie jų teisę pasirinkti antrinio ar			

trečiojo lygio įstaigą ir/ar specialistą, nurodydamas bent tris tokias įstaigas.			
--	--	--	--

2.2. Standartas

Laiku suteikiama ir prieinama priežiūra

2.2.1. Rodiklis

Įstaiga atskiria pacientus, kuriems reikalinga skubi ir neatidėliotina pagalba, ir atitinkamai į tai reaguoja.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.2.1.1. Būtinasis			
Įstaigoje yra sistema, leidžianti pacientams užsiregistruoti skubiosios (būtiniosios) pagalbos apsilankymams.			
Skubioji medicinos pagalba įstaigoje teikiama visą įstaigos darbo laiką.			
Įstaigoje yra patvirtinta skubiosios pagalbos teikimo tvarka, kuri atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Skubiosios pagalbos teikimo tvarką žino visi darbuotojai (registratūros ir šeimos gydytojo komandos) ir jos laikosi.			
Įstaigoje vykdoma skubiosios pagalbos teikimo stebėseną: periodiniai vidaus medicininiai auditai, pacientų apklausa šia tema.			
2.2.1.2. Siektinas			
Visi registratūros darbuotojai sugeba atpažinti pacientus, kuriems reikia skubiosios medicinos pagalbos, ir tinkamai į tai reaguoja kalbėdami su pacientu registratūroje ar telefonu.			
Registratūros darbuotojai yra apmokyti, kaip atpažinti pacientus, kuriems reikalinga skubioji			

pagalba.			
Registratūros darbuotojai turi rašytinės informacijos, kaip atpažinti pacientus, kuriems reikalinga skubioji pagalba, ir ja naudojasi.			
Registratūros darbuotojai žino, į kurį šeimos gydytojo komandos narį kreiptis dėl paciento, kuriam reikalinga skubioji pagalba.			
Registratūroje yra už skubiosios pagalbos teikimą atsakingų sveikatos priežiūros specialistų (ir juos pakeičiančių) grafikas.			
2.2.1.3 Būtinai Šeimos gydytojo komanda laikosi teisės aktų reikalavimų teikdama skubiąją (būtinąją) medicinos pagalbą pacientams.			
Skubiosios pagalbos teikimo tvarkoje yra nustatyti kriterijai priskirti pacientus tam tikrai skubiosios pagalbos kategorijai.			
Šeimos gydytojo komanda žino nustatytus kriterijus priskirti pacientus tam tikrai skubiosios pagalbos kategorijai ir jų laikosi.			
Šeimos gydytojai suteiktą skubiąją pagalbą įformina įrašu sveikatos istorijoje, kuris atitinka teisės aktų reikalavimus.			
2.2.1.4. Būtinai Įstaigos klinikiniai darbuotojai yra apmokyti pagrindinių gaivinimo principų.			
Įstaigoje visiems klinikiams darbuotojams žinomoje vietoje yra pradinio gaivinimo standartai.			
Visi klinikiniai darbuotojai			

yra apmokyti pagrindinių pradinio gaivinimo principų.			
Darbuotojų gaivinimo įgūdžiai periodiškai (kasmet) atnaujinami.			
Darbuotojų pradinio gaivinimo standartų mokymai įforminami dokumentais (pažymėjimai, mokymų žurnalas ar pan.).			

2.2.2.Rodiklis

Tirtis ir konsultuotis pacientai siunčiami laiku.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.2.2.1. Siektinas			
Įstaiga turi galimybę laiku siųsti pacientus tirtis ir konsultuotis bei sekti laukimo laiką.			
Pacientų siuntimų tvarkoje yra apibrėžta, kaip siuntimai įforminami dokumentais.			
Šeimos gydytojai žino šią tvarką ir jos laikosi.			
Įstaiga vykdo pacientų tyrimų ir konsultacijų laukimo laiko stebėseną, pvz., atliekant periodinį vidaus medicininį auditą, apklausiant pacientus.			
Įstaigos administracija tyrimų ir konsultacijų laukimo laiko stebėsenos duomenis naudoja siuntimų sistemai gerinti.			

2.2.3.Rodiklis

Tyrimų ir konsultacijų rezultatų sekimo sistema.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas
------------	------------------------

	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.2.3.1. Būtinasi Ištaigoje yra nustatyta tvarka, užtikrinanti, kad tyrimų rezultatai bei gaunama klinikinė korespondencija laiku pasiektų šeimos gydytoją.			
Ištaiga turi patvirtintą tyrimų rezultatų bei kitos klinikinės korespondencijos valdymo tvarką.			
Tvarka užtikrina, kad tyrimų rezultatai laiku pasiektų juos paskyrusį šeimos gydytoją			
Tvarkoje yra nustatyta, kaip elgiamasi su normaliais tyrimų rezultatais, nenormaliais tyrimų rezultatais (skubiais ir neskubiais) ir kritiniais tyrimų rezultatais.			
Ištaigos darbuotojai žino šią tvarką ir jos laikosi.			
2.2.3.2. Būtinasi Pacientų sveikatos istorijose yra įrodymų, kad tyrimų rezultatai, tyrimų ataskaitos ir gauta klinikinė korespondencija buvo: •peržiūrėta šeimos gydytojo, •pasirašyta (ir elektroniniu parašu), •prireikus laiku buvo imtasi veiksmų.			
Sveikatos istorijose yra šeimos gydytojo įrašai apie paskirtų tyrimų rezultatų vertinimą ir numatytus tolesnius veiksmus.			
Įrašuose yra nurodyta, kada peržiūrėti tyrimų rezultatai, kas numatyta, kaip informuotas pacientas.			
2.2.3.3. Būtinasi Šeimos gydytojo komanda su tyrimų ir konsultacijų rezultatais supažindina pacientą laiku,			

tiksliai ir suprantamai.			
Tyrimų rezultatų bei kitos klinikinės korespondencijos valdymo tvarkoje yra numatyta, kaip informuojami pacientai apie tyrimų rezultatus.			
Šeimos gydytojo komanda žino tvarką ir jos laikosi.			
Informacijos pacientui pateikimo vietose yra nurodyta, koku būdu pacientai gali sužinoti tyrimų rezultatus.			
Sveikatos istorijose yra įrašai apie tai, koku būdu (įskaitant telefoninius pokalbius) ir kada informuotas pacientas apie tyrimų rezultatus.			

2.3.Standartas

Priežiūros tęstinumas

2.3.1. Rodiklis

Pacientų prisirašymas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.3.1.1. Būtinai			
Prisirašant prie įstaigos, pagal galimybę surenkama visa paciento demografinė bei sveikatos informacija.			
Sąsaja su kriterijais 1.1.2.1 ir 1.1.2.2			
Pacientų prisirašymo prie įstaigos procedūroje yra nustatyta, kaip perduodama Ambulatorinė asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorija iš ankstesnės šeimos medicinos įstaigos.			
Iš ankstesnės šeimos medicinos įstaigos gauta			

Ambulatorinė asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorija prijungiama prie prisirašiusio paciento sveikatos istorijos.			
Gautos ir perduotos Ambulatorinės asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorijos registruojamos teisės aktais nustatytos formos sveikatos istorijų/vaiko raidos istorijų perdavimo ir priėmimo žurnaluose.			
Įstaiga seka naujai prisirašiusių pacientų Ambulatorinių asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorijų perdavimą ir stengiasi užtikrinti sveikatos istorijų perdavimo savalaikiškumą.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už Ambulatorinių asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorijų perdavimą ir priėmimą			

2.3.2. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda užtikrina priežiūros tęstinumą įstaigoje

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.3.2.1. Būtinai			
Įstaiga turi savo pacientų, kuriems teikia pirminę ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą, sąrašą.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už prisirašiusių pacientų sąrašo tvarkymą.			
Įstaiga turi prisirašiusių asmenų sąrašą su			

pagrindiniais kontaktiniais duomenimis.			
Prisirašiusių prie įstaigos pacientų sąrašė yra duomenys apie pacientų specialiuosius poreikius bei lėtinių ligų diagnozes.			
2.3.2.2. Būtinai			
Kiekvienam įstaigoje prisirašiusiam pacientui paskiriamas šeimos gydytojas.			
Įstaigoje pacientai prirašomi prie pageidaujamo šeimos gydytojo arba jis paskiriamas, jei pacientas nepareiškia pageidavimo.			
Kiekvienas šeimos gydytojas turi prie jo prisirašiusių pacientų sąrašą.			
Įstaigoje yra paskirti nuolatiniai pavaduojantys šeimos gydytojai.			

2.3.3. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda užtikrina priežiūros tęstinumą pacientams, turintiems sudėtingų poreikių (dažnai besilankantieji įstaigoje, dažnai besikreipiantieji dėl skubiosios pagalbos, pacientai, sergantys keliomis ligomis).

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.3.3.1. Siektinas			
Įstaiga identifikuoja pacientus, kurie turi sudėtingų poreikių: dažnai besilankantieji įstaigoje, dažnai besikreipiantieji dėl skubiosios pagalbos, pacientai, sergantys keliomis ligomis, psichikos ligoniai, neįgalūs ar terminalinėje ligos stadijoje.			
Kiekvienas šeimos gydytojas turi sudėtingų poreikių pacientų sąrašą.			
Sudėtingų poreikių turinčių pacientų sveikatos istorijos atitinkamai žymimos.			
2.3.3.2. Siektinas			
Įstaiga turi sistemą, leidžiančią specialiųjų ar sudėtingų poreikių pacientams užtikrinti			

atitinkamos trukmės konsultaciją.			
Apsilankymų registravimo tvarkoje yra numatyta ilgesnės trukmės apsilankymų teikimo galimybė sudėtingų poreikių pacientams.			
Registratūros darbuotojai yra informuoti apie galimybę planuoti ilgesnės trukmės apsilankymus sudėtingų poreikių pacientams ir tai įgyvendina.			

2.3.4.Rodiklis

Saugus ir tinkamas vaistų vartojimas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.3.4.1. Būtinai			
Įstaiga laikosi nustatytos vaistų išrašymo ir skyrimo politikos ir tvarkos.			
Įstaigoje yra patvirtinta vaistų, įskaitant kompensuojamuosius vaistus ir narkotikus, išrašymo ir skyrimo politika/procedūra.			
Šeimos gydytojai žino šią politiką ir jos laikosi.			
Išrašant ir skiriant vaistus pacientai yra informuojami apie išrašomų vaistų tikslą, svarbą, naudą ir riziką.			
Pacientams išaiškinama jų pačių atsakomybė laikytis siūlomo gydymo plano ir rizika to nedarant.			
Visi pacientui skiriami vaistai (įskaitant nereceptinius ir maisto papildus) įrašomi sveikatos istorijoje, nurodant vaisto			

dozę, vartojimo dažnį, įvedimo būdą ir gydymo kurso trukmę.			
Sveikatos istorijoje pažymima potenciali nepageidaujamų reakcijų rizika, įrašant nustatytas alergijas vaistams, galimą sąveiką su kitais vaistais ir pan.			
2.3.4.2. Siektinas			
Šeimos gydytojas gali parodyti, kaip įgyvendinama vaistų išrašymo ir skyrimo politika ir tvarka.			
Įstaigoje yra Pranešimų apie nepageidaujamus reakcijas į vaistus tvarkos aprašas.			
Šeimos gydytojas gali parodyti, kaip jis išsiaiškina ir praneša apie nepageidaujamus reakcijas į vaistus, patvirtindamas tai dokumentais.			
Šeimos gydytojas gali papasakoti, kaip jis informuoja pacientus apie naujai skiriamus vaistus ar jau vartojamų vaistų pakeitimus.			
Skiriant keletą vaistų ilgesniam vartojimui šeimos gydytojas pacientui sudaro tikslų vartojamų vaistų sąrašą.			
2.3.4.3. Siektinas			
Įstaiga laikosi dokumentais įforminto proceso sutikrinti paciento vartojamus vaistus kiekvienos konsultacijos pabaigoje, jeigu vaistų vartojimas yra nutraukiamas, keičiamas ar vaistai pakeičiami kitais.			
Įstaigoje yra nustatyta tvarka periodiškai sutikrinti paciento vartojamus vaistus (reguliariai/nuolat vartojant keletą vaistų ar keičiant paskyrimus), atsižvelgiant į jo sveikatos pokyčius.			

Sutikrinant paciento vartojamus vaistus pakeitimai derinami su pacientu.			
Vaistų sutikrinimas pažymimas įrašė sveikatos istorijoje apie apsilankymą.			
Sutikrinus vaistus, pacientui duodamas tikslus naujas tuo metu vartojamų vaistų sąrašas.			
Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip jie atlieka vaistų sutikrinimą, laikydamiesi teisingo paciento identifikavimo principų.			

