



DIENNAKTS STACIONĀRĀS MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU REHABILITĀCIJAS GULTĀ PIEAUGUŠO PACIENTU KLASIFIKĀCIJAS SISTĒMA (APRŪPES LĪMEŅA NOTEKŠANA)

Pielietošanas algoritms 2.0

Materiāls sagatavots VSIA “Nacionālais rehabilitācijas centrs “Vaivari””
projekta “Klīniski metodiskā vadība” ietvaros

Ilva Aršauska, māsa (vispārējās aprūpes māsa), Mg.SD

Iveta Kokle-Narbuta, māsa (vispārējās aprūpes māsa), Dr.Paed., Mg. Sc. Sal.

Rehabilitācija un aprūpe ir cieši saistītas. Rehabilitācijas mērķis ir uzlabot, sasniegt un uzturēt optimālu funkcionēšanu personām ar funkcionēšanas un ilgstošiem veselības traucējumiem. Aprūpe ir definēta kā klīniskā vērtējuma izmantošana aprūpes sniegšanā, lai pacienti varētu uzlabot, saglabāt vai atgūt veselību, tikt galā ar veselības problēmām un sasniegt vislabāko iespējamo dzīves kvalitāti. Māsai ir izšķiroša nozīme visos rehabilitācijas aprūpes posmos (akūtā, pēc akūtā un ilgtermiņa rehabilitācijā). Māsas nodrošina rehabilitāciju daudzos apstākļos, pansionātos un kopienas rehabilitācijā. Galvenais princips ir nevis sniegt aprūpi pacientam, bet gan sniegt aprūpi kopā ar pacientu. Tas ietver skaidrošanu, demonstrēšanu un praktizēšanu ar mērķi palīdzēt pacientam (pirmreizēji) iegūt vai (atkārtoti) atgūt neatkarību.

Aprūpes mērķis rehabilitācijā ir palīdzēt pacientam sasniegt un saglabāt maksimālu neatkarību un drošību veicot pašaprūpes aktivitātes. No tā izriet viena no svarīgākajām pacientu aprūpes problēmām rehabilitācijā – pašaprūpes deficīts. Tāpēc radās nepieciešamība izveidot instrumentu pacientu pašaprūpes novērtēšanai un aprūpes apjoma noteikšanai diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu laikā, kas noteiktu pacientu aprūpes līmeni, tādējādi tos kategorizējot vai klasificējot.

Diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēma (turpmāk - PKS) ir sistēma, kas nosaka pacientu vajadzību un aprūpes līmeni, kas nepieciešams, lai apmierinātu šīs vajadzības. Tā ir paredzēta, lai noteiktu pacienta funkcionēšanas spējas un nepieciešamo asistēšanas līmeni stacionārās rehabilitācijas laikā, palīdzētu plānot personālrесursus un materiāli tehnisko nodrošinājumu. PKS ir piemērojama no 18 gadu vecuma.

PKS pamatā ir izmantots Funkcionālās neatkarības mērījums (turpmāk - FIM), kas apvienots ar aprūpes līmeņu rehabilitācijā 4 ballu skalu. Tādējādi PKS izmantošana stacionārajā medicīniskajā rehabilitācijā pirmām kārtām izriet no starptautiski pieņemtas instrumenta FIM lietošanas.

FIM ir starptautisks instruments, ko plaši izmanto, lai novērtētu personas spēju droši un efektīvi veikt ikdienas aktivitātes (Ottenbacher, Hsu, Granger, & Fiedler, 1996). Svarīgi, ka FIM pacientiem nosaka darbību veikšanu, ņemot vērā viņu vajadzības pēc palīdzības no citas personas pilnīgi visām rehabilitācijas pacientu grupām.

FIM validācija aizsākās 20.g.s deviņdesmitajos gados saistībā ar plašu instrumenta izmantošanu stacionārajā rehabilitācijā. Izpētes gaitā jau sākotnēji tika konstatēti augsti iekšējās validitātes rādītāji ($\alpha = 93$). Laika gaitā FIM validitāte tikusi diskutēta, norādot, ka pacienta funkcionālā neatkarība var būt daudzdimensionāls, nevis viendimensionāls koncepts, tādēļ rehabilitācijas praksē ar piesardzību jāizturas pret FIM kopējā punktu skaita interpretāciju. Vēlāki pētījumi noraida bažas par instrumenta validitāti un sniedz pierādījumus par FIM kopējo rādītāju viendimensionālo raksturu. Mūsdienās FIM ir kļuvis par vienu no plašāk izmantotajiem instrumentiem stacionārajā rehabilitācijā visā pasaulē, kas mēra pacientu funkcionālās neatkarības progresu rehabilitācijas procesā.

FIM plašā izmantošana vairākās valstīs rezultējusies ar vienotas pieejas noteikšanu FIM praktiskajā pielietojumā, tai skaitā valdību un veselības institūciju līmenī izstrādātajos standartos un vadlīnijās. Austrālijas Nacionālajā Subakūto un neakūto pacientu klasifikācijā instrumenta lietošanas biežums noteikts kā viens mērījums, pacientu reģistrējot subakūtās rehabilitācijas struktūrās, nereti norādot uz 72 stundu logu pirmā mērījuma izdarīšanai, un otrs mērījums, pacientam noslēdzot subakūto rehabilitāciju. Funkcionālās neatkarības progress (vai vidējais pieaugums) nereti tiek saprasts kā starpība starp FIM kopējo rādītāju uzņemšanas laikā un FIM kopējo rādītāju izrakstīšanas laikā, kas tiek dalīts ar aprūpes dienu skaitu. 72 stundu periodā instruments var tikt pielietots atkārtoti pacienta stāvokļa pasliktināšanās gadījumā.

Līdzīgs FIM mērījumu algoritms noteikts arī citās valstīs. Kanādā tiek salīdzināti abi subakūtās stacionārās rehabilitācijas laikā veikto mērījumu rezultāti ar trešo mērījumu pēc izrakstīšanās. Lielbritānijā FIM ir galvenais mērinstruments subakūtajā rehabilitācijā, taču tiek papildināts ar 12 vispārīgāka rakstura jautājumiem no Funkcionālā novērtējuma mērījuma (The Functional Assessment Measure – FAM).

Kopumā no datiem par starptautiski pieņemtu FIM lietošanu izriet secinājums, ka FIM stacionārajā subakūtajā rehabilitācijā tiek lietots pēc vienota algoritma, vienlaikus monitorējot pacienta stāvokli. Līdz ar to PKS noteiktais veikt unificētu diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu rehabilitācijas gultā pacientu aprūpes līmeņa noteikšanu reizi nedēļā uzskatāms par piemērotu.

