



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 CEĻŠ

Izstrādāts LATVIJAS ĀRSTU BIEDRĪBĀ projekta "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 diagnostis, Zaiga Kalnbērza-Ribule, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Anna Millere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, Lauris Repša, traumatologs, ortopēds

2023

Satura rādītājs

Satura rādītājs.....	2
Mērķgrupas	2
Saīsinājumi.....	2
Klīniskā ceļa shēma.....	3
STARPTAUTISKĀ FUNKCIONĒŠANAS, NESPĒJAS UN VESELĪBAS KLASIFIKĀCIJA (SFK) *	7
SMART princips mērķu izvirzīšanā	9

Mērķgrupas

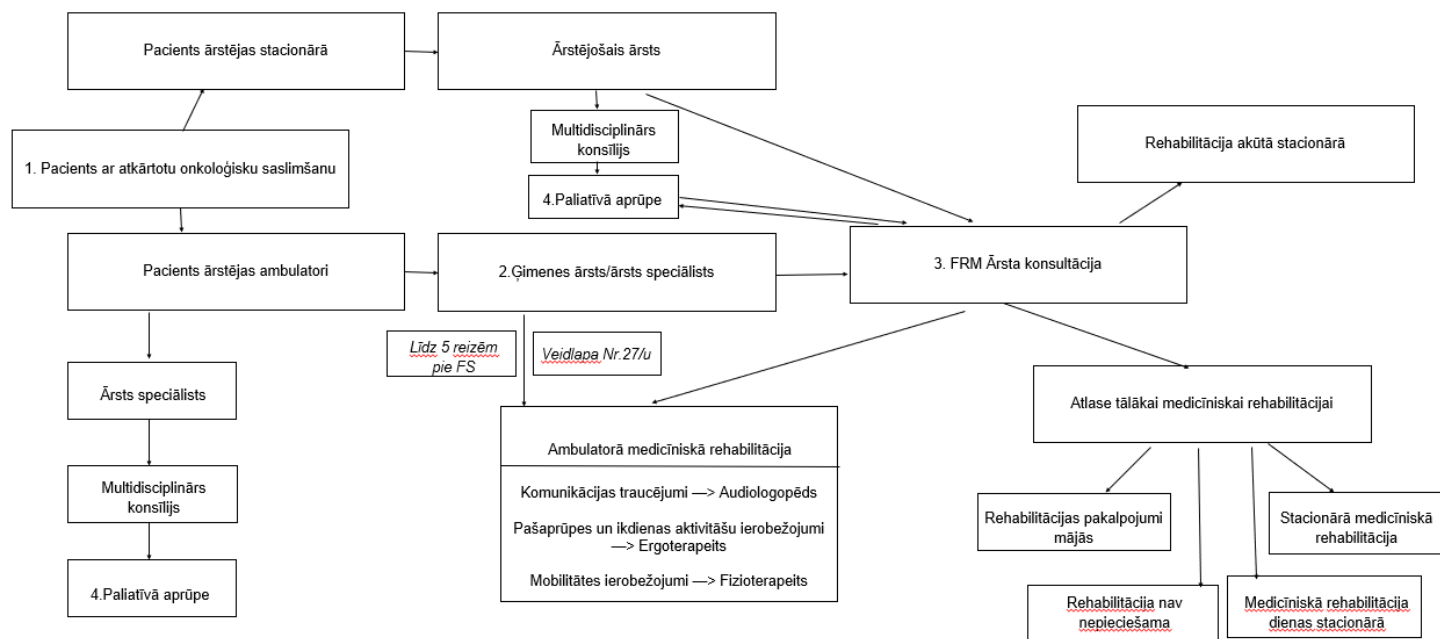
- Ārsti speciālisti:
 - Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (P 54)
 - Onkologi ķīmijterapeiti (P 16)
 - Internisti (P 01)
 - Ķirurgi (P 03)
 - Arodslimību un arodveselības ārsti (P 53)
- Ģimenes (vispārējās prakses) ārsti (P 02)

Saīsinājumi

FRM – fizikālā un rehabilitācijas medicīna

SFK – Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija

Klīniskā ceļa shēma



1. Pacients ar onkoloģiskas slimības recidīvu

Pacienti ar onkoloģiskās slimības recidīvu var ārstēties stacionārā vai ambulatori. Ja pacients atrodas stacionārā, ārstējošais ārsts nozīmē fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārsta konsultāciju, kurš atbilstoši izvērtē pacientu un nepieciešamības gadījumā nozīmē rehabilitācijas pakalpojumu stacionārā.