2.4.Standartas

Priežiūros koordinavimas

2.4.1. Rodiklis

Kitų tarnybų įtraukimas.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.4.1.1. Siektinas			
Šeimos gydytojo komanda turi informacijos apie svarbias vietines, regionines ir nacionalines sveikatos priežiūros, bendruomenės, socialinės globos ir neįgalumo tarnybas.			
Įstaigoje yra atitinkamų tarnybų sąrašas ir kontaktiniai duomenys			
Įstaigų sąrašą periodiškai atnaujinama paskirtas asmuo.			
Šeimos gydytojo komanda yra informuota apie tokį sąrašą ir juo naudojasi, kai reikia.			
2.4.1.2. Siektinas			
Įstaiga planuoja ir koordinuoja visapusišką priežiūrą, bendradarbiaudama su kitomis tarnybomis.			
Šeimos gydytojo komanda			

gali parodyti, kaip jie pacientų sveikatos priežiūrą koordinuoja su medicininių paslaugų teikėjais, įskaitant diagnostikos paslaugas, ligoninių ir specialistų konsultantų paslaugas.			
Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip jie pacientų sveikatos priežiūrą koordinuoja su vaistinininkų paslaugomis.			
Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip jie pacientų sveikatos priežiūrą koordinuoja su neįgalumo ir bendruomenės paslaugomis.			
Šeimos gydytojo komanda gali parodyti, kaip jie pacientų sveikatos priežiūrą koordinuoja su sveikatos stiprinimo ir visuomenės sveikatos paslaugomis.			

2.5.Standartas

Diagnostika ir sveikatos problemų valdymas

2.5.1. Rodiklis

Nuosekli įrodymais pagrįsta praktika

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.5.1.1. Siektinas Šeimos gydytojo komanda naudoja naujausiomis klinikinėmis šeimos medicinos rekomendacijomis/metodikomis ir gerosios praktikos informacija, nustatydamą diagnozę ir gydymą pacientus.			
Įstaigoje yra svarbiausių klinikinių rekomendacijų			

/metodikų ar protokolų rinkinys (popieriniu ar elektroniniu formatu)			
Šeimos gydytojai turi prieigą prie interneto.			
Įstaigoje yra patikimų tinklalapių, skelbiančių klinikines rekomendacijas, sąrašas.			
Įstaigoje yra paskirtas atsakingas šeimos gydytojas, kuris seka sveikatos technologijų naujoves ir supažindinantis specialistus su šiomis naujovėmis.			
Šeimos gydytojai gali parodyti, kaip jie naudojami klinikinėmis rekomendacijomis/metodikomis			
2.5.1.2. Siektinas			
Įstaigoje yra sekama, kaip naudojamos klinikinės rekomendacijos / metodikos ar protokolai, teikiant pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas.			
Periodiškai atliekamas klinikinių rekomendacijų /metodikų ar protokolų laikymosi medicininis auditas			
2.5.1.3. Siektinas			
Įstaiga reguliariai analizuoja pasirinktas įrodymais pagrįstas rekomendacijas ir savo parengtus diagnostikos ir gydymo protokolus, siekdama užtikrinti, kad jie būtų naujausi ir atspindėtų šiuolaikinę gerą praktiką.			
Klinikinių rekomendacijų /metodikų naujovės aptiriamos šeimos gydytojų komandų susirinkimų metu.			
Įstaigoje periodiškai vyksta medicininės literatūros apžvalgų pristatymas.			
Šeimos gydytojai supažindina kolegas su			

medicinos naujienomis, sužinotomis tobulinimosi kursuose, konferencijose.			
Įstaigos šeimos medicinos gydytojai dalyvauja klinikinėse studijose ir kitose mokslinių tyrimų iniciatyvose.			

2.5.2. Rodiklis

Įstaiga turi sistemą koduoti medicininės būklės, įskaitant lėtines, pagal pripažintą klasifikacijos sistemą.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.5.2.1. Būtinai			
Įstaiga naudoja standartizuotą klinikinę terminologiją (tokią kaip kodavimas pagal TLK-10-AM), įgalinančią surinkti duomenis klinikinės praktikos analizei.			
Įstaigoje yra TLK-10 - AM vadovas ar galimybė pasiekti jo elektroninį variantą Internetu.			
Šeimos gydytojai gali parodyti, kaip jie koduoja diagnozes ir intervencijas.			
Periodiškai atliekamas TLK-10 AM kodų naudojimo medicininis auditas.			

2.5.3. Rodiklis

Lėtinių ligų valdymas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.5.3.1. Siektinas			
Įstaiga turi sistemą išaiškinti pacientus, sergančius lėtinėmis ligomis, ir jiems teikti priežiūrą.			
Įstaigoje šeimos gydytojams yra prieinamos teisės aktais patvirtintos lėtinių ligų diagnostikos ir			

gydymo metodikos.			
Šeimos gydytojai laikosi teisės aktais patvirtintų metodikų lėtinėms ligoms diagnozuoti ir gydyti (siųsdami juos tyrimams, konsultacijoms, sveikatos stiprinimo intervencijoms ir pan.).			
Nustačiusi prioritetus, įstaiga pasirengia diagnostikos ir gydymo protokolus.			
Šeimos gydytojai turi sąrašą pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis.			
2.5.3.2. Siektinas Šeimos gydytojo komanda reguliariai vertina vaistų paskyrimus pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ir kartoja laboratorinius tyrimus bei seka kitus rodiklius. Sąsaja su kriterijumi 2.3.4.3.			
Lėtinėmis ligomis sergančių pacientų būklės stebėseną numatoma sveikatos priežiūros plane: tyrimai, specialistų konsultacijos, planinės pakartotinos apžiūros, gydymo korekcija ir pan.			
Šeimos gydytojas periodiškai peržiūri lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vaistus pagal jų būklės ar tyrimų pokyčius.			

2.6. Standartas

Sveikatos stiprinimas ir ligų prevencija

2.6.1. Rodiklis

Sveikatos stiprinimas ir prevencinė priežiūra.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai

2.6.1.1. Būtinai			
Šeimos gydytojo komanda moko pacientus sveikos gyvensenos.			
Šeimos gydytojo komanda gali papasakoti, kaip pacientai, ypatingai turintys rizikos faktorių, mokomi sveikos gyvensenos.			
Apie pacientui suteiktas ligų prevencijos žinias įrašoma paciento sveikatos istorijoje.			
Įstaigoje vykdomas grupinis sveikatos mokymas pacientų, sergančių tam tikromis lėtinėmis ligomis, pvz., diabetu, širdies kraujagyslių ligomis ir kt.			
Pacientams duodama informacinė medžiaga (skrajutės ir pan.) sveikos gyvensenos klausimais ar nurodoma, kur ją galima rasti Internete.			
2.6.1.2. Siektinas			
Šeimos gydytojo komanda laikosi sveikatos rizikos vertinimo proceso išvengiamų ligų rizikos pacientams identifikuoti.			
Pirminės prisirašiusių pacientų apžiūros metu nustatomi išvengiamų ligų rizikos pacientai (rizika susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, diabetu ir kt.).			
Išaiškindami išvengiamų ligų rizikos pacientus šeimos gydytojai laikosi nustatytų atrankos kriterijų, pvz., asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei.			
Išaiškintus išvengiamų ligų rizikos pacientus šeimos			

gydytojai siunčia specialistų konsultacijoms (pvz. endokrinologo konsultacijai įtariamo diabeto atveju) ir/ar specializuotam ištyrimui, (pvz., vykdydami Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą).			
2.6.1.3.Siektinas Įstaiga turi naujausią sveikatos stiprinimo mokomąją/metodinę medžiagą su kokybiška ir patikima sveikatos informacija, tinkama įstaigos pacientams.			
Įstaigoje pacientams prieinamoje vietoje yra mokomoji /metodinė medžiaga paskaityti.			
Rašytinę sveikatos stiprinimo mokomąją /metodinę medžiagą, pritaikytą paciento poreikiams (pvz., pagal rizikos faktorius, ligas), šeimos gydytojo komanda duoda pacientams į namus.			
Patarimai sveikatos stiprinimo klausimais skelbiami įstaigos svetainėje.			
2.6.1.4. Siektinas Šeimos gydytojo komanda vykdo ne tik privalomas, bet ir papildomas ligų prevencijos ar sveikatos stiprinimo programas ar siunčia pacientus į programas, kurios gerina, palaiko ar atstato sveikatą.			
Šeimos gydytojai turi įstaigoje ir už jos ribų (pvz., visuomenės sveikatos biuruose) vykdomų sveikatos stiprinimo programų sąrašą.			
Šeimos gydytojai siunčia rizikos grupių pacientus			

dalyvauti sveikatos stiprinimo programose ir apie tai įrašo paciento sveikatos istorijoje.			
--	--	--	--

2.6.2. Rodiklis

Imunoprofilaktika

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai

2.6.2.1. Būtinai

Įstaigoje yra kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusiųjų imunoprofilaktikos sistema, atitinkanti nacionalines rekomendacijas.

Įstaigoje kūdikių, vaikų, paauglių ir suaugusiųjų skiepijimai vykdomi pagal patvirtintą kalendorių ir laikantis imunoprofilaktikos taisyklių.			
Įstaigoje atliekami skiepijimai registruojami.			
Įstaiga teikia reguliarias ataskaitas atitinkamoms visuomenės sveikatos priežiūros įstaigoms apie atliktus skiepijimus.			
Įstaiga seka procentą vaikų, kurie gavo visus skiepus iki 7 metų.			
Įstaiga seka procentą vaikų, kurie gavo visus skiepus iki 14-16 metų.			
Įstaiga seka procentą suaugusiųjų 65 metų amžiaus ir daugiau, kuriems buvo pasiūlyti skiepai nuo gripo, ir kurie buvo paskiepyti ar nuo skiepų atsisakė.			

2.7. Standartas

Ankstyvosios diagnostikos programos

2.7.1. Rodiklis**Ankstyvoji diagnostika**

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.7.1.1. Būtinai			
Įstaiga vykdo krūties vėžio, prostatos vėžio, storosios žarnos vėžio, gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programas.			
Įstaigos informacijos pateikimo vietose yra informacija apie naujausias vykdomas ankstyvosios diagnostikos programas.			
Įstaigoje registruoti tikslinių grupių pacientai yra raštu informuojami apie galimybę dalyvauti ankstyvosios diagnostikos programose.			
Tikslinių grupių pacientams apsilankius pas šeimos gydytoją siūloma dalyvauti ankstyvosios diagnostikos programose.			
2.7.1.2. Būtinai			
Ankstyvosios diagnostikos programų veiksmai įrašomi sveikatos istorijoje.			
Įrašuose sveikatos istorijose nurodoma pacientams suteikta informacija apie vykdomas programas, atlikti tyrimai, išduoti siuntimai tolimesniems tyrimams ir/ar gydymui.			

2.7.2. Rodiklis**Gimdos kaklelio vėžio ankstyvoji diagnostika**

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai

2.7.2.1. Būtinąs			
Įstaigoje yra mechanizmas nustatyti gimdos kaklelio vėžio rizikos grupės moteris.			
Įstaiga sudaro sąrašą 25 – 60 amžiaus rizikos grupės moterų ir joms išsiunčia kvietimus gimdos kaklelio tepinėliui atlikti.			
Įstaiga sudaro sąrašus ir stebi rizikos grupės moterų, kurioms per pastaruosius 3 metus buvo atliktas gimdos kaklelio tepinėlis ir kurios atsisakė atlikti kaklelio citologinį tyrimą.			
2.7.2.2. Siektinas			
Įstaigoje yra sistema vertinti visų atliktų gimdos kaklelio tepinėlių rezultatus.			
Rizikos grupės moterų sveikatos istorijose įrašoma apie paimtus gimdos kaklelio tepinėlius citologiniam tyrimui.			
Tepinėlių rezultatus įvertina šeimos gydytojas, apie tai pažymi sveikatos istorijoje ir siunčia pacientės specialisto konsultacijai, jei to reikia.			
Apie tepinėlio rezultatus informuojama pacientė ir tai pažymima sveikatos istorijoje.			
Šeimos gydytojas turi sąrašą moterų su nenormaliais gimdos kaklelio tepinėlių rezultatais, kurios buvo nusiųstos specialisto konsultacijai ir kurios yra stebimos (dėl diagnozės patikslinimo ar po gydymo).			
2.7.2.3. Siektinas			
Įstaiga seka gimdos kaklelio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.			

Atliekamas metinis medicininis auditas stebint ankstyvosios diagnostikos koeficientą ir laiką iki siuntimo.			
Audito duomenys naudojami programos įgyvendinimo veiksmingumui gerinti.			
Registruojami paimiti reikalavimų neatitinkantys gimdos kaklelio tepinėliai (reikalavimų neatitinkančių tepinėlių procentas) ir numatomos priemonės jų kokybei pagerinti.			

