



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”

## **Onkoloģisko pacientu nosūtīšana uz rehabilitāciju vai paliatīvo aprūpi, balstoties uz pierādījumos balstītiem, starptautiski atzītiem novērtēšanas instrumentiem, ietverot arī kritērijus un novērtēšanas protokolu paraugus**

### **KLĪNISKAIS ALGORITMS**

Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ  
“Klīnisko algoritmu, klīnisko ceļu un kvalitātes indikatoru izstrāde onkoloģijā un bērnu (sākot ar neonatālo periodu) aprūpes jomā” (Iepirkuma identifikācijas Nr.VM 2022/29/ESF) ietvaros

**Darba grupas dalībnieki:** Ilze Aizsilniece, ģimenes ārste, Aija Geriņa-Bērziņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Viktors Kozirovskis, onkologs ķīmijterapeits, Eva Vecvagare, onkoloģe ķīmijterapeite, Sigita Hasnere, onkoloģe ķīmijterapeite, Elīna Sīviņa, onkoloģe ķīmijterapeite, Līga Keiša-Ķirse, onkoloģe ķīmijterapeite, prof. Ardis Platkājis, radiologs diagnostics, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

**2023**

## Saturs

Ievads .....	3
Algoritma lietotāju mērķa grupa .....	3
Saīsinājumi.....	3
Klīniskā algoritma shēma .....	4
Klīniskā algoritma apraksts.....	5
Literatūras saraksts.....	10
1. pielikums.....	11
PVO STARPTAUTISKĀ FUNKCIONĒŠANAS, NESPĒJAS UN VESELĪBAS KLASIFIKĀCIJA (SFK) * .....	12
SMART princips mērķu izvirzīšanā .....	14

## Ievads

Būtiski jau sākotnēji darbā ar onkoloģiskiem pacientiem ņemt vērā potenciālu rehabilitācijas speciālistu piesaisti, jo pacienta veselības stāvoklis var izraisīt funkcionēšanas traucējumus, kā arī ierobežot ikdienas aktivitāšu veikšanu un līdzdalību. Rehabilitācijas speciālistus var piesaistīt gan uzreiz pēc diagnozes noteikšanas, primārās terapijas laikā, pēc primārās terapijas un ilgtermiņā, lai novērstu paredzamo dzīves kvalitātes samazināšanos saistībā ar slimības un ārstēšanas blakusparādībām.

## Algoritma lietotāju mērķa grupa

- Ārsti speciālisti:
  - Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (P 54)
  - Onkologi ķīmijterapeiti (P 16)
  - Internisti (P 01)
  - Ķirurgi (P 03)
  - Arodslimību un arodveselības ārsti (P 53)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)
- Funkcionālie speciālisti:
  - Fizioterapeits (T 01)
  - Fizioterapeita asistents (T 04)
  - Ergoterapeits (T 02)
  - Audiologopēds (T 05)
  - Uztura speciālists (n 93)
- Medicīnas māsas
- Ārstniecības atbalsta personas – klīniskie un veselības psihologi (profesiju klasifikācijas kods 2634 02)
- Atbilstošu specialitāšu rezidenti
- Medicīnas studenti (kā informatīvs materiāls mācību procesā)