Tālākā PKS izmantošanā var diskutēt par algoritma papildināšanas jautājumiem saistībā ar pacienta stāvokļa izmaiņām, kas tiek monitorētas ikdienas rehabilitācijas procesā. Tādējādi tiek pievērsta uzmanība mūsu veiktajam pacientu subjektīvajam novērtējumam, kas pēdējos gados kļūst par zinātniskas izpētes priekšmetu. Tiek norādīts uz pierādījumiem balstītu mūsu novērtējuma prognostisko vērtību attiecībā uz pacienta rehabilitācijas iznākumu. Tiek uzsvērta pieredzes vērtība saistībā ar rehabilitācijas mūsu praksē padziļināti iepazītu pacienta personību un vajadzībām. Vienlaikus, izmantojot sistemātiska literatūras pārskata metodi, konstatēts, ka māsas sniegto pacienta novērtējumu veido daudzfaktoru kompetences, klīniskā pieredze, izglītība, pacientu drošības kultūras ievērošana, multidisciplināra komandas sadarbība un medicīnas sistēma rehabilitācijas institūcijā. Māsas pieredze un kompetence starpdisciplinārajā komandā ne vienmēr tiek pietiekoši ņemta vērā.

Izstrādājot un pielietojot PKS, tika ņemta vērā mūsu pieredze un kompetence darbā ar pacientiem diennakts stacionārajā rehabilitācijā, nosakot vienotu PKS pielietojuma algoritmu visiem pacientiem – reizi nedēļā.

Tā kā aprūpes līmenis rehabilitācijā ir balstīts uz 4 ballu skalu, un FIM ir balstīts uz 7 punktu skalu, tika apvienotas dažas no FIM kategorijām, lai palīdzētu veidot kritērijus vai aprakstus zem katra rādītāja. Līdz ar to tika nosaukti četri aprūpes līmeņi:

- **PN/MN:** pilnīga neatkarība/ modificēta neatkarība = 1
- **S:** pārraudzība/ sagatavošana = 2
- **Min/ Mod:** minimāla kontakta asistēšana/ mērena asistēšana (izmanto 50 - 75% piepūles) = 3
- **Max/ Total:** maksimāla asistēšana/ totāla asistēšana (izmanto 0 - 49% piepūles) = 4

Ar FIM saistītās aktivitātes ietver mazgāšanās, ģērbšanās, tualetes lietošanas, mobilitātes, pārvietošanās, ēšanas, komunikācijas, sociālās integrācijas un izziņas prasmes. Uzturs un drošība tika pievienoti kā ar FIM saistītie elementi. Ne ar FIM saistīti elementi ir medikamenti/ mērījumi/ sāpes, ādas aprūpe un ģimene / izglītošana. Šos punktus ir nepieciešams izvērtēt, jo diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacientu aprūpē aizņem lielu daļu laika.

Diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacientu aprūpes līmeņa novērtējumu veic *māsa*, pacientam uzsākot un noslēdzot diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas posmu, kā arī ik reizi mainoties pacienta stāvoklim/ situācijai, bet ne retāk kā reizi septiņās dienās.

Diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacienta aprūpes līmeņa novērtējuma veidlapa pildāma papīra formātā vai elektroniski. Veidlapa uzglabājama kopā ar pacienta stacionāro medicīnisko uzskaites dokumentu.

Obligāti aizpildāmas visas 7 sadaļas (pielikums Nr.1): medikamenti/ mērījumi/ sāpes; ādas aprūpe; ģimene/izglītošana; urīnpūslis/zarnas/tualete; mobilitāte/pārvietošanās/drošība; ēšana/uzturs; komunikācija/sociālā integrācija/izziņa. Katrā no sadaļām iespējams viens vērtējums no 1 līdz 4. Katras sadaļas rezultātu atzīmējam ailē “starpvērtējums”. Ja veicot vērtējumu, kaut viena no aktivitātēm atbilst zemākam vērtējumam, tad piemērojam zemāko vērtējumu.

Novērtējot visas 7 sadaļas, rezultāts tiek summēts, iegūstot kopsummu no 7 - 28:

1. Ja pacienta novērtējuma kopsumma konkrētajā dienā ir intervālā no 7 - 17, piemērojama zemas intensitātes aprūpe un medicīniskās uzskaites dokumentā norādāma manipulācija, kas 1.tabulā apzīmē zemas intensitātes aprūpi atbilstoši pakalpojumu programmai;

2. Ja pacienta novērtējuma kopsumma konkrētajā dienā ir intervālā no 18 - 28, piemērojama augstas intensitātes aprūpe un medicīniskās uzskaites dokumentā norādāma manipulācija, kas 1.tabulā apzīmē augstas intensitātes aprūpi atbilstoši pakalpojumu programmai;

1.Tabula. Gultas dienu manipulāciju kodi atbilstoši pakalpojumu programmai

Manipulācijas kods*	Manipulācijas nosaukums
60395	Subakūtā rehabilitācija (augstas aprūpes intensitātes)
60396	Subakūtā rehabilitācija (zemas aprūpes intensitātes)
60397	Ilgtermiņa rehabilitācija/ dinamiskā novērošana (augstas aprūpes intensitātes)
60398	Ilgtermiņa rehabilitācija/ dinamiskā novērošana (zemas aprūpes intensitātes)
60399	Perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācija

MEDIKAMENTI/ MĒRĪJUMI/ SĀPES

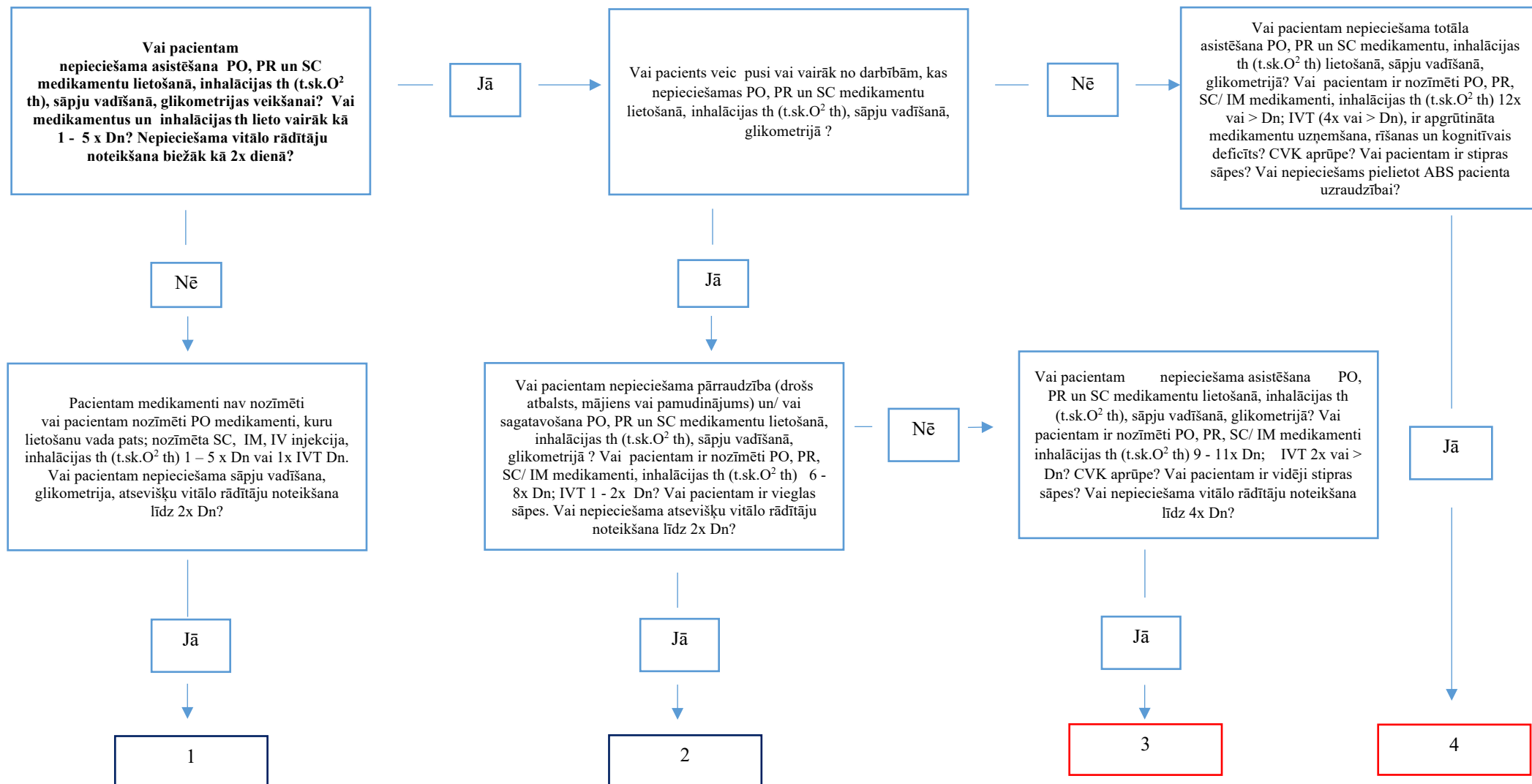
Ietver dažādu nozīmēto zāļu formu lietošanas aspektus – apjomu, veidu un asistēšanas līmeni, kā arī inhalācijas terapijas, t.sk. O₂ terapijas (O₂ th) pielietošanu. Darbības veikšana ir droša. Nozīmēto mērījumu veikšana (vitālie rādītāji, glikometrija) un dinamikas izvērtēšanu, sāpju novērtējums.

Pacientu vitālo rādītāju sistemātiskai uzraudzībai un novērošanai var lietot agrīnās brīdināšanas skalu (ABS) (pielikums Nr.2), nosakot elpošanas frekvenci, skābekļa piesātinājumu, sirds darbības frekvenci, asinsspiedienu, pulsu, temperatūru, apziņu. Vitālo rādītāju noteikšanu rutīnas veidā ieteicams veikt visiem trešā un ceturtā aprūpes līmeņa pacientiem un augsta riska pacientiem atbilstoši ārsta ordinācijām. Atsevišķa vitālā rādītāja mērīšana (piemēram, asinsspiediena kontroles biežums) var tikt veikta kā individuāls mērījums atbilstoši nepieciešamībai.

Sāpju mērīšanai un reģistrēšanai lieto skalas un anketas, kas balstās uz indivīda subjektīvo sajūtu kritisku pašanalīzi un informatīvā veidā sniegto sāpju pašnovērtējumu. Pilnīgi un adekvāti ar sāpju intensitātes un kvalitātes novērtēšanas metodēm (skalām) tās novērtēt ir iespējams tikai pie sāpīgas esošiem un saprotošiem indivīdiem, lai gan eksistē novērtēšanas metodes pēc indivīda uzvedības un reakcijas uz sāpēm, ko pielieto pacientiem ar ierobežotām kognitīvām spējām un sāpīgas traucējumiem. Sāpes vērtējamās miera stāvoklī un pie kustībām atsevišķi, iesakāms reģistrēt gan spontāno, gan provocēto sāpju intensitāti (pielikums Nr.3).

Pilnīga neatkarība – pacients medikamentus perorāli (turpmāk - PO), rektāli (turpmāk - PR) un subkutāni (turpmāk - SC) lieto pats, atbilstoši nozīmētai terapijai. Darbība tiek veikta droši. Sāpju nav. Atsevišķa vitālo rādītāju noteikšana 1 reizi dienā.

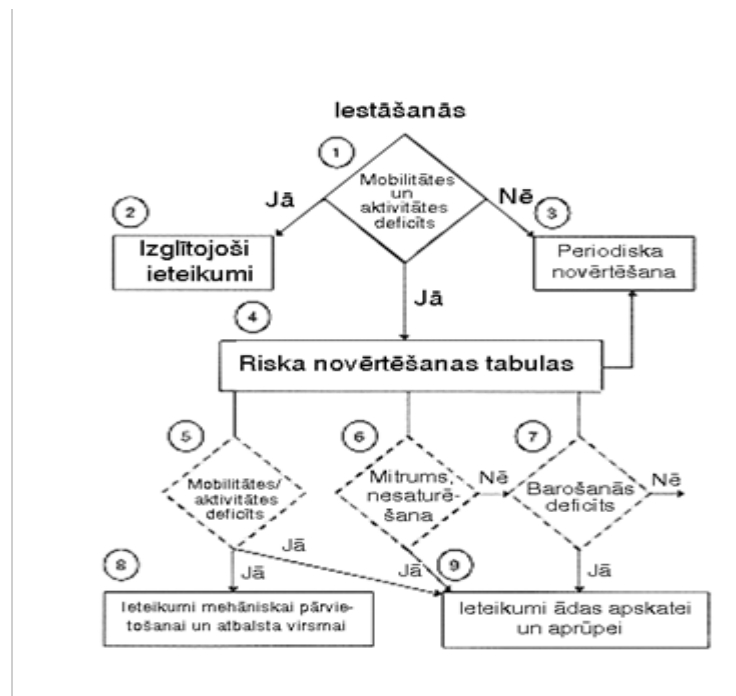
Modificēta neatkarība – pacients medikamentus perorāli (turpmāk - PO), rektāli (turpmāk - PR) un subkutāni (turpmāk - SC) lieto pats, atbilstoši nozīmētai terapijai. Darbība tiek veikta droši. Māsa veic intramuskulārās (turpmāk - IM), intravenozās (turpmāk - IV) injekcijas un intravenozo terapiju (turpmāk – IVT) (*intravenozā terapija – apjoms pārsniedz 100 ml*). Sāpju vadīšana. Atsevišķa vitālo rādītāju noteikšana līdz 2 reizēm dienā.