2.7.3.Rodiklis

Krūties vėžio ankstyvoji diagnostika

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.7.3.1.Būtinasis			
Įstaigoje yra mechanizmas identifikuoti rizikos grupės moteris mamogramai.			
Įstaiga sudaro sąrašą 50-69 m. amžiaus rizikos grupės moterų (įskaitant moteris, kurių pirmos eilės giminaitės sirgo krūties vėžiu) ir joms išsiunčia kvietimus atlikti mamogramą.			
Įstaiga sudaro sąrašus ir stebi rizikos grupės moterų, kurioms per pastaruosius 2 metus buvo atlikta mamograma ir kurios atsisakė atlikti mamogramą			
2.7.3.2. Siektinas			
Įstaigoje yra sistema vertinti visų atliktų mamogramų rezultatus.			
Rizikos grupės moterų sveikatos istorijose įrašoma apie išduotus siuntimus			

mamogramoms atlikti.			
Mamogramų rezultatus įvertina šeimos gydytojas, apie tai pažymi sveikatos istorijoje ir siunčia pacientės specialisto konsultacijai, jei to reikia.			
Apie mamografijos rezultatus informuojama pacientė ir tai pažymima sveikatos istorijoje.			
Šeimos gydytojas turi sąrašą moterų su teigiamais mamogramų rezultatais, kurios buvo nusiųstos konsultuotis su specialistu ir kurios yra stebimos (dėl diagnozės patikslinimo ar po gydymo).			
2.7.3.3. Siektinas			
Įstaiga vertina krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.			
Atliekamas metinis medicininis auditas stebint ankstyvosios diagnostikos koeficientą ir laiką iki siuntimo.			
Audito duomenys naudojami programos įgyvendinimo veiksmingumui gerinti.			

2.7.4. Rodiklis

Prostatos vėžio ankstyvoji diagnostika

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.7.4.1. Būtinai			
Įstaigoje yra mechanizmas identifikuoti rizikos grupės vyrus prostatos vėžio ankstyvajai diagnostikai.			
Įstaiga sudaro sąrašą 50-75 amžiaus rizikos grupės			

vyrų ir jiems išsiunčia kvietimus atlikti prostatos specifinio antigeno (PSA) tyrimą			
Įstaiga sudaro sąrašus ir stebi rizikos grupės vyrų, kuriems per pastaruosius 2 metus buvo atliktas PSA tyrimas ir kurie atsisakė atlikti tyrimą.			
2.7.4.2. Būtinasi			
Įstaigoje yra sistema vertinti atliktų PSA tyrimų rezultatus.			
Rizikos grupės vyrų sveikatos istorijose įrašoma apie išduotus siuntimus PSA tyrimui.			
PSA tyrimų rezultatus įvertina šeimos gydytojas, apie tai pažymi sveikatos istorijoje ir siunčia pacientus specialisto konsultacijai, jei to reikia.			
Apie PSA tyrimų rezultatus informuojamas pacientas ir tai pažymima sveikatos istorijoje.			
Šeimos gydytojas turi sąrašą vyrų su teigiamais PSA tyrimų rezultatais, kurie buvo nusiųsti konsultuotis su specialistu ir kurie yra stebimi (dėl diagnozės patikslinimo ar po gydymo).			
2.7.4.3. Siektinasi			
Įstaiga vertina prostatos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.			
Atliekamas metinis medicininis auditas stebint ankstyvosios diagnostikos koeficientą ir laiką iki siuntimo.			
Audito duomenys naudojami programos			

įgyvendinimo veiksmingumui gerinti.			
-------------------------------------	--	--	--

2.7.5.Rodiklis

Storosios žarnos vėžio ankstyvoji diagnostika

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.7.5.1. Būtinai			
Įstaigoje yra mechanizmas identifikuoti rizikos grupės pacientus storosios žarnos vėžio ankstyvajai diagnostikai.			
Įstaiga sudaro sąrašą 50-74 m. amžiaus rizikos grupės pacientų (ir su šeimos anamneze) ir jiems išsiunčia kvietimus atlikti imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (toliau – iFOBT) tyrimą.			
Įstaiga sudaro sąrašus ir stebi rizikos grupės pacientų, kuriems per pastaruosius 2 metus buvo atliktas iFOBT ir kurie atsisakė atlikti iFOBT.			
2.7.5.2.Būtinai			
Įstaigoje yra sistema sekti atliktų iFOBT rezultatus.			
Rizikos grupės pacientų sveikatos istorijose įrašoma apie išduotus siuntimus iFOBT.			
iFOBT rezultatus įvertina šeimos gydytojas, apie tai pažymi sveikatos istorijoje ir siunčia pacientus specialisto konsultacijai, jei to reikia.			
Apie iFOBT rezultatus informuojamas pacientas ir tai pažymima sveikatos istorijoje.			
Šeimos gydytojas turi			

sąrašą pacientų su teigiamais iFOBT rezultatais, kurie buvo nusiųsti konsultuotis su specialistu ir kurie yra stebimi (dėl diagnozės patikslinimo ar po gydymo).			
2.7.5.3. Siektinas			
Įstaiga vertina storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos rodiklius.			
Atliekamas metinis medicininis auditas stebint ankstyvosios diagnostikos koeficientą ir laiką iki siuntimo.			
Audito duomenys naudojami programos įgyvendinimo veiksmingumui gerinti.			

2.8. Standartas

Viso gyvenimo klinikinė priežiūra

2.8.1. Rodiklis

Kūdikių/vaikų priežiūra

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.8.1.1. Būtinasis			
Vaikų vystymasis yra vertinamas nacionalinėse rekomendacijose nustatytais intervalais.			
Įstaigoje yra nustatyta paslaugų vaikams teikimo tvarka, įskaitant priemones užtikrinti vaikų sveikatos priežiūros programos vykdymą vaikams, kurie neatvyksta tikrintis sveikatos.			
Šeimos gydytojo komanda žino tvarką ir jos laikosi.			
2.8.1.2. Siektinas			

Įstaigoje yra sistema, užtikrinanti vaiko teisių apsaugą.			
Įstaigoje yra Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymo kopija.			
Įstatymo kopija yra prieinama Įstaigos darbuotojai žino kur rasti įstatymo kopiją ir gali ja pasinaudoti.			
Šeimos gydytojo komanda gauna informaciją apie vietinę vaiko teisių apsaugos tvarką ir supranta savo įsipareigojimus dėl netinkamo elgesio su vaikais.			
Įstaigoje yra vietinės vaikų apsaugos įstaigos kontaktiniai duomenys.			
Įstaigoje yra paskirtas atsakingas kontaktinis asmuo dėl netinkamo elgesio su vaikais.			
2.8.1.3. Siektinas			
Įstaiga užtikrina, kad vaikams, turintiems lėtinių sveikatos problemų, priežiūrą teiktų ir šeimą palaikytų visa šeimos gydytojo komanda.			
Įstaigoje yra sudarytos sąlygos šeimos gydytojui gauti informaciją apie vaikus, turinčius lėtinių sveikatos problemų ir/ar specialiųjų poreikių.			
Šeimos gydytojas turi prisirašiusių vaikų sąrašą, pažymint neįgalius vaikus ir/ar vaikus sergančius lėtine liga.			
Lėtinėmis ligomis sergantiems ir/ar specialiųjų poreikių turintiems vaikams sudaromas sveikatos priežiūros planas, kurį žino visi šeimos gydytojo			

komandos nariai.			
Vaiko sveikatos priežiūros planas suderinamas su vaiko šeima.			

2.8.2. Rodiklis

Motinystės priežiūra

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
2.8.2.1. Būtinasis			
Nėščiųjų priežiūra remiasi nacionaliniais reikalavimais.			
Įstaigoje yra nustatyta priežiūros teikimo nėščiosioms tvarka.			
Tvarką žino šeimos gydytojo komanda ir jos laikosi.			
Reguliariai atliekamas nėščiųjų priežiūros vidaus medicininis auditas, kurio rezultatai naudojami paslaugos kokybei gerinti.			
2.8.2.2. Siektinas			
Šeimos gydytojo komanda skatina nėščiųjų dalyvavimą savipriežiūros programose.			
Nėščiosios siunčiamos dalyvauti motinystės programoje įstaigoje ar už jos ribų.			
Įstaigoje yra motinystės programų sąrašas su kontaktiniais duomenimis.			
Įstaiga turi informacinės medžiagos motinystės tema ir ją duoda nėščiosioms.			

3 Skyrius

Sveikatos informacijos valdymas

3.1. Standartas

Sveikatos informacijos privatumas ir konfidencialumas

3.1.1. Rodiklis

Privatumo ir konfidencialumo politika

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.1.1.1. Būtinai			
Įstaigoje yra privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra renkant paciento informaciją, įforminant ją dokumentais ir prieinant prie jos.			
Įstaigos patvirtinta paciento sveikatos informacijos rinkimo, įforminimo dokumentais ir pateikimo politika/procedūra atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Politikoje/procedūroje yra nustatyta, kokia paciento sveikatos informacija renkama ir kokių tikslų.			
Politikoje/procedūroje yra nustatyta, kuriems įstaigos darbuotojams paciento sveikatos informacija yra prieinama ir kokia apimtimi.			
Politikoje/procedūroje yra nustatyta, kaip su savo sveikatos informacija gali susipažinti pacientas ar jo atstovas ir kaip ji jiems pateikiama.			
Politikoje/procedūroje yra nustatyta, kaip paciento sveikatos informacija atskleidžiama ir pateikiama kitoms įstaigoms ir institucijoms ir kokie teisės aktai tai reglamentuoja.			
Privatumo ir konfidencialumo politikos išlaikymo efektyvumas periodiškai vertinamas, pvz., atliekant			

vidaus medicininį auditą.			
Įstaigoje privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra peržiūrima ir pataisoma, kai pasikeičia teisės aktai.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už politikos peržiūrėjimą ir pataisymus.			
3.1.1.2. Būtinai			
Įstaiga turi dokumentais įformintą ir įgyvendintą paciento sveikatos informacijos naudojimo politiką/procedūrą.			
Politikoje./procedūroje yra nustatyta, kaip paciento sveikatos informacija naudojama įstaigoje.			
Politikoje./procedūroje yra nustatytas darbuotojų priėjimo prie paciento sveikatos informacijos lygis.			
Politikoje./procedūroje yra nustatyta, kaip paciento sveikatos informacija naudojama kokybei užtikrinti, taip pat moksliniams tyrimams ir profesiniam tobulėjimui.			
Įstaigoje paciento sveikatos informacijos naudojimo politika/procedūra periodiškai peržiūrima ir pataisoma.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už politikos peržiūrėjimą ir pataisymus.			
3.1.1.3. Būtinai			
Su privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra renkant, įforminant dokumentais, pasiekiant ir naudojant paciento informaciją yra supažindinti visi įstaigos darbuotojai.			
Visi įstaigos darbuotojai yra parašę patvirtinę, kad yra susipažinę su privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra.			
Visi įstaigos darbuotojai yra pasirašę konfidencialumo pasižadėjimą.			
Visi įstaigos darbuotojai žino, kaip rinkti, naudoti, atskleisti paciento sveikatos informaciją			

išlaikant jos privatumą ir konfidencialumą.			
3.1.1.4. Būtinās Įstaigos privatumo ir konfidencialumo politika/procedūra renkant, įforminant dokumentais, pasiekiant ir naudojant bei atskleidžiant paciento informaciją yra prieinama pacientams.			
Įstaigoje yra informacija pacientams, kaip užtikrinamas jų įstaigoje saugomos sveikatos informacijos privatumas ir konfidencialumas.			
Informacijoje pacientams yra nurodoma, kokia informacija renkama ir kokių tikslų.			
Informacijoje pacientams yra nurodoma, kaip jie ir/ar jų atstovai gali susipažinti su savo sveikatos informacija.			
Informacijoje pacientams yra nurodoma, kokioms institucijoms ir kokių pagrindų sveikatos informacija atskleidžiama be paciento sutikimo.			
Informacijoje pacientams yra nurodoma, kad jie gali ir kokių būdų gali paskirti savo atstovą, turintį teisę gauti informaciją apie paciento sveikatą.			

3.1.2. Rodiklis

Informacijos saugumas.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.1.2.1. Būtinās Sveikatos istorijos yra laikomos ir/ar sudaromos rinkmenos, užtikrinant jų saugumą.			
Įstaigoje yra nustatyta tvarka laikyti popierines sveikatos istorijas ir kitą medicininę dokumentaciją.			
Darbuotojai žino šią tvarką ir jos laikosi.			
Pacientų asmeninė sveikatos			

informacija nėra laikoma ar paliekama tokiose vietose, kur prie jų gali prieiti pašaliniai asmenys, ar ten, kur neužtikrinama nuolatinė personalo priežiūra.			
Jautrūs duomenys, tokie, kaip asmens kodas ar ligų kodai, nerašomi ant popierinių sveikatos istorijų viršelių.			
Įstaigoje yra nustatyta elektroninių sveikatos istorijų valdymo, priėjimo prie jų ir jų, naudojimo tvarka.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už elektroninių sveikatos istorijų valdymo administravimą.			
Darbuotojai žino šią tvarką ir jos laikosi.			
3.1.2.2. Būtinai Su sveikatos istorijų turiniu ir susijusiais dokumentais gali susipažinti tik įgalioti asmenys. Sąsaja su 3.1.1.1. ir 3.1.1.2.			
Įstaigoje yra nustatytas darbuotojų priėjimo prie paciento sveikatos informacijos lygis, t.y. su kokia paciento sveikatos informacija darbuotojas turi teisę susipažinti.			
Perduodant popierines sveikatos istorijas įstaigos viduje užtikrinama, kad su jų turiniu negalėtų susipažinti pašaliniai asmenys.			
3.1.2.3. Būtinai Įstaiga užtikrina, kad nenaudojamos sveikatos istorijos, elektroninės ar popierinės, yra saugomos nustatytą laiką ir sunaikinamos pagal teisės aktų reikalavimus.			
Įstaigoje yra patvirtinta tvarka sveikatos istorijas perduoti į archyvą, jas nustatytą laiką saugoti ir sunaikinti, atitinkanti teisės aktų reikalavimus.			
Tvarkoje yra numatytas procesas, kaip tvarkytis su paciento sveikatos informacija			

nutraukiant įstaigos veiklą.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už nenaudojamų sveikatos istorijų saugojimą ir sunaikinimą.			
Įstaiga naudoja tinkamą metodą sunaikinti sveikatos istorijas prieš jas utilizuojant.			