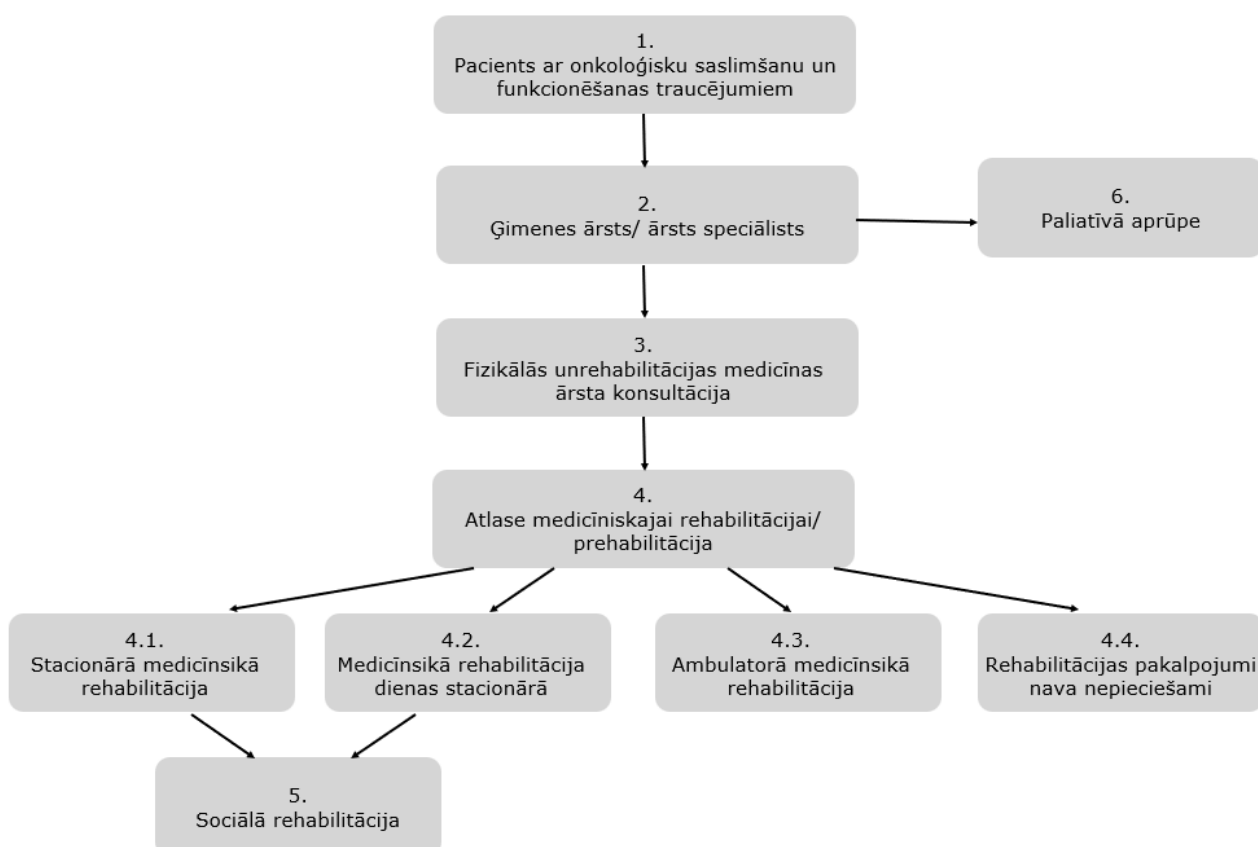
(Ministru kabineta noteikumi Nr. 317, 2016)

## Saīsinājumi

FRM – fizikālā un rehabilitācijas medicīna

SFK – Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija

## Klīniskā algoritma shēma



# Klīniskā algoritma apraksts

## 1. Pacients ar onkoloģisku slimību un funkcionēšanas traucējumiem

Pacients ar onkoloģisku slimību var atrasties stacionārā ārstniecības iestādē vai būt ārsta uzraudzībā ambulatori.

## 2. Ģimenes ārsts/ārsts speciālists

Ārstējoties stacionārā, pacienta ārstējošais ārsts var piesaistīt fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu kā konsultantu, tādējādi nodrošinot rehabilitāciju akūtājā posmā, ja pacienta veselības stāvoklis to atļauj. Rehabilitācijas pakalpojumi ārstniecības iestādē tiek raksturoti kā zemas vai mērenas intensitātes rehabilitācija akūtās stacionēšanas laikā (0,5–1,5 h/dienā, monoprofesionālas/multiprofesionālas komandas darba veidā).