ĀDAS APRŪPE

Ietver savlaicīgu izgulējumu rašanās riska faktoru izvērtējumu, lietojot uz pierādījumiem balstītu novērojumu metodiku. Pacienta interesi un rūpes par ādas veselību, preventīvās darbības, pašaprūpes aktivitāšu iespējām, personīgās higiēnas ieradumiem (mute, mati, ķermenis), patreiz lietotiem medikamentiem, ēšanas ieradumiem, miega ieradumiem (kā, cik ilgi gul), lai noskaidrotu zināšanu deficītu ādas aprūpes un drošības pasākumu jomā; esošās un pagātnes ādas problēmas (bojājumi, veidojumi, izgulējumi); katetri, stomas vai tml.; ādas krāsa, masa, krokas, tūskas, temperatūra un pulss; ādas pigmentācijas izmaiņas (dzimumzīmju lieluma un tumšo plankumu izmaiņas); pārmērīgs sausums, mitrums vai smaka; izmaiņas ādas audos; individuālo ādas kopšanas līdzekļu novērtēšana un kopšanas intervāls; sēdēšanas laiks; pielietojamās atslogošanas metodes.

Lai savlaicīgi noteiktu ādas bojājumu rašanās riskus, lēmuma pieņemšanu un veicamās darbības, ir izstrādāts ādas bojājuma paredzēšanas un novērtēšanas algoritms.



Bergstrom N, Patients at risk for Pressure Ulcers and Evidence - Based Care for Pressure Ulcer Prevention (2010)

1. Mobilitātes un aktivitātes deficīts

Pie izgulējuma riska grupas ir jāpieskaita pacienti ar ierobežotu spēju mainīt ķermeņa stāvokli gultā vai ratiņkrēslā. Jāņem vērā arī tādi riska faktori kā ierobežotas kustības, nesaturēšana, nepietiekošs uzturs, lai noteiktu īpašas aprūpes nepieciešamību.

2. Izglītojoši ieteikumi

Ieteikumiem par izgulējumu profilaksi jābūt strukturētiem, organizētiem, visaptverošiem un orientētiem uz visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, pacientiem un ģimeni.

3. Periodiska novērtēšana

Aktīviem un kustīgiem pacientiem regulāri jānovērtē izmaiņas to aktivitātē, kustīgumā un citos parametros, ņemot vērā pacienta stāvokli un iestādes aprūpes politiku.

4. Riska novērtēšanas tabulas

Var lietot jebkuru riska novērtēšanas metodi, kas nodrošina sistemātisku riska faktoru noteikšanu. Eksistē daudzas tabulas, tās ietver kustīguma un aktivitātes, mitruma, nesaturēšanas un traucētas uztura uzņemšanas novērtējumu. Pazīstamākās ir Braden, Gosnell, Knoll, Norton, Waterlow un Douglas skalas. Pasaulē visplašāk lietotā riska novērtējuma skala ir Braden skala, kas ietver sešas novērtēšanas jomas: jušana, ādas mitrums, pacienta aktivitāte, pacienta kustīgums, uzturs, bīde un berze.

5. Mobilitātes/ aktivitātes deficīts

Ja tiek noteikts mobilitātes/aktivitātes deficīts, tad skat.8. un 9.punktu.

6. Mitrums un nesaturēšana

Ja ir nesaturēšana vai palielināta mitruma iedarbība, āda ir jānotīra pēc katras nosmērēšanās (piem. tualetes), jānovērš mitruma nokļūšana uz ādas, kontrolējot izdalījumus no brūces, urīna un fēču nesaturēšanu u.c.

7. Uztura uzņemšanas deficīts

Novērtēt pacienta ēstgribu, uztura uzņemšanas kvalitāti un kvantitāti. Nodrošināt un sekot līdzi uzņemtajam šķidruma daudzumam. Noskaidrot faktorus, kas var izraisīt uztura uzņemšanas deficītu (uzturvielu nepietiekamība, rīšanas traucējumi u.c.), piedāvāt problēmas risinājumu. Plānot un pielietot papildus uzturvielu uzņemšanas programmu.

8. Ieteikumi mehāniskai pārvietošanai un atbalsta virsmai

Pie gultas saistītam pacientam:

- ✓ Pozīcijas maiņa pēc individuālas shēmas (vismaz ik katras 2 stundas)
- ✓ Riska grupas pacientiem lietot pretizgulējuma matračus
- ✓ Lietot spilvenu vai ķīli, lai izvairītos no kaulu izciļņu saskares ar atbalsta virsmu
- ✓ Lietot pozicionēšanas ierīces, kas pilnībā atslogo spiedienu uz papēžiem
- ✓ Izvairīties pacientu novietot tieši uz sāniem
- ✓ Gultas galu pacelt uz neilgu laiku un ne vairāk kā 30° leņķī
- ✓ Lietot pacelšanas ierīces, lai pārvietošanas un novietošanas laikā pacients netiktu vilkts
- ✓ Nelietot apļa veida atslogošanas ierīces (gumijas riņķus)

Pie ratteņkrēsla saistītam pacientam:

- ✓ Pozīcijas maiņa vismaz katru stundu
- ✓ Svara pārvietošana katras 15 minūtes
- ✓ Lietot pretizgulējuma spilvenu (nelietot apļa veida atslogošanas ierīci – gumijas riņķi)
- ✓ Pacientu novietojot ratteņkrēslā, jāņem vērā ķermeņa poza, svara sadalījums, līdzsvars, stabilitāte un spiediena atslogošana