3.1.3. Rodiklis

Paciento informacijos atskleidimas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.1.3.1. Būtinai Įstaigoje yra nustatyta politika/procedūra leisti pacientams ir jų atstovams susipažinti su sveikatos informacija, įskaitant rašytinės informacijos teikimą pacientams. Sąsaja su 1.1.1.2., 1.1.1.3., 3.1.1.1., 3.1.1.2.			
Šeimos gydytojo komanda pacientams ir jų atstovams teikia paciento sveikatos informaciją žodžiu ir/ar raštu.			
Šeimos gydytojo komanda pacientams suprantamai paaiškina informaciją, esančią jų sveikatos istorijoje			
Šeimos gydytojo komanda gali riboti informacijos teikimą pacientams.			
Šeimos gydytojo komanda, esant pagrįstam paciento reikalavimui, gali ištaisyti įrašus sveikatos istorijoje.			
3.1.3.2. Būtinai Įstaigoje yra politika/procedūra paciento sveikatos informaciją atskleisti trečiosioms šalims, įskaitant atvejus ir aplinkybes, kai įstaiga privalo atskleisti paciento informaciją. Sąsaja su 3.1.1.1., 3.1.1.3.			
Įstaigoje yra nustatyta informacijos teikimo trečiosioms šalims tvarka.			
Tvarkoje yra apibrėžtos paciento informacijos teikimo trečiosioms šalims sąlygos.			
Apie paciento sveikatos			

informacijos pateikimą trečiosioms šalims įrašoma sveikatos istorijoje.			
Periodiškai atliekamas vidaus medicininis auditas, kaip laikomasi politikos/procedūros paciento sveikatos informaciją atskleisti trečiosioms šalims.			
3.1.3.3. Siektinas Įstaigoje užtikrinamas informacijos saugumas gaunant paciento informaciją ir/ar ją perduodant kitiems. Sąsaja su 3.1.2.1., 3.1.2.2.			
Informacijos teikimo trečiosioms šalims, įskaitant kitą sveikatos priežiūros paslaugų teikėją, tvarkoje yra numatyti būdai informacijos (popierine ar elektronine forma) saugumui užtikrinti.			
Įstaiga turi patvirtintas taisykles naudoti nuasmenintą paciento informaciją moksliniams tyrimams, profesiniam tobulėjimui, paslaugų kokybės gerinimui ir pan.			
Į biomedicininis tyrimus pacientai įtraukiami laikantis teisės aktų reikalavimų			
Elektroniniai paciento sveikatos duomenys iš įstaigos perduodami saugiu formatu.			
3.1.3.4. Būtinai Privalomi pranešimai apie paciento sveikatos informaciją vykdomi pagal teisės aktų reikalavimus ir laikantis paciento sveikatos informacijos privatumo apsaugos.			
Įstaiga turi patvirtintą tvarką dėl privalomų pranešimų valstybinėms institucijoms apie pacientų sveikatos informaciją.			
Šeimos gydytojo komanda žino šią tvarką ir jos laikosi.			
Apie išsiųstą pranešimą įrašoma paciento sveikatos istorijoje.			

3.2. Standartas

Pacientų ambulatorinės asmens sveikatos istorijos (sveikatos istorijos)

3.2.1. Rodiklis

Sveikatos istorijų turinys

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.2.1.1. Būtinai			
Kiekvienam pacientui vedama tiksli, nuolat atnaujinama ir pilna Ambulatorinė asmens sveikatos istorija/ Vaiko sveikatos raidos istorija.			
Įstaigoje yra patvirtinta Ambulatorinių asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorijų pildymo tvarka.			
Kiekvieno paciento Ambulatorinė asmens sveikatos /Vaiko sveikatos raidos istorija turi unikalų identifikacinį numerį			
Ambulatorinė asmens sveikatos istorija (Forma Nr. 025/a)/ Vaiko sveikatos raidos istorija (forma Nr. 025-112/a) atitinka teisės aktų reikalavimus ir joje pildoma visa reikalaujama informacija.			
3.2.1.2. Siektinas			
Ambulatorinė asmens sveikatos istorija/ Vaiko sveikatos raidos istorija pildoma, padedant pacientui ir jo šeimai.			
Sąsaja su 3.1.1.1, 3.1.1.3.			
Pacientai suteikia tikslią ir pilną savo sveikatos informaciją.			
Pacientai informuojami, kad jie turi teisę susipažinti su įrašais sveikatos istorijoje ir komentuoti joje įrašytą informaciją.			
Kai pildoma elektroninė paciento istorija, pacientams sudaroma galimybė ją paskaityti.			

3.2.1.3. Būtinai

Ambulatorinė asmens sveikatos istorija/ Vaiko sveikatos raidos istorija pildoma įskaitomai ir suprantamai kitam šeimos gydytojui ar kitiems sveikatos priežiūros specialistams.

Popierinė Ambulatorinė asmens sveikatos/ Vaiko sveikatos raidos istorija pildoma įskaitomai, nenaudojant jokių kitiems nesuprantamų sutrumpinimų be jų paaiškinimo.			
Kiekvieną įrašą Ambulatorinėje asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istorijoje pasirašo jį padaręs asmuo, dėdamas savo spaudą ar įrašydamas pavardę.			
Pažymima padaryto įrašo data ir, kai reikia – laikas.			
Prieš persiunčiant Ambulatorinę asmens sveikatos / Vaiko sveikatos raidos istoriją kitam sveikatos priežiūros teikėjui ar atiduodant ją į archyvą, šeimos gydytojas patikrina įrašų tikslumą ir pasirašo, nurodydamas datą ir laiką.			

3.2.1.4. Siektinas

Ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje/ Vaiko sveikatos raidos istorijoje paprastai nurodomas asmuo kontaktui skubiais atvejais.

Įstaiga turi formą (ar tam skirtą vietą kitoje formoje) pacientui nurodyti kontaktinį asmenį.			
---	--	--	--

3.2.1.5. Siektinas

Ambulatorinėje asmens sveikatos istorijoje/ Vaiko sveikatos raidos istorijoje įrašomi telefoniniai pokalbiai, pranešimai apie pacientų iškvietimą, tyrimų rezultatai, siuntimai ir kiti kontaktai su pacientu elektroninėmis komunikacijos priemonėmis.

Šeimos gydytojo komandos nariai apie kiekvieną telefoninį pokalbį su pacientu ar jo šeimos nariu įrašo Ambulatorinėje asmens sveikatos/ Vaiko sveikatos raidos istorijoje, nurodant pokalbio turinį, datą ir laiką.			
---	--	--	--

Ambulatorinėje asmens sveikatos/ Vaiko sveikatos raidos istorijoje registruojami ir kiti kontaktai su pacientu bei jo šeima.			
3.2.1.6. Būtinai			
Visa gaunama paciento sveikatos informacija yra įtraukiama į sveikatos istoriją/vaiko sveikatos raidos istoriją			
Ambulatorinės asmens sveikatos/ Vaiko sveikatos raidos istorijų pildymo tvarkoje yra nustatyta, kokia informacija ir koku būdu į jas įtraukiama.			
Darbuotojai žino šią tvarką ir jos laikosi.			
3.2.1.7. Būtinai			
Reguliariai atliekamas Ambulatorinių asmens sveikatos istorijų/ vaiko sveikatos raidos istorijų turinio vidaus medicininis auditas.			
Ambulatorinės asmens sveikatos/ Vaiko sveikatos raidos istorijų pildymo tvarkos laikymosi auditas atliekamas pagal metinį planą, vertinant atskirus tvarkos reikalavimus pagal nustatytus prioritetus.			
Vidaus medicininio audito rezultatai naudojami paslaugų kokybei gerinti.			
Su audito rezultatais supažindinami įstaigos darbuotojai.			

3.2.2. Rodiklis

Klinikinės epikrizės

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.2.2.1. Būtinai			
Įstaigoje pildoma Vaiko sveikatos etapinė epikrizė (Forma Nr. 025-112-1/a) atitinka teisės aktų reikalavimus			
Vaikui sukakus 18 metų šeimos gydytojas pildo Vaiko			

sveikatos etapinę epikrizę, kurioje nurodoma: - vaiko rizikos, - fizinės būklės įvertinimas, - pagrindiniai tyrimai, - specialistų apžiūra, - neįgalumas ir specialieji poreikiai, - ligos, kuriomis sirgta, - lėtinės ligos (diagnozė, TLK-10 AM kodai.			
--	--	--	--

3.2.3. Rodiklis

Konsultacijų įrašai

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.2.3.1. Būtinai			
Konsultacijų įrašai yra patikimi, pilni ir objektyvūs.			
Konsultacijų įrašai sveikatos istorijoje (popierinėje ir elektroninėje laikmenoje) yra neutralūs ir objektyvūs, be nepagrįstų taisymų.			
Įrašai sveikatos istorijoje daromi konsultacijos metu ar iš karto gavus svarbią informaciją, pvz., tyrimų rezultatus.			
Įrašą apie konsultaciją padaręs asmuo nurodo konsultacijos datą (ir laiką, jei teikta skubi pagalba) ir pasirašo, pažymėdamas identifikacijos duomenis.			
Konsultacijos įrašė nurodoma konsultacijos priežastis bei svarbūs klinikiniai radiniai.			
Konsultacijos įrašė nurodoma diagnozė bei paskirti tyrimai ar konsultacijos.			

Konsultacijos įrašė nurodomas paskirtas gydymas (vaistai ir kt.) ir stebėjimo planas.			
Konsultacijos įrašė pažymima pacientui suteikta informacija bei numatyti prevencijos veiksmai.			
3.2.3.2. Siektinas			
Apsilankymo metu nustatytos paciento problemos yra sekamos pakartotinių konsultacijų metu.			
Pakartotinių konsultacijų metu vertinami paskirti tyrimai ar konsultacijos.			
Pakartotinių konsultacijų metu vertinamas paskirto gydymo plano laikymasis ir gydymo efektyvumas.			

3.2.4. Rodiklis

Siuntimo dokumentai

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.2.4.1. Būtinai			
Siuntimai yra įskaitomi ir turi teisės aktų reikalaujamą informaciją.			
Sąsaja su 2.2.2.1.			
Įstaigoje yra nustatyta siuntimų tirtis ir konsultuotis tvarka, kurios laikosi šeimos gydytojo komanda.			
Siuntimams tirtis ir konsultuotis naudojamos standartinės formos (Medicinos dokumentų išrašas/siuntimas (Forma Nr. 027/a); Siuntimas laboratoriniam tyrimui ir tyrimo rezultatai (Forma Nr.200/a)			
Siuntimuose pildomos visos nurodytos grafos			
3.2.4.2. Siektinas			
Siuntimų kopijos yra paliekamos sveikatos istorijoje.			

3.2.4.3. Siektinas			
Įstaigoje yra mechanizmas sekti pacientus juos nusiuntus kitiems sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams.			
Siuntimų tirtis ir konsultuotis tvarkoje yra numatyta, kaip šeimos gydytojo komanda seka, ar pacientai atliko paskirtus tyrimus ir konsultacijas.			
Jei Medicinos dokumentų išrašas/siuntimas pildomas kitos įstaigos prašymu, tai prašymas ar jo kopija įtraukiamas į paciento sveikatos istoriją.			

3.3. Standartas

Saugus informacinių technologijų naudojimas

3.3.1. Rodiklis

Informacinių technologijų strateginis planas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.3.1.1. Siektinas			
Kompiuterizuotos įstaigos turi informacinių technologijų diegimo operatyvinį ir strateginį planą.			
Įstaigos vadovybė nusprendžia, kokių tikslų naudos informacines technologijas: įstaigos viduje (sveikatos istorijoms, paciento sekimo sistemoms, laukimo laiko valdymo sistemoms ir kt.) ar bendraujant su kitais sveikatos priežiūros teikėjais.			
Informacines technologijas įstaiga pasirenka pagal savo poreikius ir prioritetus bei numatomas inovacijas.			
Pasirinktos informacinės sistemos atitinka valstybinės e-sveikatos sistemos ir kitų kompetentingų valstybinių institucijų reikalavimus.			