Savukārt, ārstējoties ambulatori, pacients atrodas ģimenes ārsta/ārsta speciālista uzraudzībā un, ja pacientam ir funkcionēšanas ierobežojumi, tiek nosūtīts uz konsultāciju pie fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta, izmantojot U27 formas veidlapu.

## 3. Fizikālas un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācija

Konsultācijā FRM ārsts izvērtē pacienta medicīnisko stāvokli, rehabilitācijas potenciālu, motivāciju medicīniskai rehabilitācijai, kā arī pacienta funkcionēšanas ierobežojumus atbilstoši SFK, pēc tam nosakot piemērotāko rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas veidu un ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, dienas stacionārā un stacionārā ārstniecības iestādē. (MK noteikumi Nr. 555)

Ja pacientam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes, tad:

- tiek piesaistīts FRM ārsts, kas atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555 izstrādā rehabilitācijas plānu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai;
- ja stacionārā nav FRM ārsta, tiek sniegta ārstējošā ārsta rekomendācija izrakstā-epikrīzē par turpmākas medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, aprakstot stacionārā sākto rehabilitāciju. (MK noteikumi Nr. 555)

#### **4. Atlase medicīniskai rehabilitācijai/prehabilitācijai**

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. (MK noteikumi Nr. 555)

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pacientiem ar onkoloģisku slimību var nodrošināt ambulatori, dienas stacionārā vai stacionārā atkarībā no pacienta funkcionēšanas ierobežojumiem, ņemot vērā atlases kritērijus attiecīgajam rehabilitācijas pakalpojumam.

Ambulatori tiek nodrošināts monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums, kas atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555 ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kuru var saņemt ambulatorā vai stacionārā ārstniecības iestādē.

Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555. dienas stacionārā vai stacionārajā ārstniecības iestādē tiek realizēts multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums, ko īsteno multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas komanda, ievērojot šādus nosacījumus:

- pakalpojumu sniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts un funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskajiem vai veselības psihologiem;
- multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kas koordinē multiprofesionālās komandas darbu.

Multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedz:

- kā bāzes pakalpojumu, kas ilgst 2–3 stundas dienā un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas;
- kā intensīvas rehabilitācijas kursu, kas ilgst 3–4 stundas dienā un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas.

Vismaz reizi nedēļā notiek multiprofesionālās medicīniskās rehabilitācijas komandas sapulces, kurās pieņemtos lēmumus fiksē pacienta medicīniskajā dokumentācijā.

### **Prehabilitācija (profilaktiskā rehabilitācija)**

Audzēja prehabilitācija ir nepārtraukts aprūpes process, kas ilgst no audzēja diagnozes noteikšanas līdz akūtās ārstēšanas sākumam, ietver fizisko un psiholoģisko novērtējumu, nosaka funkcionālo sākotnējo līmeni, identificē traucējumus, kas ļauj plānot mērķtiecīgas intervences funkcionēšanas uzlabošanai. (Silver & Baima, 2013)

Iejaukšanās, kas mazina gaidāmo invaliditāti. Rehabilitācijas metodes, kas vērstas uz to, lai aizkavētu un mazinātu iespējamās funkcionēšanas ierobežojumus, kas var attīstīties audzēja ārstēšanas laikā. (Chowdhury et al., 2020)

#### **4.1. Medicīniskā rehabilitācija stacionārā**

Stacionārā medicīniskā rehabilitācija ir augstas intensitātes (vismaz 2–4 h/dienā) multiprofesionāls un multidisciplinārs pakalpojums, ko nodrošina rehabilitācijas vienība rehabilitācijas centrā, kur pacienta ārstējošais ārsts ir FRM ārsts. Laiks – līdz 6 mēnešiem no akūtās epizodes sākuma.