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)

2. Ģimenes ārsts/ārsts speciālists

Pacients ar onkoloģiskās slimības recidīvu var vērsties pie:

- ģimenes ārsta vai ārsta speciālista;
- FRM ārsta ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu.

Ja pacientam ir radušies jauni funkcionēšanas traucējumi, kurus izvērtē ģimenes ārsts vai ārsts speciālists (bez FRM ārsta) un tad var nosūtīt pacientu līdz piecām reizēm pie funkcionālā speciālista, aizpildot veidlapu Nr. 027/u, norādot konkrētus traucējumus, rehabilitācijas mērķus un laiku, kurā jāsasniedz izvirzītie mērķi.

- Ja saskaņā ar Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 104.4. punktu ir noteikts funkcionēšanas ierobežojums vienā funkcionēšanas domēnā (komunikācija, pārvietošanās, pašaprūpe) atbilstoši Starptautiskajai funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai (SFK) un ir paredzams, ka funkcionēšanas ierobežojums mazināsies, apmeklējot funkcionālo speciālistu līdz piecām reizēm;
- ja ārstniecības iestādē/reģionā nav pieejams fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, tad funkcionālais speciālists var sākt rehabilitāciju ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu;
- ja pacientam ir jauni funkcionēšanas ierobežojumi vismaz divos funkcionēšanas domēnos atbilstoši SFK, ģimenes ārsts vai ārsts speciālists nosūta pacientu pie FRM ārsta.

3. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācija

Konsultācijā FRM ārsts vērtē pacienta medicīnisko stāvokli, motivāciju medicīniskai rehabilitācijai un arī pacienta funkcionēšanas ierobežojumus atbilstoši SFK, tā nosakot piemērotāko rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas veidu. To, vai un kāds medicīniskās rehabilitācijas veids jāsaņem pacientam ar onkoloģiskās slimības recidīvu un jauniem funkcionēšanas traucējumiem, lemj fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, 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 MK noteikumiem Nr. 555 izstrādā rehabilitācijas plānu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai;
- ja stacionārā nav FRM ārsta, tiek sniegta ārstējošā ārsta rekomendācija par turpmākas medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, aprakstot stacionārā sākto rehabilitāciju.

4. Paliatīvā aprūpe onkoloģiskiem pacientiem

- Ja pacients atrodas stacionārā ārstējošais ārsts pacienta datus izskata konsīlijā, kur ņemot vērā pacienta vispārējo stāvokli pēc ECOG, slimības izplatību - pēc izmeklējumiem, analīžu rezultātiem, nolemj paliatīvu aprūpi pēc dzīves vietas.
- Ja pacients atrodas ambulatorā uzraudzībā, tad ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista (onkologa ķīmijterapeita, ķirurga vai staru terapeita), kurš pacienta datus izskata konsīlijā, kur ņemot vērā pacienta vispārējo stāvokli pēc ECOG, slimības izplatību - pēc izmeklējumiem, analīžu rezultātiem, nolemj paliatīvu aprūpi pēc dzīves vietas.
- Konsīlijas nodrošina klīniskās universitātes slimnīcās un reģionālās slimnīcās, kur tiek nodrošināta onkoloģisko pacientu ārstēšana.

Sarakstu ar ārstniecības iestādēm, kurās var saņemt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pieaugušajiem ambulatori un dienas stacionārā, var aplūkot tīmekļvietnē www.rindapiearsta.lv. Tajā atspoguļota informācija par ārstniecības iestādēm, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, un gaidīšanas rindu garums (informācija par rindām no iestādēm tiek saņemta reizi mēnesī).

Šīs rekomendācijas attiecas uz valsts apmaksātu medicīnisko rehabilitāciju Latvijas medicīnas sistēmā. Kārtību, kādā tiek nodrošināti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi Latvijā, nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes un finansēšanas kārtība” (28.08.2018.).

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

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)). Vieglāk 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 aktivitātēs”. 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 pašpārlicinātību 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 izziņot pacienta 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 pacienta objektīvais stāvoklis, reāli iespējamās izmaiņas ķermenī, balstoties uz neirofizioloģijas zinātni, kā arī pieejamie resursi. Laika aprēķinā ir jāatspoguļo arī paredzamais nodarbību / aktivitāšu biežums un apjoms.

Avots: Bovend'Eerdt, 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.