Įstaigos darbuotojai yra apmokyti naudoti informacinėmis sistemomis ir kitomis informacinėmis technologijomis.			
3.3.1.2. Būtinai			
Yra paskirtas asmuo (asmenys), atsakingas (-i) už įstaigos informacinių sistemų apsaugą.			
Už įstaigos informacinių sistemų apsaugą atsakingo asmens funkcijos apibrėžtos jo pareigybės aprašyme.			
Darbuotojai žino atsakingo asmens kontaktinius duomenis, kad, esant reikalui, į jį galėtų kreiptis.			
Atsakingas asmuo prižiūri, kad būtų laikomasi informacinių sistemų apsaugos protokolų.			
Atsakingas asmuo palaiko kontaktus su įstaigą aptarnaujančiu išorės ekspertu (jeigu toks yra).			
Atsakingas asmuo organizuoja darbuotojų mokymą duomenų apsaugos klausimais.			
Atsakingas asmuo periodiškai atlieka įstaigos skaitmeninių duomenų apsaugos auditą.			

3.3.2. Rodiklis

Kompiuterių apsauga

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.3.2.1. Būtinai			
Įstaigoje yra nustatyta ir dokumentais įforminta informacinės sistemos duomenų saugos politika/procedūros.			
Politika/ procedūros atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už politikos/procedūrų įgyvendinimą ir priežiūrą.			
Darbuotojai yra supažindinti			

su politika/procedūromis.			
3.3.2.2. Būtinai			
Įstaigoje yra nustatytos personalinių kompiuterių (įskaitant nešiojamąją įrangą) naudotojų taisyklės ir darbuotojai jų laikosi.			
Įstaigoje patvirtintos personalinių kompiuterių naudotojų taisyklės atitinka teisės aktų reikalavimus ir užtikrina elektroninės informacijos saugų tvarkymą.			
Darbuotojai yra supažindinti su taisyklėmis ir apmokyti saugiai tvarkyti pacientų elektroninę informaciją.			
Darbuotojai turi personalinių kompiuterių naudotojų taisykles darbo vietoje ir jų laikosi.			
Už informacinės sistemos priežiūrą atsakingas asmuo kontroliuoja, kaip laikomasi personalinių kompiuterių naudotojų taisyklių.			
3.2.2.3. Būtinai			
Pagrindiniai kompiuterių apsaugos metodai yra naudojami personalinių kompiuterių naudotojų įgaliojimams ir veiklai kontroliuoti.			
Visi darbuotojai turi atitinkamus įgaliojimų lygmenis, įskaitant laikinus naudotojus.			
Administratoriaus teises turi ribotas naudotojų skaičius.			
Kompiuterių naudotojai identifikuojami naudojant elektroninio parašo sertifikatą ir/ar slaptažodį.			
Taikoma apsauga nuo galimų tyčinių naudotojų veiksmų, nustatant naudotojų vaidmenis, teises bei registruojant naudotojo prisijungimus.			
3.2.2.4. Būtinai			
Įstaiga naudoja atitinkamas technologijas saugiam darbui ir duomenų kompiuteriuose apsaugai užtikrinti.			
Darbui yra naudojama tik			

legali programinė įranga ir aplikacijos.			
Operatyvinės sistemos ir aplikacijos yra reguliariai atnaujinamos.			
Kompiuteriai yra apsaugoti priešvirusine programine įranga, kuri reguliariai atnaujinama.			
Prie interneto prijungti kompiuteriai yra apsaugoti atitinkamomis apsaugos programinėmis priemonėmis.			
Kompiuteriai yra įrengti su nepertraukiamu maitinimu ir/ar įtampos filtrais.			

3.2.2.5. Būtinai

Elektroninių duomenų perdavimas vyksta saugiu formatu.

Įstaiga turi patvirtintą tvarką, nustatančią, kaip keičiamasi informacija tarp įstaigos padalinių ir su kitomis įstaigomis.			
Tvarkoje yra numatyta, koku būdu identifikuojamas pacientas ir kaip užtikrinamas perduodamos informacijos saugumas.			
Darbuotojai yra supažindinti su tvarka ir jos laikosi.			

3.3.3. Rodiklis

Dubliavimo sistema ir paslaugų testinimo planas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
3.3.3.1. Siektinas			
Dubliavimo ir atgaminimo sistema yra naudojama paciento elektroninei informacijai apsaugoti.			
Įstaigoje yra patvirtinta elektroninės informacijos dubliavimo tvarka.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo (informacinės sistemos administratorius), atsakingas už elektroninės informacijos dubliavimą			

Atsarginės kopijos saugomos saugioje aplinkoje ne įstaigoje.			
Registruojami ir analizuojami informacinių sistemų nepageidaujami įvykiai, tokie, kaip sistemos avarija ar maitinimo gedimas.			

4 skyrius

Sauga ir kokybės tobulinimas

4.1. Standartas

Infekcijų kontrolė

4.1.1. Rodiklis

Šeimos gydytojo komanda laikosi infekcijos kontrolės reikalavimų.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.1.1.1. Būtinai			
Įstaigoje yra apibrėžta infekcijų kontrolės politika ir procedūros, atitinkančios nacionalinius infekcijų kontrolės reikalavimus.			
Įstaigoje yra infekcijų kontrolės procedūrų vadovas.			
Įstaigoje yra patvirtinta rankų higienos procedūra.			
Įstaigoje yra pacientų izoliavimo tvarka, įskaitant pacientų, galimai sergančių užkrečiama liga, rūšiavimą.			
Įstaigoje yra patvirtinta medicinos prietaisų ir kitų gaminių apdorojimo/ naudojimo tvarka.			
Įstaigoje yra patvirtinta medicininių atliekų, įskaitant aštrius objektus, tvarkymo procedūra.			
Įstaigoje yra skalbinių			

tvarkymo procedūra.			
Įstaigoje yra aplinkos paviršių higienos planas ir valymo-dezinfekcijos procedūra, įskaitant kraujo ir organizmo skysčių išsiliejimų tvarkymą.			
Įstaigoje yra darbuotojų biologinės saugos ir ekspozicijos profilaktikos aprašymas, įskaitant personalinių apsaugos priemonių naudojimą.			
Įstaiga reguliariai vertina infekcijų kontrolės procedūrų laikymąsi, pvz., atliekant vidaus medicininį auditą.			
4.1.1.2. Būtinai			
Įstaigos darbuotojai yra apmokyti laikytis infekcijų kontrolės priemonių, jų mokymas nuolat atnaujinamas, kad būtų išlaikytos žinios, įgūdžiai ir požiūris, reikalingi gerai infekcijų kontrolės praktikai.			
Naujų darbuotojų įvadinis instruktažas apima infekcijų kontrolės priemonių mokymą.			
Darbuotojų infekcijų kontrolės žinios periodiškai atnaujinamos ir tai registruojama specialiaame žurnale.			
Darbuotojai laikosi infekcijų kontrolės procedūrų ir gali parodyti, kaip tai daro.			
4.1.1.3. Būtinai			
Įstaiga turi paskirtą asmenį, atsakingą už infekcijų kontrolės procesų koordinavimą įstaigoje.			
Asmens, atsakingo už infekcijų kontrolę įstaigoje, kompetencija atitinka teisės aktų reikalavimus (išsilavinimas, kursai)			
Už infekcijų kontrolę atsakingo asmens pareigos			

ir atsakomybės apibrėžtos jo pareigų aprašyme.			
--	--	--	--

4.1.2. Rodiklis

Medicinos prietaisų ir patalpų valymas ir dezinfekcija

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.1.2.1. Būtinai			
Įstaigos valymo tvarkoje numatyta medicinos prietaisų, įstaigos klinikinių ir neklinikinių plotų valymo ir dezinfekcijos grafikai bei darbuotojų atsakomybės.			
Įstaigoje yra paskirtas darbuotojas, atsakingas už patalpų valymą, kurio atsakomybės aprašytos jo pareigų aprašyme.			
Aplinkos paviršiai valomi pagal tvirtinamą higienos planą ir tvarką.			
Už patalpų valymą atsakingas asmuo žino higienos planą ir tvarką ir jų laikosi.			
Medicinos prietaisai valomi ir dezinfekuojami po kiekvieno panaudojimo.			
Vienkartinio naudojimo medicinos priemonės pakartotinai nenaudojamos, jos išmetamos.			
4.1.2.2. Būtinai			
Valymui naudojamos medžiagos yra tinkamos numatytam naudojimui.			
Aplinkos valymui naudojami tik registruoti biocidai			
Naudojant valymui skirtas chemines medžiagas laikomasi gamintojo instrukcijų.			
Cheminių medžiagų saugos lapai yra laikomi darbuotojams lengvai			

prieinamoje vietoje			
Įstaiga turi valymui naudojamų medžiagų sąrašą.			
4.1.2.3. Būtinasi			
Įstaiga yra nustatiusi politiką/procedūrą kraujo ir kūno skysčių išsiliejimams tvarkyti, darbuotojai su ja supažindinti ir jos laikosi.			
Aplinkos paviršių valymo tvarkoje yra nustatyta, kaip valomi ir dezinfekuojami kraujo ir kitų organizmo skysčių išsiliejimai.			
Visi darbuotojai žino kraujo ir kitų organizmo skysčių išsiliejimo valymo tvarką ir jos laikosi.			
4.1.2.4. Būtinasi			
Įstaiga laikosi teisės aktų reikalavimus atitinkančios skalbinių tvarkymo procedūros arba naudoja vienkartinės medicinos priemones.			
Įstaigoje yra patvirtinta skalbinių tvarkymo procedūra (jei nenaudojamos vienkartinės medicinos priemonės) ir paskirtas už tai atsakingas asmuo.			
Darbuotojai žino procedūrą ir jos laikosi.			
Vienkartinio naudojimo medicinos priemonės pakartotinai nenaudojamos.			

4.1.3. Rodiklis

Sterilizacijos procesas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.1.3.1. Būtinasi			
Įstaiga laikosi teisės aktų reikalavimus atitinkančios medicinos priemonių sterilizacijos procedūros.			
Įstaiga turi patvirtintą			

procedūrą sterilizuoti medicinos priemonės pačioje įstaigoje.			
Įstaiga turi patvirtintą procedūrą sterilizuoti medicinos priemonės kitoje įstaigoje.			
Įstaiga naudoja vienkartinės medicinos priemonės.			
4.1.3.2. Būtinai			
Įstaigoje yra paskirtas darbuotojas, atsakingas už sterilizacijos procesą.			
Už sterilizacijos procesą atsakingas darbuotojas yra apmokytas atlikti sterilizacijos procedūrą.			
Įstaiga turi sterilizuojamų medicinos priemonių sąrašą.			
4.1.3.3. Būtinai			
Sterilizacijos įranga yra stebima, tikrinama, prižiūrima ir kalibruojama sterilizacijos proceso patikimumui užtikrinti.			
Įstaiga turi darbuotoją, atliekantį sterilizacijos įrangos techninę priežiūrą/ yra sudariusi sutartį dėl įrangos techninės priežiūros			
Sterilizacijos įrangos techninės priežiūros ir remonto darbai įforminami dokumentais.			
Už sterilizacijos procesą atsakingas asmuo žino, kaip turi būti prižiūrima sterilizacijos įranga ir tai kontroliuoja.			
4.1.3.4. Būtinai			
Kiekvieno sterilizacijos ciklo efektyvumas yra kontroliuojamas.			
Kiekvienas sterilizacijos ciklas, krovinys yra tikrinamas ir rezultatai registruojami, užtikrinant			

sterilizuojamų priemonių žymėjimą ir atsekamumą.			
Sterilizacijos proceso kontrolei naudojami indikatoriai atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Mažaisiais garo sterilizatoriais sterilizuotos medicinos priemonės naudojamos tuoj pat po sterilizacijos ir negabenamos per kitas patalpas.			
4.1.3.5. Būtinas			
Įstaigoje yra nustatyta tvarka atlikti medicinos priemonių sterilizaciją kitoje įstaigoje, įskaitant sterilizacijos proceso kontrolės įrodymus ir tinkamas bei saugias transportavimo sąlygas.			
Sutartis su kita įstaiga dėl medicinos priemonių sterilizacijos.			
Tvarkoje yra numatyti sterilizuojamų medicinos priemonių transportavimo į/iš kitos įstaigos reikalavimai.			
Sutartyje yra nustatyta, kaip sterilizaciją atliekanti įstaiga pateikia sterilizacijos proceso patikimumo įrodymus.			
4.1.3.6. Būtinas			
Sterilios medicinos priemonės saugomos taip, kad būtų užtikrintas jų sterilumas.			
Įstaigoje yra nustatytos sterilių medicinos priemonių laikymo taisyklės.			
Taisyklėse numatyta, kaip sekama supakuotų medicinos priemonių sterilizacijos data			
Sterilių medicinos priemonių išdavimas yra registruojamas.			