Medicīniska rehabilitācija stacionārā ir multiprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums, ko organizē multidisciplināra komanda, kuras vadītājs un pacienta ārstējošais ārsts ir FRM ārsts, tas ietver dažādu funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar pacientu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas. Subakūtas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums var būt ar mērenu intensitāti (2–3 h/dienā) vai augstu intensitāti (3–4 h/dienā) un tiek sniegts ar mērķi – komplikāciju profilakse, funkcionēšanas traucējumu mazināšana vai stabilizēšana personām laika periodā līdz sešiem mēnešiem no akūtās ārstēšanas epizodes, ietverot arī pabeigtu staru terapiju, ķīmijterapijas kursu (*Stacionārās subakūtas rehabilitācijas pakalpojumu, ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu/dinamiskās novērošanas un perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas un apmaksas nosacījumi*, 2020).

## **4.2. Medicīniskā rehabilitācija dienas stacionārā**

Medicīniska rehabilitācija dienas stacionārā ir multiprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums. Tas ir intensīvs (vismaz 2–4 stundas dienā) dažādu funkcionālo speciālistu individuālais darbs, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas. (MK noteikumi Nr. 555)

## **4.3. Ambulatora medicīniska rehabilitācija**

Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz ambulatori vai stacionāri akūtas rehabilitācijas ietvaros. (MK noteikumu Nr. 555, 108. punkts)

## **4.4. Rehabilitācija nav nepieciešama**

Ja pacientam ar onkoloģisku slimību nav funkcionēšanas traucējumu un pacients ikdienas aktivitātēs ir neatkarīgs, rehabilitācijas pakalpojumi nav nepieciešami.

## **5. Sociālā rehabilitācija**

Sociālā rehabilitācija tiek nodrošināta pacientiem sociālo spēju atjaunošanai vai uzlabošanai, lai atgrieztu cilvēku sabiedriskajā un darba dzīvē, atjaunojot tās prasmes, kas dažādu apstākļu dēļ ir zudušas, vai mācot tās no jauna. Sociālā rehabilitācija pieejama pacientiem subakūtajā posmā pēc medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas stacionārā vai dienas stacionārā.

Sociālajā rehabilitācijā tiek uzsvērts arī psihosociālais atbalsts, lai palīdzētu personām tikt pāri psiholoģiskām barjerām, sniegtu atbalstu un celtu pašvērtējumu, motivētu aktīvi līdzdarboties savas dzīves kvalitātes uzlabošanā.

Ja nepieciešams, pacientu var nosūtīt uz profesionālo rehabilitāciju, lai viņš apgūtu vai mainītu arodu.



## 6. Paliatīvā aprūpe

Paliatīvā aprūpe ir starpdisciplināra, holistiska tādu pacientu aprūpe, kuru slimība ir dzīvildzi ierobežojoša un nav radikāli ārstējama, ar mērķi novērst vai mazināt slimības radītās ciešanas, lai nodrošinātu iespējami augstu dzīves kvalitāti pacientam un viņa ģimenei. Paliatīvā aprūpe ietver slimības radīto simptomu novēršanu un ārstēšanu, psiholoģisku, sociālu un garīgu atbalstu, tostarp pacienta piederīgajiem sērošanas periodā pēc tuvinieka zaudējuma.

Paliatīvās aprūpes definīcijas papildinošā daļa ar galvenajiem pamatprincipiem:

- remdē sāpes un noņem citus simptomus;
- apstiprina dzīvības vērtību un uzskata miršanu par normālu procesu;
- nepaātrina un nepaildzina nāves iestāšanos;
- integrē psiholoģiskos, sociālos un garīgos aspektus slimnieka kopšanā;
- piedāvā atbalsta sistēmu, kā palīdzēt slimniekiem izdzīvot pēc iespējas aktīvāk līdz pat nāves brīdim;
- piedāvā atbalstu ģimenei pacienta slimības laikā un zaudējuma gadījumā;
- ar komandas darbu risina pacienta un ģimenes vajadzības, ieskaitot konsultācijas sēru gadījumā, ja tas nepieciešams;
- uzlabo slimnieka dzīves kvalitāti un pozitīvi ietekmē slimības gaitu.