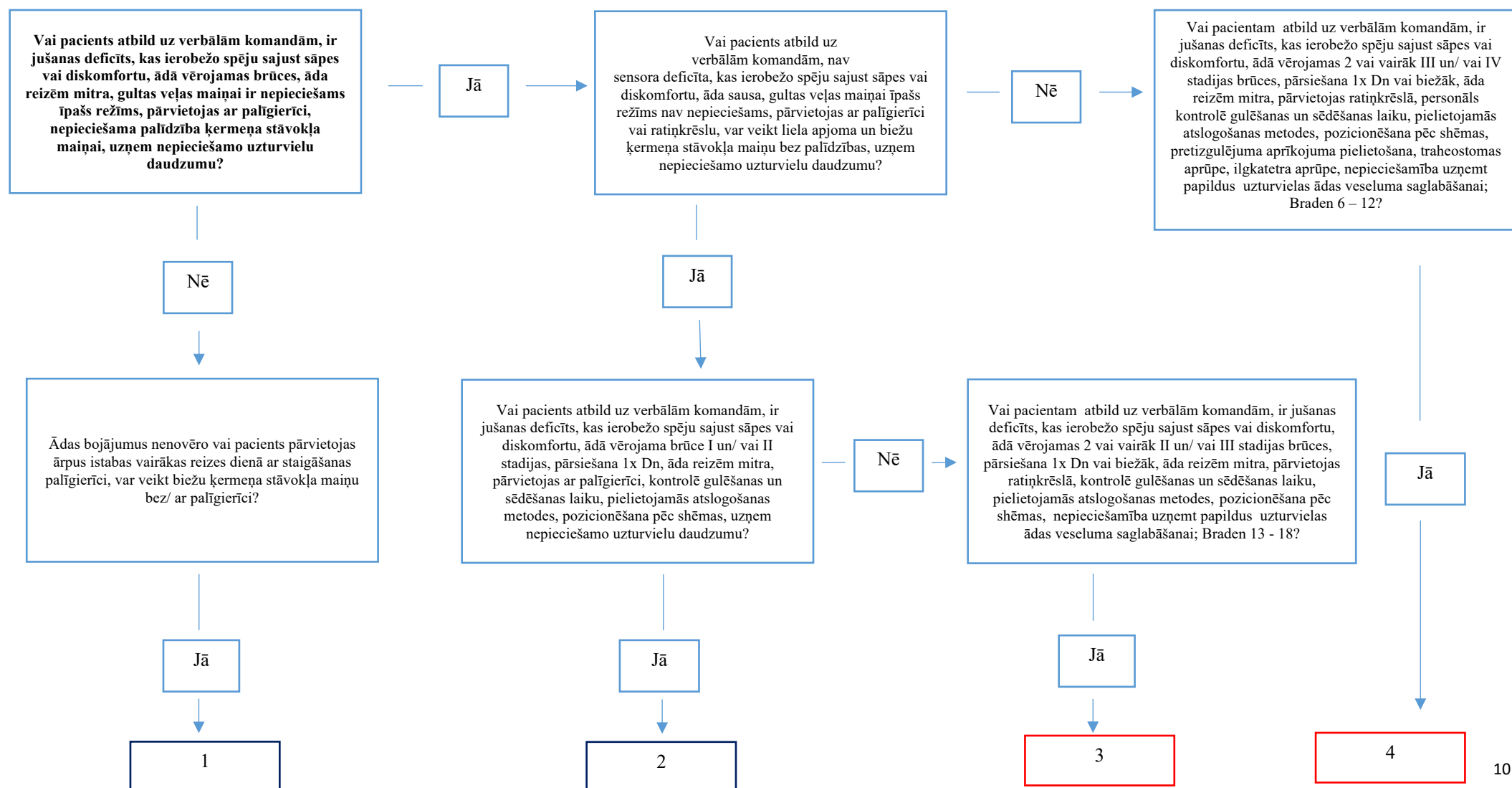
9. Ieteikumi ādas apskatei un aprūpei

- ✓ Apskatīt ādu vismaz 1 reizi dienā, īpašu uzmanību pievēršot vietām, kur kauli atrodas tuvu ādai: pakausis, auss, lāpstiņu, elkoņa, krustu rajons, sēžas apvidus, ceļgali, potītes, papēži, papēža un ādas krokām un lokalizācijas vietām, kuras ir saskarē ar medicīniskām ierīcēm
- ✓ Izveidot individuālu ādas aprūpes režīmu, izvairīties no karsta ūdens, izmantot saudzējošus mazgāšanas līdzekļus
- ✓ Novērst zemu gaisa mitrumu un aukstumu
- ✓ Nemasēt (nerīvēt, neberzēt) kaulu izciļņu vietas
- ✓ Lietot pareizas novietošanas un pārliešanas metodes
- ✓ Novērst berzes ievainojumus, lietojot lubrikantus vai spilventiņus

Ādas bojājuma risku izvērtē katram pacientam pirmo 6 stundu laikā pēc uzņemšanas stacionārā ārstniecības iestādē, izmantojot piem. Braden skalu (pielikums Nr.4). Mainoties pacienta vispārējam stāvoklim (paaugstināta ķermeņa temperatūra, infekcija, u.c.) vai, ja pēc Braden skalas 15 vai mazāk punktu, tad riska novērtējums jāatkārto vienu reizi diennaktī. Ņemot vērā novērtēšanas rezultātus, aprūpes darbības plāno atbilstoši *Izgulējumu ārstēšanas un profilakses vadlīnijām* (pielikums Nr.5) vai klīniskajiem algoritmiem vispārējās aprūpes māsas darbā (www.spkc.gov.lv/kliniskie-algoritmi-pacientu-celi-indikatori-esf-projekts).

Pilnīga neatkarība – pacients patstāvīgi veic pašaprūpes aktivitātes, personīgo higiēnu (mute, mati, ķermenis), kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, un pielietojamās atslēgošanas metodes.

Modificēta neatkarība – pacientam palīgierīces vai adaptācijas ierīces veicot pašaprūpes aktivitātes, personīgo higiēnu (mute, mati, ķermenis), kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, un pielietojamās atslēgošanas metodes. Lai veiktu uzdevumu nepieciešams vairāk laika.