4.1.4. Rodiklis

Infekcijos plitimo įstaigoje kontrolė

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.1.4.1. Būtinai			
Įstaigos darbuotojai yra apmokyti ir laikosi rankų higienos procedūros, kad sumažintų infekcijos plitimą įstaigos viduje.			
Įstaigoje yra patvirtinta rankų higienos procedūra.			
Darbuotojai periodiškai mokomi laikytis rankų higienos procedūros.			
Už infekcijų kontrolę atsakingas asmuo planuoja ir registruoja darbuotojų rankų higienos mokymus.			
Įstaigos darbuotojai laikosi rankų higienos procedūros.			
Visuose konsultacijų ir procedūrų kabinetuose yra rankų plovimo/ dezinfekavimo įranga su atmintine.			
4.1.4.2. Būtinai			
Vykdomas rankų higienos procedūros laikymosi auditas.			
Rankų higienos procedūros laikymosi auditas atliekamas periodiškai pagal sudarytą planą.			
Audito rezultatai aptariami įstaigos administracijos ir imamasi veiksmų rezultatams gerinti, pvz., darbuotojų papildomi mokymai, motyvavimas ir kt.			
Su audito rezultatais supažindinami darbuotojai.			
4.1.4.3. Būtinai			
Įstaigos darbuotojai naudojami asmeninėmis apsaugos priemonėmis, įskaitant medicinines pirštines, jeigu tai nurodoma reikalavimuose.			

Įstaiga turi pakankamai reikalingų personalo asmeninių apsaugos priemonių.			
Asmeninės apsaugos priemonės, kur reikalinga, yra darbo vietose.			
Nauji darbuotojai įvadinio instruktažo metu yra apmokomi, kaip ir kada naudotis asmeninėmis apsaugos priemonėmis.			
Darbuotojai aiškiai supranta šių priemonių svarbą ir jomis naudojasi.			

4.1.4.4. Siektinas

Siekiant sustabdyti infekcijos plitimą, naudojamos izoliavimo priemonės pacientams, kurie yra užsikrėtę ar gali būti užsikrėtę lengvai plintančiomis infekcinėmis ligomis (pvz., gripu).

Pacientai, kurie serga greitai plintančia infekcija ar įtariami, kad serga, izoliuojami atskiroje patalpoje.			
Pacientams, kurie serga greitai plintančia infekcija ar įtariami, kad serga, uždedama medicininė kaukė ir jie informuojami apie asmens higienos priemones.			
Pacientui išvykus, patalpa valoma, išvėdinama.			
Registratūroje ar laukiamajame įrengiamos papildomos pacientų rankų higienos priemonės.			

4.1.5. Rodiklis

Atliekų tvarkymas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.1.5.1. Būtinai			

Medicininės atliekos yra saugiai laikomos ir išmetamos pagal nustatytus reikalavimus (įskaitant anatomines atliekas, kraują, neanatomines atliekas ir kitas atliekų medžiagas).			
Įstaigoje yra patvirtinta medicininių atliekų tvarkymo procedūra.			
Darbuotojai žino procedūrą ir jos laikosi.			
Įstaiga turi sutartį su licencijuota medicininių atliekų tvarkymo įmone.			
Medicininės atliekos yra laikomos saugiai: saugiuose konteineriuose, neprieinamoje vietoje.			
Medicininių atliekų konteinerių laikymo vietos yra pažymėtos biorizikos ženklais.			
4.1.5.2. Būtinai			
Įstaiga saugiai laiko ir išmeta aštrius instrumentus.			
Įstaigoje yra nustatyta tvarka, kaip elgtis su aštriais instrumentais.			
Aštrius instrumentus naudojančios darbuotojos žino šią tvarką ir jos laikosi.			
Visose klinikinėse patalpose yra specialūs žymėti konteineriai aštriems instrumentams.			
Įstaiga turi sutartį su įmone, šalinančia aštrius instrumentus.			
4.1.5.3. Būtinai			
Šeimos gydytojo komanda turi procedūras tiems atvejams, kai atsitiktinai susižalojama aštriais instrumentais ar įvyksta kitokia ekspozicija krauju ar kūno skysčiais.			
Įstaiga turi darbuotojų biologinės saugos ir ekspozicijos profilaktikos procedūrą.			
Procedūroje yra nustatyta, kaip elgtis susižeidus.			

Darbuotojai žino procedūrą ir jos laikosi.			
Visi darbuotojų susižeidimai aštriais instrumentais yra registruojami ir tiriami.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už susižeidimų aštriais dokumentais registravimą ir tyrimą.			
4.1.5.4. Būtinasi			
Įstaiga užtikrina saugų buitinių atliekų išmetimą.			
Popierinių atliekų dėžės yra visose darbo vietose.			
Krauju ar kūno skysčiais užterštos buitinės atliekos laikomos atskirai pašaliniam nepasiekiamoje vietoje.			

4.2. Standartas Darbo vietos sauga

4.2.1. Rodiklis Saugi darbo aplinka

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.2.1.1. Būtinasi			
Įstaigoje yra darbdavio įgaliotas asmuo darbuotojų saugai ir sveikatai.			
Įstaiga turi paskirtą darbuotojų saugos ir sveikatos specialistą su apibrėžtomis pareigomis.			
Saugos ir sveikatos specialisto kontaktiniai duomenys prieinami visiems darbuotojams.			
4.2.1.2. Būtinasi			
Įstaigos aplinka ir patalpos užtikrina personalo, pacientų ir lankytojų patogumą, saugą ir apsaugą.			

Patalpų aplinkos temperatūra ir ventiliacija atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Darbo vietos tvarkingos, apšvietimas atitinka reikalavimus.			
Atsarginai išėjimai gaisro atvejui yra laisvi.			
Elektrinės instaliacijos nekelia gaisro ir sprogdimo pavojaus.			
Laukiamajame ir kitose viešose patalpose yra informaciniai ženklai apie draudimą rūkyti įstaigoje			
4.2.1.3. Siektinas Kiekvieno šeimos gydytojo komandos nario darbo aplinka ir darbo krūvis yra pagrįstas, ir paskirstytas taip, kad užtikrintų pacientų ir komandos saugą ir gerovę.			
Įstaigoje yra nustatyti darbuotojų darbo krūviai.			
Darbuotojų darbo grafikai ir darbo laikas atitinka darbo krūvį.			
Yra darbuotojų buitiniams poreikiams skirtos patalpos. Patalpose nerūkoma.			
Užtikrinamos reguliarios pertraukos darbo metu.			
Personalo darbo saugos ir sveikatos klausimai aptariami darbuotojų susirinkimuose.			
4.2.1.4. Būtinasis Įstaigos darbuotojai yra apmokyti, kaip naudotis ir prižiūrėti svarbią įrangą, dirbti saugiai pagal darbuotojų saugos ir sveikatos teisės aktų reikalavimus.			
Įstaigoje yra parengtos darbo vietoms saugos ir sveikatos instrukcijos			
Darbuotojai instrukcijas turi darbo vietoje ir jų laikosi.			

Nauji darbuotojai įvadinio instruktažo metu supažindinami su galimais rizikos faktoriais ir numatomomis atsargumo priemonėmis.			
Periodiškai darbuotojų žinios apie darbo saugą atnaujinamos instruktažų metu.			
Pravesti saugos instruktažai registruojami.			
4.2.1.5. Būtinai Įstaiga laikosi cheminių ir pavojingų medžiagų naudojimo, tvarkymo, saugojimo ir transportavimo reikalavimų. Sąsaja 4.1.2.2.			
Įstaigoje yra naudojamų cheminių ir pavojingų medžiagų sąrašas.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už šių medžiagų priežiūrą.			
Šių medžiagų išdavimas ir suvartojimas yra registruojami.			
Darbuotojai yra informuojami, kaip tinkamai elgtis su pavojingomis medžiagomis.			
Prie kiekvienos pavojingos medžiagos yra medžiagos saugos lapas.			

4.2.2. Rodiklis

Nelaimingų atsitikimų darbe ir ligų prevencija

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.2.2.1. Būtinai Registruojami, tiriami ir profesionaliai bei etiškai sprendžiami visi nelaimingi atsitikimai ir			

sužalojimai, kuriuos patiria personalas, pacientai ir kiti.			
Sąsaja su 4.1.5.3.			
Įstaigoje yra paskirtas atsakingas asmuo, registruojantis nelaimingus atsitikimus darbo vietoje.			
Atsakingo asmens duomenys žinomi visiems darbuotojams.			
Nelaimingi atsitikimai darbo vietoje (ar pakeliui į darbą ar iš darbo) yra įforminami dokumentais pagal teisės aktų reikalavimus.			
Nelaimingi atsitikimai darbo vietoje yra tiriami ir analizuojami bei numatomos prevencinės priemonės.			
Nelaimingi atsitikimai darbo vietoje aptariami su darbuotojais.			
4.2.2.2. Siektinas			
Įstaigoje yra dokumentais įforminta rizikos valdymo politika/procedūra, kur nurodyti veiksmai, kurių reikia imtis siekiant apsaugoti gydytojus ir personalą nuo galimų smurto atvejų įstaigoje.			
Įstaigoje yra apsaugos priemonės nuo smurto atvejų.			
Darbuotojai yra informuojami, kaip bendrauti su agresyviai besielgiančiu pacientu.			
Incidentai dėl smurto darbe yra registruojami ir tiriami pagal Darbo inspekcijos metodines rekomendacijas.			
4.2.2.3. Siektinas			
Įstaiga siūlo savo darbuotojams pasiskiepyti, kad jie galėtų tinkamai vykdyti savo pareigas ir būtų apsaugoti nuo išvengiamų infekcinių ligų.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už darbuotojų skiepijimo organizavimą.			

Įstaiga turi darbdavio lėšomis skiepytinų darbuotojų sąrašą.			
Darbuotojai, tiesiogiai dalyvaujantys paciento priežiūroje ir/ar dirbantys su žmogaus krauju ar kūno skysčiais, yra skiepijami dėl hepatito B ir tiriami dėl hepatito B antikūnų.			
Darbuotojo sutikimas /atsisakymas skiepytis įforminamas dokumentais.			
Įstaigoje darbuotojams siūloma pasiskiepyti sezoninio gripo vakcina.			

4.2.3. Rodiklis

Ekstremaliųjų situacijų valdymas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.2.3.1. Būtinai Priešgaisrinės priemonės įstaigoje atitinka taisyklių reikalavimus. Sąsaja su 4.2.1.2.			
Įstaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už priešgaisrinę apsaugą.			
Priešgaisrinės apsaugos priemonės yra reguliariai tikrinamos ir tai registruojama.			
Evakuacijos schema paskelbta visose teisės aktais privalomose vietose.			
Personalas yra supažindintas su priešgaisrinės apsaugos planu ir su patvirtinta evakuacijos schema.			
4.2.3.2. Būtinai Įstaigos darbuotojai dalyvauja reguliariose priešgaisrinės saugos pratybose.			

Įstaiga turi teisės aktų reikalavimus atitinkančias priešgaisrinės saugos instrukcijas.			
Darbuotojai su priešgaisrinės saugos instrukcijomis supažindinti pasirašytinai.			
Įstaigoje yra nustatyta priešgaisrinės saugos pratybų tvarka ir grafikas.			
Priešgaisrinės saugos mokymai įeina į naujų darbuotojų instruktazo programą.			
Darbuotojų priešgaisrinės saugos mokymai registruojami.			
4.2.3.3. Siektinas			
Įstaigoje yra ekstremaliųjų situacijų valdymo planas, kuriame numatytas įstaigos reagavimas į katastrofas ar kitus įvykius bendruomenėje ir įstaigoje.			
Ekstremaliųjų situacijų valdymo planas apima įstaigos pasirengimą veikti.			
Ekstremaliųjų situacijų valdymo plane numatyti veiksmai pacientams ir darbuotojams apsaugoti, iškilus ekstremaliajai situacijai.			
Ekstremaliųjų situacijų valdymo planas apima priemones įstaigos veiklai atkurti pasibaigus ekstremaliajai situacijai.			
Plane nurodyti darbuotojų veiksmai, atsakomybės ir prioritetai.			
Įstaigos informacinėje lentoje yra paskelbti pagrindiniai kontaktai, kur kreiptis ekstremaliosios situacijos atveju, įskaitant kitų įstaigų kontaktus.			
Darbuotojai yra susipažinę			

su Ekstremaliųjų situacijų valdymo planu pasirašytinai ir gali apie jį papasakoti.			
--	--	--	--