Multidisciplinārais konsīlijs, ņemot vērā pacienta vispārējo stāvokli, slimības attīstību, blakusslimības, ir nozīmējis pacientam paliatīvu aprūpi vai ārsts speciālists, izvērtējis pacienta vispārējo stāvokli (ECOG 3–4), slimības izplatību, attīstību, blakusslimības, nozīmē paliatīvu aprūpi, tālāk nosūta pie primārās aprūpes speciālista.

## Literatūras saraksts

1. Chowdhury, R. A., Brennan, F. P., & Gardiner, M. D. (2020). Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), 1239–1252. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030>
2. Ministru kabineta noteikumi Nr. 317. (2016). Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība. *Latvijas Vēstnesis*, 102(102).
3. Ministru kabineta noteikumi Nr.555. (2018). Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība. *Latvijas Vēstnesis*, 176(176).
4. Silver, J. K., & Baima, J. (2013). Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(8), 715–727. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31829b4afe>
5. Stacionārās subakūtās rehabilitācijas pakalpojumu, ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu/dinamiskās novērošanas un perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas un apmaksas nosacījumi (2020).

## 1. pielikums

Latvijā nav izveidota vienota klīnisko, laboratorisko, instrumentālo izmeklējumu, mērījumu kopa, lai identificētu veselības traucējumu dēļ radušos funkcionēšanas ierobežojumus atbilstoši Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas kategorijām un noteiktu konkrēta funkcionēšanas ierobežojuma smaguma pakāpi, rehabilitācijas nepieciešamību.

Patlaban Latvijas kontekstā FRM ārsts, lai novērtētu personas veselības stāvokli un identificētu ar veselības stāvokli saistītus funkcionēšanas ierobežojumus, atbilstoši profesionālai kompetencei izmanto dažādus klīniskos, laboratoriskus, instrumentālus izmeklējumus atkarībā no pacienta sūdzībām un funkcionēšanas traucējumiem saskaņā ar Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju (SFK).

## **PVO STARPTAUTISKĀ FUNKCIONĒŠANAS, NESPĒJAS UN VESELĪBAS KLASIFIKĀCIJA (SFK) \***

Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK) ir tulkota latviešu valodā un ir brīvi pieejama PVO mājaslapā:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429\\_lav.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_lav.pdf)

SFK struktūra un tās praktiskais lietojums funkcionēšanas traucējumu aprakstīšanā SFK ir Pasaules Veselības organizācijas izveidota klasifikācija, kas pieder PVO starptautisko klasifikāciju saimei. Atbilstoši SFK konceptuālajam modelim rehabilitācijas galvenais uzdevums ir uzlabot funkcionēšanu un mazināt invaliditāti (nespēju).