ĢIMENE/ IZGLĪTOŠANA

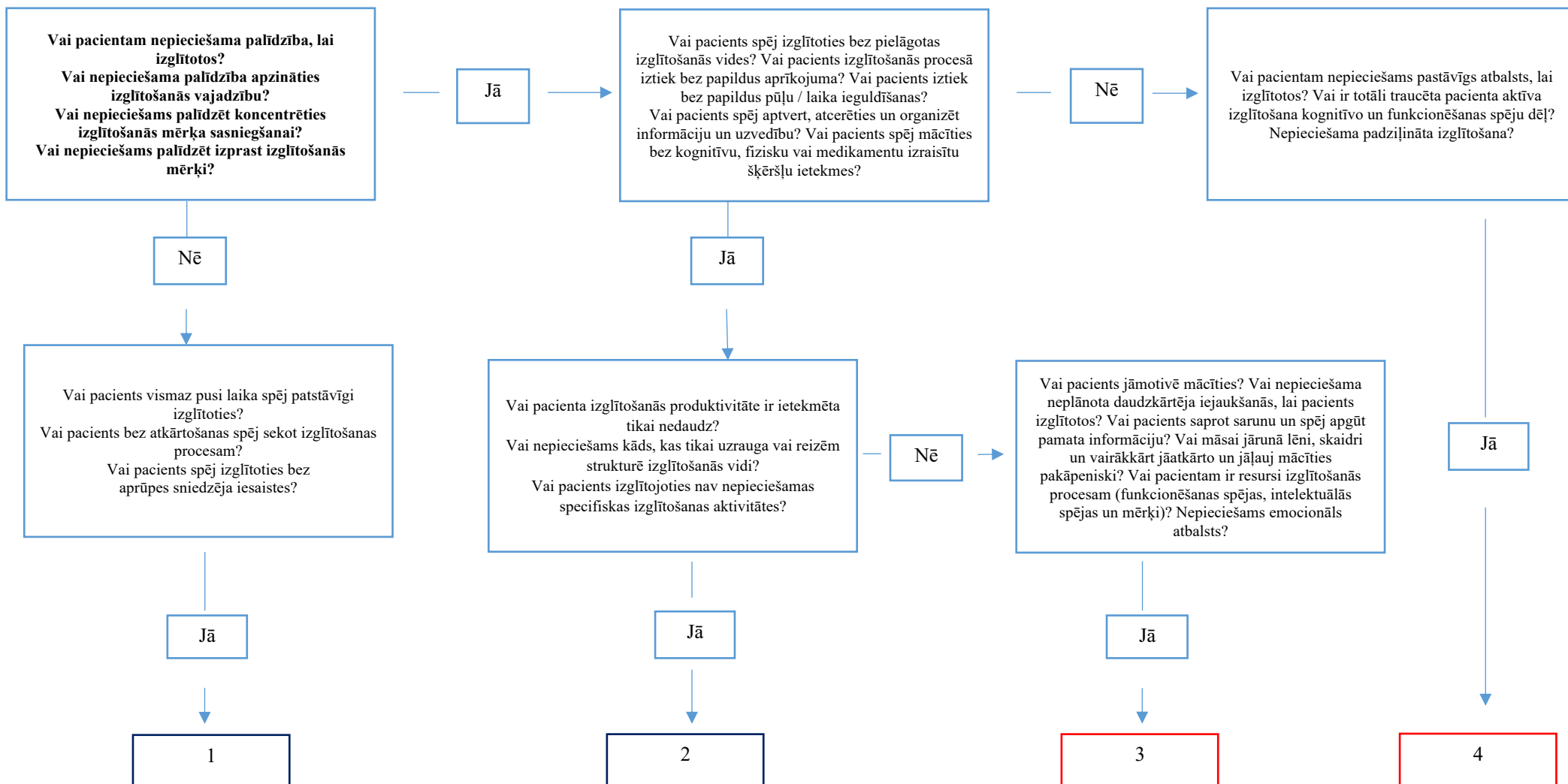
Izglītības vajadzību novērtējumā ietver pacienta vajadzības, ģimenes un pacienta gatavību mācīties un mācīšanās stilu. Izglītības vajadzību noteikšana ir daļa no pacienta novērtēšanas procesa, tās var noteikt tieši pajautājot pacientam un arī novērtējot personas fizisko un emocionālo stāvokli. Izglītības vajadzības var ietvert četras iespējamās problēmu kategorijas:

1. Pacienta fiziskās spējas
2. Pacienta sociālās vajadzības
3. Pacienta psiholoģiskās vajadzības
4. Arodproblēmas jeb ar darbu saistīto prasmju zudums

Izglītības mērķi ir atkarīgi no pacienta vajadzībām, saturs no mērķiem, vajadzīgie resursi izriet no satura, savukārt izglītošanās plāna izvērtēšana atkarīga no vajadzībām, mērķa un satura. Izglītošanai jā sākas no visvienkāršākās informācijas daļas uz sarežģītāko. Izglītošanas plāna izstrādē ņem vērā izglītības vajadzību prioritāti: akūtās izglītības vajadzības- preventīvās izglītības vajadzības – uzturošās izglītības vajadzības. Vai pacientam ir atbilstošas kognitīvās un intelektuālās spējas, orientācijas spējas un uzmanības ilgums, koncentrēšanās spējas , uztvere un atmiņa. Vai pacients spēj koncentrēt enerģiju un uzmanību izglītošanās mērķu sasniegšanai. Vai pacients spēj saprast sakarību starp izglītošanos un viņa turpmāko labklājību un dzīves kvalitāti?

Pilnīga neatkarība – pacientam ir atbilstošas kognitīvās un intelektuālās spējas, orientācijas spējas un uzmanības ilgums, koncentrēšanās spējas, uztvere un atmiņa. Pacients spēj koncentrēt enerģiju un uzmanību izglītošanās mērķu sasniegšanai.

Modificēta neatkarība – pacientam ir nepieciešams ilgāks laiks un vairākkārtēja atkārtošana izglītības mērķu sasniegšanai. Pacients enerģiju un uzmanību spēj koncentrēt īsu brīdi. Ir pacienta un ģimenes reakcijas gan fizioloģiskas un emocionālas reakcijas saistītas ar iepriekšējo pieredzi. Ir atšķirīgi uzskati par veselību un veselības aprūpi.



URĪNPŪSLIS / ZARNAS/ TUALETE/ PERSONĪGĀ HIGIĒNA/ ĢĒRBŠANĀS

Ietver mutes dobuma kopšanu, matu ķemmēšanu un sukāšanu, roku un sejas mazgāšanu, skūšanos vai kosmētikas lietošanu, ķermeņa nomazgāšanu no kakla uz leju, ietverot muguru (noberšana, noskalošana, nosusināšana) vannā vai dušā, ķermeņa apģērbšanu un noģērbšanu, kā arī protēžu un ortožu pielikšanu un noņemšanu, kad nepieciešams, starpenes higiēnas uzturēšanu un apģērba sakārtošanu pirms un pēc tualetes vai padubes lietošanas, pilnīgi apzinātu urīnpūšļa un zarnu trakta kontroli, ja nepieciešams, ierīču vai aģentu lietošanu. Darbības tiek veiktas droši.

Pilnīga neatkarība – pacients tīra zobus vai smaganas, ķemmējas vai sukājas, mazgā rokas un seju, skujas vai „krāsojas”, ietverot visus sagatavošanas darbus, mazgā (noberž, noskalo, nosusina) ķermeni, apģērbjas un noģērbjas, lietojot savas iecienītās drēbes, lieto apakškreklus un krūšturus, pār galvu velkamus vai priekšā atveramus apģērbus, apakšbikses, korsetes, svārkus, jostas, zeķes, kurpes, lieto rāvējslēdzējus, pogas vai spiedpogas, pieliek vai noņem protēzes un ortozes; notīra sevi pēc zarnu vai urīnpūšļa iztukšošanas, pieliek higiēniskās paketes, ievieto tamponus (ja nepieciešams), sakārto drēbes pirms un pēc tualetes vai padubes lietošanas, pilnīgi un apzināti kontrolē urīnpūsli un zarnu traktu, un nav nesaturēšana. Darbības veic droši.