4.3. Standartas

Kokybės tobulinimas

4.3.1. Rodiklis

Kokybės politika ir rizikos valdymas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.3.1.1. Siektinas Įstaiga dirba vykdydama savo veiklos misiją pagal įstaigos dydį ir veiklos apimtį, kuri yra valdymo, veiklos ir plėtros pagrindas visais lygiais įstaigoje. Sąsaja su 1.1.2.3.			
Įstaiga turi rašytinę veiklos misiją, kurioje apibrėžti strateginiai tikslai, vertybės, etika bei įstaigos vizija.			
Įstaigos misija skelbiama informacijos pacientui pateikimo vietose (skelbimų lentoje, tinklalapyje, atmintinėje).			
Įstaigos misija žinoma vadovams ir visiems darbuotojams.			
Įstaigos misijai įgyvendinti sudaromas įstaigos veiklos metinis planas.			
Įstaiga turi patvirtintą darbuotojų elgesio kodeksą.			
Visi darbuotojai pasirašytinai supažindinti su šiuo elgesio kodeksu ir įsipareigoja juo vadovautis			
Yra paskirtas asmuo (etikos komisija),			

atsakingas už elgesio kodekso laikymosi priežiūrą.			
Darbuotojai (darbo vietoje ar padalinyje) turi dokumento kopiją.			
4.3.1.2. Būtinai			
Įstaiga turi kokybės politiką ir organizacinę struktūrą, apibrėžiančią kokybės ir rizikos valdymo sistemą.			
Įstaigos kokybės politika yra viešai paskelbta.			
Kokybės politika nustato vadovybės įsipareigojimus kokybei.			
Kokybės politikoje numatytos veiklos kokybės ir saugos kultūrai ugdyti.			
Kokybės politikoje numatytos veiklos darbuotojų kompetencijai kokybės srityje didinti.			
Įstaigos darbuotojai žino kokybės politiką.			
Įstaiga turi patvirtintą organizacinę struktūrą, kurią žino darbuotojai.			
4.3.1.3. Siektinas			
Įstaiga turi kokybės stebėsenos planą, padedantį siekti nustatytų kokybės politikos tikslų.			
Kokybės stebėsenos planas sudaromas stebint prioritetinius kokybės rodiklius.			
Kokybės stebėseną apima klinikinę ir organizacinę kokybę, įskaitant kokybę paciento akimis.			
Planas palaiko kituose standartuose apibrėžtą kokybės stebėseną.			
4.3.1.4. Siektinas			
Įstaigos darbuotojai yra apmokyti atpažinti rizikas ir jas kontroliuoti.			
Įstaigoje yra darbuotojų rizikos valdymo mokymo			

planas.			
Darbuotojų mokymo plano temos apima įvairius įstaigos veiklos procesus: fizinius pavojus, informacijos perdavimą įstaigoje ir už jos ribų, pacientų teisių užtikrinimą, infekcijų kontrolę, vaistų skyrimą ir kt.			
4.3.1.5. Būtinasis Įstaigoje yra nepageidaujamų įvykių pranešimų sistema nustatyti ir valdyti pavojingus ar potencialiai pavojingus nepageidaujamus reiškinius.			
Įstaigoje yra nepageidaujamų įvykių registravimo tvarka.			
Su tvarka yra supažindinti darbuotojai.			
Įstaigos administracija skatina darbuotojus pranešti apie nepageidaujamus įvykius, ugdydama teisingą saugos kultūrą.			
Registruoti nepageidaujami įvykiai savalaikiai analizuojami, jų analizę aptaria administracija ir numato reikalingus prevencinius veiksmus.			
4.3.1.6. Siektinas Darbuotojai laikosi įstaigos politikos/procedūros pranešti apie nepageidaujamus įvykius, kurie padarė ar galėjo padaryti žalą pacientui.			
Įstaiga turi paskutinių 2 metų nepageidaujamų įvykių sąrašą.			
Įstaigos darbuotojai supažindinami su nepageidaujamų įvykių analizės išvadamis.			
Įstaigos administracijos atsakingas asmuo gali parodyti, kokie pakeitimai buvo padaryti įstaigoje			

šalinant nepageidaujamų įvykių priežastis.			
4.3.1.7. Siektinas Įstaiga ugdo saugos kultūrą ir mokosi iš visų su pacientų sauga susijusių įvykių, reikšmingų įvykių ir incidentų bei iš rekomendacijų ir išpėjimų, gaunamų iš kitų institucijų. Sąsaja su 1.2.3.3.			
Nepageidaujamų įvykių tyrimas vykdomas nedelsiant ir išklausan suinteresuotų darbuotojų nuomonę.			
Apie priimtus prevencinių veiksmų sprendimus informuojami darbuotojai, kurie dalyvaus juos įgyvendinant.			
Sprendimai dėl nepageidaujamų įvykių ar pacientų skundų priimami vadovaujantis sisteminiu požiūriu, tačiau vertinama ir darbuotojų atsakomybė.			
Darbuotojai susirinkimuose supažindinami su kitų įstaigų pacientų saugos patirtimi.			

4.3.2. Rodiklis

Akreditavimas ir nuolatinis kokybės tobulinimas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip /ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
4.3.2.1. Būtinai Įstaigoje yra aiškiai nustatytos atskaitomybės ir atsakomybės skirtinguose įstaigos lygmenyse, skatinant saugos gerinimą ir klinikinės priežiūros kokybę.			
Įstaigoje yra paskirtas už kokybės tobulinimą atsakingas asmuo.			
Įstaigoje yra paskirti asmenys, atsakingi už atskiras saugos ir kokybės tobulinimo sritis.			

Įstaiga turi kokybės tobulinimo planą.			
Įstaigos kokybės tobulinimo planuose yra paskirstytos darbuotojų atsakomybės.			
Su kokybės tobulinimo planu yra supažindinti darbuotojai.	.		
4.3.2.2. Būtinąs			
Įstaiga turi pacientų saugos ir kokybės gerinimo planą, kuriame numatyti veiklos prioritetai ir už jų įgyvendinimą atsakingi asmenys.			
Kokybės gerinimo plane numatyti veiksmų įvykdymo terminai.			
Kokybės gerinimo plane numatyti asmenys, atsakingi už atskiras veiklas.			
Plane numatyti įgyvendinimo rezultatų vertinimo matai.			
Planas periodiškai atnaujinamas, pvz., kasmet.			
4.3.2.3. Siektinas			
Įstaigos komanda nustato matuojamus uždavinius savo kokybės tobulinimo veiklai.			
Kokybės gerinimo uždaviniai yra realistiniai.			
Kokybės gerinimo uždaviniai yra trumpalaikiai, bet terminuoti.			
Kokybės gerinimo uždaviniai yra matuojami.			
4.3.2.4. Siektinas			
Įstaiga nustato rodiklius ir naudoja juos kiekvieno kokybės tobulinimo uždavinio pažangai stebėti.			
Rodikliai yra konkretūs ir matuojami, skirti kiekvieno uždavinio pasiekimui stebėti.			
Rodikliai gali būti skirti paslaugų teikimo procesui ar pacientų rezultatams			

stebėti.			
4.3.2.5. Siektinas Įstaiga savo rodiklių rezultatus, vykdomas programas lygina su kitų panašių įstaigų rodikliais bei programomis, o gautą informaciją savalaikiai panaudoja savo įstaigos veiklai tobulinti.			
Įstaiga savo kokybės rodiklius lygina su analogiškų įstaigų rodikliais dalyvaudama programose.			
Įstaiga savo kokybės rodiklius lygina su analogiškų įstaigų rodikliais sekdamą kitų įstaigų oficialiai paskelbtus statistinius duomenis.			

5 skyrius

Įstaigos ištekliai

5.1. Standartas

Įstaigos patalpos

5.1.1. Rodiklis

Įstaigos aplinka

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.1.1.1. Būtinai Įstaigos iškaba yra aiški ir matoma			
Įstaigos iškaba lengvai perskaitoma per atstumą.			
Įstaigos išorėje suprantamai užrašytos įstaigos darbo valandos.			

Prie įėjimo į įstaigą yra informacija kur kreiptis įstaigos nedarbo valandomis.			
Aikštelė prie įstaigos durų tamsiu paros metu apšviesta, užrašai įskaitomi.			
5.1.1.2. Būtinai Žmonės, turintys judėjimo sunkumus, sutrikusią regą ar kitokią negalią gali lengvai patekti į įstaigos patalpas.			
Į įstaigą gali patekti pacientai neįgaliojo vežimėlyje.			
Įėjimo durys lengvai atsidaro.			
Jeigu įstaiga įsikūrusi per kelis aukštus yra liftas.			
Įstaiga turi pacientams skirtą neįgaliojo vežimėlį ir/ar vaikštynę,			
Įstaigoje pakanka erdvės judėti sėdint neįgaliojo vežimėlyje, stumiant kėdę ar einant su vaikštyne.			

5.1.2. Rodiklis

Įstaigos laukiamajame užtenka vietos ir pacientams, ir jų šeimos nariams.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.1.2.1. Siektinas Laukiamąjį plotą atitinka visų pacientų poreikius (įskaitant ir neįgaliuosius bei turinčius specialiųjų poreikių).			
Laukiamajame yra pakankamas sėdimų vietų skaičius.			
Laukiamajame yra specialiai pažymėtos sėdimos vietos neįgaliesiems pacientams.			
Įstaigoje yra drabužinė ar kiti įrenginiai lauko drabužiams.			
Nuorodos į drabužinę (jei tai atskira patalpa) aiškios ir suprantamos.			
Drabužinės darbo laikas sutampa su įstaigos darbo laiku.			
Laukiamajame yra geriamojo vandens.			

Įstaigoje yra tualetai pacientams, įskaitant įrengimą neįgaliesiems.			
5.1.2.2. Siektinas			
Laukiamasis tenkina vaikų poreikius.			
Įstaigos laukiamajame yra vaikų zona.			
Yra žaislų, saugių įvairaus amžiaus vaikams. Žaislai reguliariai valomi.			
Laukiamajame nėra pavojų vaikams: elektros laidai paslėpti, laiptai turi turėklus ir pan.			
Įstaigoje yra vieta vystyklams pakeisti.			
5.1.2.3. Būtinai			
Laukiamajame yra informacijos pacientams apie įstaigos patalpų išdėstymą, įstaigos veiklą, šeimos gydytojo komandos narių darbo valandas.			
Registratūra matoma nuo įėjimo arba informaciniai ženklai suprantamai nurodo jos vietą.			
Registratūroje yra darbuotojas visą įstaigos darbo laiką.			
Prie registratūros yra informacinė lenta.			
Lentoje surašyti įstaigoje dirbantys specialistai.			
Lentoje surašyti specialistų darbo kabinetų numeriai ir darbo laikas.			
Visa informacija surašyta aiškiai ir suprantamai.			
Prie registratūros yra informacija apie kabinetų išsidėstymą.			
5.1.2.4. Siektinas			
Laukiamajame yra įvairios informacinės medžiagos apie sveikatą.			
Laukiamajame yra spausdintos medžiagos sveikatos temomis: atmintinių, lankstinukų, žurnalų ir pan.			
Laukiamajame rodomi vaizdo įrašai sveikatos stiprinimo			

temomis.			
Pateikiama informacija nuolat atnaujinama.			

5.1.3. Rodiklis

Apžiūros patalpoje užtikrinamas paciento patogumas ir privatumas bei informacijos konfidencialumas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.1.3.1. Būtinąs			
Kiekviena patalpa yra patogi, užtikrinamas paciento privatumas.			
Sąsaja su 4.2.1.2.			
Apžiūros kabinetai pakankamai erdvūs, vėdinami.			
Apžiūros kabinetai tinkamai apšviesti (yra bendras ir vietinis apšvietimas).			
Apžiūros kabinetai išlaiko tinkamą temperatūrą.			
Apžiūros kabinetai turi garso izoliaciją (garsas nepatenka iš išorės ir nesigirdi pokalbio laukiamajame).			
Kabinete yra patogi kušėtė apžiūrai (su reguliuojamu aukščiu ar laipteliais, suoleliu)			
Kabinete užtikrinamas privatumas, kai pacientui reikia nusirengti (širma, užuolaida ar kt.).			
5.1.3.2. Būtinąs			
Registratūroje užtikrinamas paciento informacijos konfidencialumas.			
Sąsaja su 3.1.1.3.			
Užtikrinama, kad aplinkiniai negirdėtų paciento pokalbio su registratore (išlaikomas atstumas nuo kitų laukiančių pacientų, fono muzika ir pan.).			
Ant registratoriaus stalo netaikomi pacientų medicininiai dokumentai.			
Darbuotojai laikosi etikos			

kodekso reikalavimų dėl nepriimtinių viešų pokalbių ir diskusijų apie pacientą.			
5.1.3.3. Būtinai			
Įstaigoje pakanka kanceliarinių priemonių teikti šeimos medicinos paslaugas.			
Registratūra turi bent vieną kompiuterinę darbo vietą.			
Įstaiga turi telefoninį ryšį, kuris leidžia pacientams nesunkiai prisiskambinti.			
Kiekvienas šeimos gydytojas turi personalinį kompiuterį.			
Įstaigoje užtikrinamas saugus internetinis ryšys.			
Įstaiga turi galimybę padaryti dokumentų kopijas.			