SFK sastāv no divām daļām. Pirmā daļa attiecas uz funkcionēšanu un nespēju, bet otrā aptver kontekstuālos faktorus. Katrai daļai ir divi komponenti Funkcionēšanas un nespējas daļas komponenti ir “ķermenis” un “aktivitātes un dalība”. Komponenti “ķermenis” ietver divas klasifikācijas: vienu – par ķermeņa sistēmu funkcijām un otru – par ķermeņa struktūrām. Abu klasifikāciju nodaļas ir veidotas atbilstoši ķermeņa sistēmām. Komponenti “aktivitāte un dalība” aptver pilnu domēnu diapazonu, kuri apzīmē funkcionēšanas aspektus no individuālās un sabiedrības perspektīvas. Kontekstuālo faktoru daļa ietver “vides faktoru” un “personālo faktoru” komponentus. Katrs komponents sastāv no dažādiem domēniem, un katra domēna ietvaros – no kategorijām, kas ir klasifikācijas vienības. Individāla veselības stāvokļa un ar veselību saistīto stāvokļu rādītāji var tikt fiksēti, atlasot piemērotas kategorijas kodu vai kodus un tad pievienojot apzīmētājus. Tie ir cipariski kodi, kas norāda funkcionēšanas un nespējas pakāpi (apjomu) vai lielumu šajā kategorijā, kā arī pakāpi, kādā vides faktors darbojas kā veicinātājs vai šķērslis. SFK aprakstīta personas funkcionēšana un tās traucējumi, kā arī kontekstuālie faktori tikai veselības stāvokļa (slimības / traumas) kontekstā. Veselības stāvoklis ir integratīvā funkcionēšanas, nespējas un veselības modeļa komponents, un to var klasificēt, izmantojot Starptautisko slimību klasifikāciju (SSK). Tādējādi SSK un SFK savstarpēji viena otru papildina, un tiek ieteikts tās izmantot kopā, lai aprakstītu gan veselības stāvokli, gan tā ietekmi uz personas funkcionēšanas spējām. Funkcionēšana – visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un dalību (SFK). Nespēja (disability) – bojājumu un aktivitāšu un līdzdalības ierobežojumu visaptverošs termins, kas attiecināms uz indivīdu un viņa kontekstuālo faktoru mijiedarbību negatīvā aspektā. Ķermeņa funkcijas – ķermeņa sistēmu fizioloģiskas funkcijas (iekļaujot psihiskās funkcijas). Neveselība – ķermeņa funkciju vai struktūras problēmas, piemēram, nozīmīga novirze vai to zudums. Ķermeņa struktūras – anatomiskas ķermeņa daļas, piemēram, orgāni, locekļi un to komponenti. Aktivitātes – indivīda uzdevuma vai darbības veikums. Aktivitātes ierobežojumi – grūtības, kas var būt indivīdam, izpildot aktivitāti. Dalība – indivīda iesaistīšanās dzīves situācijās. Dalības ierobežojumi – problēmas, ar ko indivīds var sastapties, iesaistoties dzīves situācijās. Kontekstuālie faktori – atspoguļo vispusīgu fonu, kurā dzīvo un eksistē indivīds. Tie iekļauj divus komponentus: vides faktorus un personālos faktorus, kas var ietekmēt indivīda veselības stāvokli un ar veselību saistītos stāvokļus. Vides faktori – fiziskā, sociālā un attieksmju vide, kurā cilvēki dzīvo un pavada savu mūžu. Šķēršļi ir vides faktori, kas ar savu neesamību vai esamību ierobežo funkcionēšanu un izraisa nespēju. Personālie faktori – indivīda dzīves un eksistences pamats, kas ietver indivīda pazīmes, kuras nav veselības apstākļu vai veselības stāvokļa daļa.

SFK var tikt izmantota dažādiem mērķiem, piemēram, kā:

1) statistikas instruments – datu vākšanai un saglabāšanai (piemēram, populācijas pētījumos un apsekojumos vai pārvaldības informācijas sistēmās);

- 2) pētniecības instruments – novērtējot galarezultātu, dzīves kvalitāti vai vides faktorus;
- 3) klīniskais instruments – novērtējot vajadzības, saskaņojot ārstēšanu ar specifiskiem apstākļiem, veicot profesionālās darbības novērtējumu, rehabilitācijas un gala rezultātu novērtēšanu;
- 4) sociālās politikas instruments – sociālās drošības plānošanā, kompensācijas sistēmās, politikas veidošanā un īstenošanā;
- 5) izglītības instruments – studiju plānu veidošanā, kā arī lai palielinātu izpratni un uzņemtos sabiedrisku darbu;
- 6) citās nozarēs: apdrošināšanā, sociālajā drošībā, darbiekārtošanā, izglītībā, ekonomikā, vispārējo normatīvo aktu uzlabošanā, vides pārveidošanā, cilvēktiesību jautājumos.