Modificēta neatkarība – pacientam nepieciešamas specializētas ierīces (ietverot protēzes un ortozes), pielāgoti apģērbi, lai veiktu apkopšanās un mazgāšanās aktivitātes, apģērbtos, tualetes lietošanai, vai arī ir nepieciešams vairāk, kā saprātīgs laiks šo aktivitāšu veikšanai, vai arī ir kādi drošības apsvērumi. Nepieciešama padube, katetrs, absorbents, autiņbiksītes, urīnsavācējierīce, vai medikamenti kontrolei; ja katetrs tiek lietots, persona to ievada un izņem bez palīdzības, notīra, sterilizē un sagatavo ierīces bez palīdzības. Ja persona lieto jebkādu citu palīg līdzekļus, tā dara to pati, bez palīdzības, stimulācija ar pirkstu, vēdera izejas mīkstinātāji, supozitoriji, laksatīvās vielas (nav domāti dabīgie līdzekļi, kā žāvētas plūmes u.c.), vai regulāras klizmas, vai medikamenti kontrolei; ja personai ir stoma, tā spēj to lietot. Darbība notiek bez starpgadījumiem.

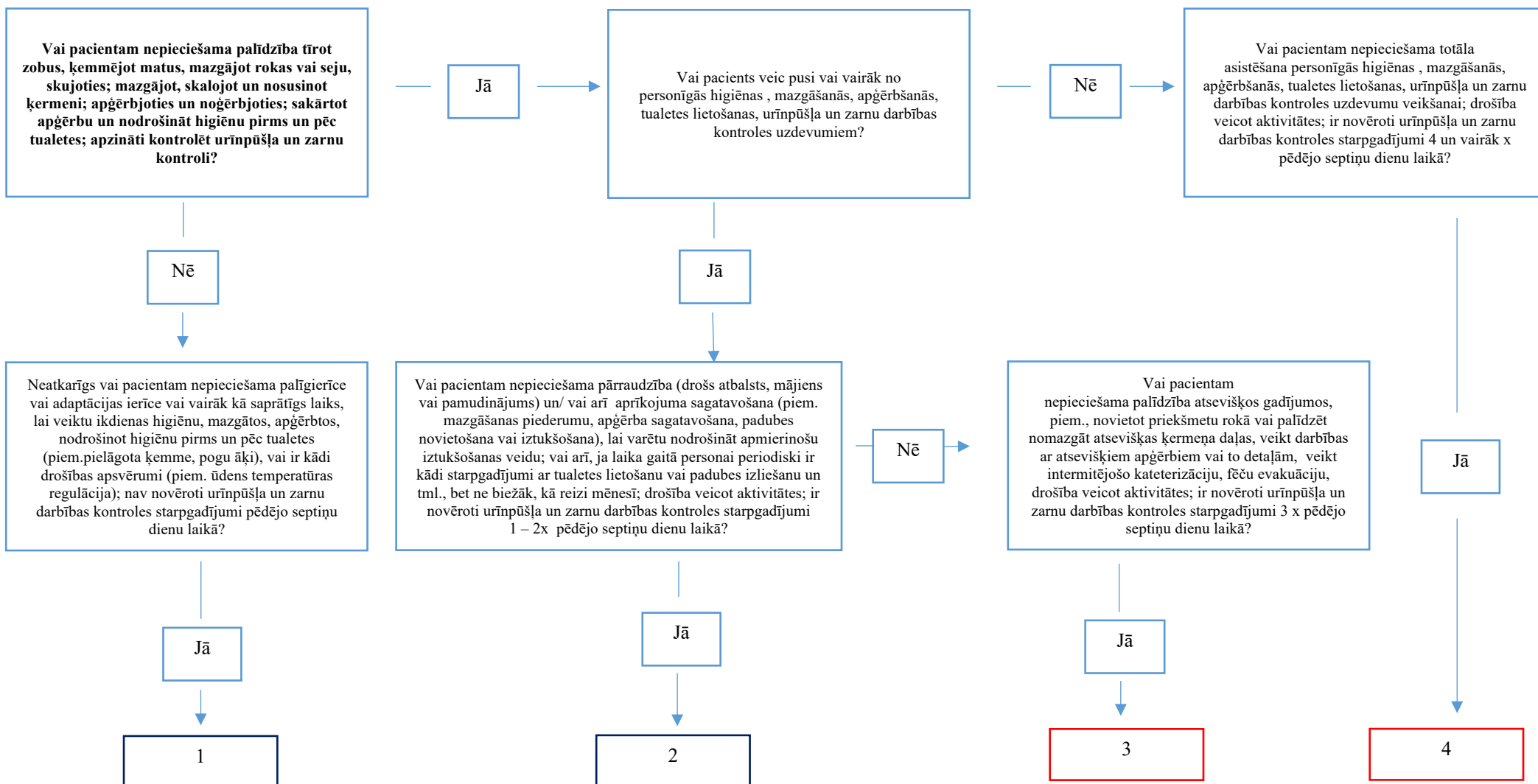
PIEZĪMES.

* Ja pacientei vajadzīga palīdzība rīkoties ar higiēniskajām paketēm (parasti 3 – 5 dienas mēnesī), asistēšanas līmenis ir 2 (pārraudzība vai sagatavošana).

* Urīnpūšļa un zarnu trakta darbības vadīšanas funkcionālais mērķis ir – atvērt urīna vai anālo sfinkteru tikai tad, kad tas ir nepieciešams, un turēt to slēgtu pārējā laikā. Tam var būt nepieciešamas ierīces, zāles vai citas personas palīdzība. Šim punktam ir divi varianti:

1. urīnpūšļa un zarnu trakta kontroles sekmju līmenis;
2. nepieciešamās palīdzības līmenis.

Parasti tie ir saistīti, t.i., jo vairāk negadījumu, jo vairāk palīdzības nepieciešams. Ja abi šie varianti nav identiski, vienmēr atzīmējiet zemāko.



MOBILITĀTE/ PĀRVIETOŠANĀS/DROŠĪBA

Ietver visus pārsēšanās aspektus „uz un no” gultas, krēsla, ratiņkrēsla vai piecelšanās stāvus, ja staigāšana ir tipiskais pārvietošanās veids, iešanu „uz un no” tualetes, „iekšā un ārā” no vannas vai dušas, staigāšanu stāvus, vai sēdus ratiņkrēslā (novērtē biežāk lietoto) uz līdzēnas virsmas, kāpšana augšā un lejā pa kāpnēm 12 – 14 pakāpienus (vienu stāvu) ēkas iekšējās. Darbības tiek veiktas droši. Lai noteiktu drošu pārvietošanos, tiek rekomendēts izvērtēt krišanas risku (piemēram, Morsa kritiena riska novērtēšanas skala, pielikums Nr.6).