5.2. Standartas Medicinos prietaisai

5.2.1. Rodiklis *Medicinos prietaisų valdymas*

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.2.1.1. Būtinai			
Medicinos prietaisai, įskaitant prietaisus skubiajai pagalbai svarbius prietaisus, yra saugūs, tinkami naudoti, nuolat prižiūrimi ir personalui lengvai prieinami.			
Įstaiga turi visus būtinus medicinos prietaisus, nurodytus šeimos gydytojo medicinos normoje.			
Įstaiga turi medicinos prietaisų inventorinį sąrašą.			
Turimų medicinos prietaisų kiekio pakanka įprastai darbo apimčiai atlikti.			
Prie kiekvieno medicinos prietaiso yra naudojimo instrukcija.			
Kiekvieno medicinos prietaiso techninė priežiūra (įskaitant metrologinę patikrą) vykdoma nustatytais intervalais (pagal gamintojo instrukcijas ar			

pagal teisės aktų reikalavimus).			
Medicinos prietaisų techninė priežiūra ir remontas įforminami dokumentais.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už medicinos prietaisų priežiūrą (ar sudaryta sutartis su tokią priežiūrą atliekančiomis įstaigomis).			
Medicinos prietaisai nėra prieinami pašaliniam žmogui.			
Skubiosios pagalbos ir gaivinimo įranga laikoma vienoje darbuotojams žinomoje ir lengvai pasiekiamoje vietoje.			
5.2.1.2. Būtinai			
Įstaigos personalas yra apmokytas naudotis turimais medicinos prietaisais.			
Darbuotojai apmokomi naudotis medicinos prietaisais įvadinio instruktažo metu ar įsigijus naują prietaisą.			
Darbuotojų mokymas įforminamas dokumentais.			

5.2.2. Rodiklis

Gydytojo krepšys

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentariai	Vėlesni komentarai
5.2.2.1. Būtinai			
Kiekvienas šeimos gydytojas, vykdamas pas pacientus į namus, įstaigoje gauna pilnai sukomplektuotą gydytojo krepšį skubiajai pagalbai ir įprastiems vizitams.			
Gydytojo krepšio turinys atitinka šeimos gydytojo normos reikalavimus.			
Įstaigoje užtikrinama, kad kiekvienam gydytojo vizitui į namus būtų gydytojo krepšys.			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už gydytojo krepšio priežiūrą.			
Gydytojo krepšys įstaigoje			

laikomas pašaliniam nepasiekiamoje vietoje.			
--	--	--	--

5.3. Standartas

Vaistai

5.3.1. Rodiklis

Istaigoje turimų vaistų priežiūra

Kriterijus	Istaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.3.1.1. Būtinai			
Istaigoje yra vaistų (įskaitant kontroliuojamus vaistus) kontrolės, apsaugos ir priežiūros sistema, atitinkanti teisės aktų reikalavimus.			
Istaiga vaistus įsigyja pagal nustatytą procedūrą.			
Istaigoje yra paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų komplektaciją istaigoje ir gydytojo krepšyje.			
Suvaruoti vaistai registruojami.			
Už vaistus atsakingas asmuo užtikrina, kad nebūtų vartojami nekokybiški ir pasibaigusio galiojimo vaistai.			
Vaistai istaigoje laikomi pašaliniam neprieinamoje vietoje.			
5.3.1.2. Būtinai			
Yra sistema, užtikrinanti vaistų skubiajai pagalbai prieinamumą ir priežiūrą.			
Istaigoje yra pirmosios medicinos pagalbos vaistų rinkinys.			
Istaigoje yra anafilaksinio šoko rinkiniai (naudoti istaigoje ir vykstant į paciento namus).			
Už vaistus atsakingas asmuo prižiūri skubiajai pagalbai reikalingų vaistų komplektaciją.			
Skubiajai pagalbai panaudoti vaistai įrašomi į paciento sveikatos istoriją.			

5.3.1.3. Būtinai			
Kontroliuojami, ribojami ir receptiniai vaistai (jeigu tokie yra) laikomi saugiai, kontroliuojami ir tinkamai skiriami pagal teisės aktų reikalavimus.			
Įstaiga turi kontroliuojamų vaistų sąrašą bei jų naudojimo ir apskaitos tvarką			
Yra paskirtas asmuo, atsakingas už kontroliuojamų vaistų tvarkymą.			
Reguliariai atliekama sunaudotų narkotinių vaistų kontrolė.			

5.3.2. Rodiklis

„Šaltos grandinės“ valdymas (Vakcinų veiksmingumas)

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.3.2.1. Būtinai			
Įstaigoje yra atsakingas asmuo už „šaltos grandinės“ valdymą.			
Už „šaltos grandinės“ valdymą atsakingo asmens funkcijos apibrėžtos jo pareigų aprašyme.			
Darbuotojai žino, kas yra atsakingas už „šaltos grandinės“ valdymą			
5.3.2.2. Būtinai			
Vakcinos laikomos atskirame šaldytuve, kurio temperatūra sekama ir registruojama žurnale.			
Vakcinos laikomos atskirame šaldytuve, kuris pažymėtas skiriamaisiais ženklais.			
Kiekvienos dienos šaldytuvo temperatūrą seka ir registruoja žurnale už tai atsakingas asmuo.			
Šaldytuve yra minimumo/maksimumo termometras ar elektroninis zondas ir jų tikslumas yra prižiūrimas.			
Yra nustatyta tvarka, kaip elgtis įvykus „šaltos grandinės“ incidentui ar sutrikus elektros energijos			

tiekimui.			
5.3.2.3. Būtinasi			
Vakcinos yra galiojančios.			
Išstaigoje yra vakcinų įsigijimo ir jų priežiūros tvarka.			
Tvarkoje yra numatytos priemonės užtikrinti, kad būtų naudojamos tik galiojančios vakcinos.			
5.3.2.4. Būtinasi			
Teisės aktų reikalavimai taikomi „šaltai grandinei“ skiepijant išstaigoje ir už jos ribų.			
Visi šeimos gydytojo komandos nariai yra supažindinti su vakcinų saugojimo rekomendacijomis ir apie jų supažindinimą yra įrašas žurnale.			
Skiepijimus atliekantys šeimos gydytojo komandos nariai turi atitinkamą pažymėjimą.			

5.4. Standartas

Žmogiškieji ištekliai

5.4.1. Rodiklis

Išstaiga turi pakankamai žmogiškųjų išteklių saugiai ir kokybiškai pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai teikti

Kriterijus	Išstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.4.1.1. Būtinasi			
Išstaigoje yra pakankamas darbuotojų skaičius ir jų sudėtis, reikalinga tenkinti pacientų ir jų šeimos poreikius			
Minimalus šeimos gydytojų skaičius atitinka teisės aktų reikalavimus			
Išstaiga turi nusistačiusi kitų klinikinių ir neklinikinių darbuotojų sudėtį pagal prisirašiusiųjų pacientų skaičių ir poreikius.			
5.4.1.2. Būtinasi			

Įstaiga turi galiojantį civilinės atsakomybės draudimą.			
Civilinės atsakomybės draudimas atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Įstaigoje yra asmuo, atsakingas už civilinės atsakomybės draudimo tvarkymą.			

5.4.2. Rodiklis

Visi klinikinės komandos nariai įstaigoje yra išsilavinę, kvalifikuoti ir turi galiojančias licencijas

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.4.2.1. Siektinas			
Įstaigoje yra nustatyti reikalavimai pareigybėms, kuriose apibrėžiamas reikalingas išsilavinimas, kvalifikacijos, įgūdžiai ir kompetencijos.			
Įstaiga turi tipinius pareigybių aprašymus šeimos gydytojo komandos nariams.			
5.4.2.2. Būtinąs			
Visi darbuotojai įstaigoje turi pareigų aprašymus.			
Pareigų aprašymai apibrėžia reikalaujamą išsilavinimą, kvalifikacijas, įgūdžius ir kompetencijas.			
Pareigų aprašymai apibrėžia pagrindines funkcijas ir užduotis.			
Pareigų aprašymai nustato pavaldumo santykius.			
Pareigų aprašymai nustato metinio vertinimo datas.			
Pareigų aprašymai periodiškai peržiūrimi ir įrašoma patikrinimo data.			
Darbuotojų pareigų aprašymų vienas egzempliorius yra darbuotojo byloje, o kitas - pas darbuotoją.			
5.4.2.3. Būtinąs			
Kasmet įstaiga patikrina, ar kiekvienas šeimos gydytojo komandos narys turi reikalingas kvalifikacijas, įskaitant atnaujintas licencijas, registraciją, sertifikatus.			
Įstaigoje yra atsakingas			

darbuotojas, kuris periodiškai peržiūri visų darbuotojų asmens bylas.			
Atsakingas darbuotojas seka šeimos gydytojo komandos narių tobulinimosi eigą.			

5.4.3. Rodiklis

Įstaiga turi žmogiškųjų išteklių politikas/procedūras.

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.4.3.1. Būtinai			
Įstaiga laikosi teisės aktų reikalavimų dėl įdarbinimo, atleidimo bei darbo drausmės pažeidimų.			
Kiekvienas įstaigos darbuotojas turi pasirašytą darbo sutartį, kurioje nurodytos darbo sutarties sąlygos.			
Kiekvienam įstaigos darbuotojui vedama asmens byla.			
Asmens byloje yra informacija apie įdarbinimo procesą (konkursas ar kt.).			
Asmens byloje yra licencijos duomenys ir kiti kvalifikacijos dokumentai.			
Asmens byloje yra informacija apie įvadinį instruktažą.			
Asmens byloje yra informacija apie kvalifikacijos tobulinimą.			
5.4.3.2. Siektinas			
Įstaigoje yra dokumentais įforminta darbo vietų politika, įskaitant darbuotojų paieškos, išlaikymo ir paskyrimo kriterijus.			
Įstaigoje yra patvirtinta personalo valdymo politika/procedūros.			
Su politika/procedūromis gali susipažinti darbuotojai.			
Politika/procedūros periodiškai peržiūrimos, įskaitant darbuotojų paieškos ir išlaikymo strategijas.			

5.4.3.3. Būtinąs			
Įstaiga turi įvadinio instruktažo sistemą supažindinti naujus šeimos gydytojus ir kitus komandos narius su įstaiga, jų vaidmenimis ir atsakomybėmis.			
Įstaiga turi nustatytą įvadinio instruktažo tvarką naujiems darbuotojams.			
Naujiems darbuotojams pravedamas supažindinimo su įstaiga įvadinis instruktažas.			
Įvadinio instruktažo metu darbuotojas supažindinamas su įstaigos politikomis/procedūromis panaudojant kokybės vadovą.			
Pravestas įvadinis instruktažas įforminamas dokumentais.			
5.4.3.4. Siektinas			
Įstaiga reguliariai vertina ir įformina dokumentais kiekvieno komandos nario veiklą objektyviu, interaktyviu ir teigiamu būdu ir šią informaciją įrašo į jų asmens bylą.			
Įstaigoje yra nustatyta reguliaraus (pvz., kasmetinio) darbuotojų vertinimo tvarka.			
Darbuotojai su tvarka yra supažindinti.			
Įstaigos administracija laikosi darbuotojų periodinio vertinimo tvarkos.			
Vertinimo metu aptariamas darbuotojo tobulinimosi planas.			
Vertinimo išvada įsegama į darbuotojo asmens bylą.			
5.4.3.5. Būtinąs			
Įstaiga seka visų personalo narių nuolatinį profesinį tobulėjimą ir kompetencijos išlaikymą.			
Kiekvienas šeimos gydytojo komandos narys turi profesinio tobulėjimo planą, kuris laikomas jo asmens byloje.			
Darbuotojų asmens bylas tvarkantis asmuo seka tobulinimosi plano įvykdymą.			
Įstaigoje yra visų klinikinių darbuotojų metinis tobulinimosi planas.			
5.4.3.6. Siektinas			

Įstaiga remia komandos narių nuolatinį profesinį tobulėjimą.			
Įstaigos vadovybė teikia darbuotojams informaciją apie tobulinimosi galimybes.			
Kiekvieno šeimos gydytojo komandos nario tobulinimosi poreikius įstaiga palaiko ir per metus skiria bent 5 darbo dienas.			
Įstaiga suteikia galimybę darbuotojams naudotis naujausia medicinine literatūra (žurnalai, knygos, internetas).			
Įstaiga skiria lėšų darbuotojų tobulinimuisi.			
Įstaigoje organizuojamos profesinio tobulinimosi paskaitos, konferencijos, seminarai ir kt.			

5.4.4. Rodiklis

Įstaigos darbuotojai derina darbą ir veiklą namuose

Kriterijus	Įstaigos įsivertinimas		
	Taip/ ne	Komentarai	Vėlesni komentarai
5.4.4.1. Siektinas			
Įstaigoje išlaikoma sveika pusiausvyra tarp darbo ir veiklos namuose.			
Darbo grafikai sudaromi lanksčiai, atsižvelgiant į darbuotojų poreikius.			
Atostogų skyrimo tvarka atitinka teisės aktų reikalavimus.			
Įstaigos vadovybė palaiko nepilną darbo dieną ir lanksčias darbo valandas, kai reikia.			
Įstaigos vadovybė deda pastangas, kad darbo valandos ir darbuotojų išdėstymas būtų pusiausvyroje su pacientų ir darbuotojų poreikiais.			
Įstaiga turi žmogiškųjų			

išteklių valdymo politiką/procedūras.			
Atliekamos periodinės darbuotojų pasitenkinimo darbo bei poilsio sąlygomis apklausos.			
Apklausų rezultatai aptariami darbuotojų susirinkimuose.			
Darbuotojų pasitenkinimo apklausų rezultatai naudojami darbo sąlygų gerinimui.			