## SMART princips mērķu izvirzīšanā

SMART – akronīms no angļu valodas, kas apzīmē piecus kritērijus, kuri attiecas uz jebkuru rehabilitācijas mērķi:

- S (specific) – noteikts
- M (measurable) – izmērāms
- A (achievable) – sasniedzams
- R (realistic / relevant) – nozīmīgs
- T (timed) – noteiktās laika robežās

1. Lai izvirzītu pacientam piemērotu mērķi, tam ir jābūt noteiktam, nepieciešams noteikt plānoto rīcību, uz ko iedarboties (tā var būt pacienta rīcība aktivitāšu līmenī (ēšana, ģērbšanās), tā var būt pacienta ziņotā iekšēji izjustā pieredze, (sāpes) vai paša cilvēka sniegtā interpretācija par kādu aktivitāti vai pieredzi (dzīves kvalitāte, sociālā loma)). Viegļāk mērķi izvirzīt, nosakot to specifiskai – piemēram, pārvietošanās – aktivitātei. Šai rīcībai jābūt izteiktai pēc iespējas skaidrāk un nepārprotamāk: “spēt neatkarīgi pārvietoties iekštelpās”, nevis “pārvietoties”; vai “spēt neatkarīgi apģērbties”, nevis “neatkarība ikdienas aktivātēs”. Mērķa rīcības definēšanai var izmantot SFK kodus. 2. Mērķis ir jāizvirza tā, lai var objektīvi novērtēt progresu – tam ir jābūt izmērāmam. Tāpēc jāizvēlas tāds standartizēts novērtēšanas instruments, kas ir atbilstošs gan pacientam, gan mērāmajai rīcībai. Rīcību var mērīt gan laika dimensijā (cik ilgu laiku aizņem kāda rīcība, piemēram, TUG, apģērbšanās), gan telpas dimensijā (cik metrus var noiet noteiktā laika nogrieznī – 6 mwt), kā arī atkārtojumos – cik atkārtotas darbības var paveikt laika nogrieznī. Būtiski, lai mērinstruments, ko izmanto šī mērķa uzraudzībai, būtu pieejams, gan uzsākot terapiju, gan to pabeidzot, lai iegūtie dati būtu salīdzināmi. 3. Mērķim ir jābūt sasniedzamam, citiem vārdiem – iespējamam. Izvirzot mērķi, ir jāspēj paredzēt, vai tas vispār ir sasniedzams tieši šim cilvēkam, kā arī resursus, ko nepieciešams iesaistīt, lai cilvēks spētu sasniegt šo mērķi. Šie resursi attiecas gan uz katra pacienta individuālajām spējām un īpašībām, gan arī uz resursiem no malas, ko nepieciešams piesaistīt, lai mijiedarbībā jau ar minētajiem pacienta resursiem nonāktu līdz vēlamajam iznākumam. Šie resursi no malas var izpausties kā fizisks atbalsts – fiziska asistēšana, veicot uzdevumus, vai kā emocionāls atbalsts, kas var palīdzēt stiprināt pašpārliecinātību un pašefektivitāti, vai kā kognitīvs atbalsts – veicināšana, atgādināšana un iedrošināšana.

4. Mērķim ir jābūt nozīmīgam. Cilvēkam, kura rehabilitācijā šis mērķis ir izvirzīts, ir jāspēj šim mērķim saskatīt jēgu un nozīmi savā dzīvē. Tādēļ mērķi ir jāizvirza kopīgi visām iesaistītajām pusēm, pirms tam rūpīgi izzinot pacietna un piederīgo pieredzi, vēlmes un uzskatus.

5. Mērķim ir jābūt noteiktam laikā. Izvirzot mērķi, jāspēj prognozēt, cik daudz laika tā sasniegšanai nepieciešams. Šajā klīniskajā spriešanā jāiekļauj pacietna objektīvais stāvoklis, reāli iespējamās izmaiņas ķermenī, balstoties uz neurofizioloģijas zinātnei, kā arī pieejamie resursi. Laika aprēķinā ir jāatspoguļo arī paredzamais nodarbību / aktivitāšu biežums un apjoms.

Avots: Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352–361. Retrieved from doi:10.1177/0269215508101741.