Pilnīga neatkarība – ja pacients staigā, viņš pieiet, apsēžas un pieceļas no parasta krēsla; pārsēžas no gultas uz krēsla; pieiet, apsēžas un pieceļas no standarta tualetes poda; pieiet, iekāpj un izkāpj no vannas vai dušas.

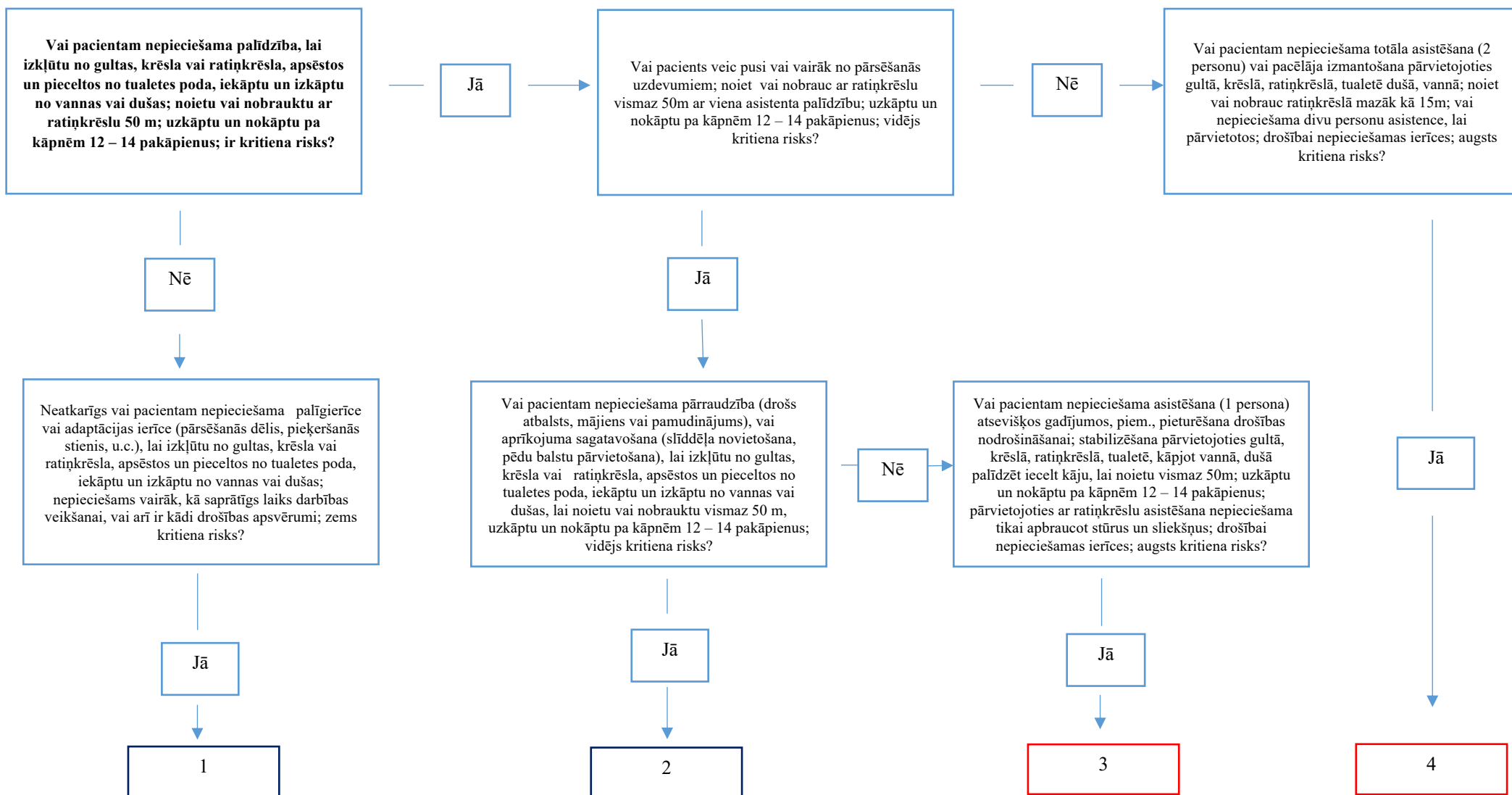
Ja pacients pārvietojas ratiņkrēslā, viņš tuvojas pie gultas vai krēsla, noslēdz bremzes, paceļ pēdu balstus, pārvieto roku balstus, ja nepieciešams, un veic pārsēšanos vai nu pieceļoties stāvus vai pārbīdoties (bez slīddēļa) un atgriežas atpakaļ; tuvojas tualetes podam, noslēdz bremzes, paceļ pēdu balstus, pārvieto roku balstus, ja nepieciešams, un veic pārsēšanos vai nu pieceļoties stāvus vai pārbīdoties (bez slīddēļa) un atgriežas atpakaļ; tuvojas vannai vai dušai, noslēdz bremzes, paceļ pēdu balstus, pārvieto roku balstus, ja nepieciešams, un veic pārsēšanos vai nu pieceļoties stāvus vai pārbīdoties (bez slīddēļa) un atgriežas atpakaļ; spēj noiet vismaz 50 metrus bez palīgierīces (nelietojot ratiņkrēslu); kāpj augšā un lejā pa kāpnēm vismaz vienu stāvu bez turēšanās pie margām vai balsta. Darbību veic droši.

Modificēta neatkarība – pacientam nepieciešama palīgierīce vai adaptācijas ierīce, tāda kā slīddēlis, pieķeršanās stienis, vai arī speciāls krēsla sēdekļs vai kruķi; vai arī personai nepieciešams vairāk, kā saprātīgs laiks darbības veikšanai, vai arī ir kādi drošības apsvērumi. Šajā gadījumā protēzes un ortozes tiek uzskatītas kā palīgierīce, ja tās tiek lietotas, lai veiktu pārsēšanos. Pacients noiet vismaz 50 metrus, bet lieto ortozi vai kājas protēzi, speciāli pielāgotus apavus, spieķi, kruķus vai „staiguli”; vai nepieciešams vairāk kā saprātīgs laiks, lai veiktu šo attālumu, vai arī ir kādi drošības apsvērumi. Ja pacients nestaigā, bet lieto manuālu vai motorizētu ratiņkrēslu neatkarīgi vismaz 50 metrus, apgriežas apkārt, manevrē krēslu pie galda, gultas, uz tualeti; pārvar slīpumu vismaz par 3%, manevrē uz grīdsegām un pāri sliekšņiem; kāpj augšā un lejā pa kāpnēm vismaz vienu stāvu, bet vajadzīgs sānu balsts vai margas, spieķis; nepieciešams vairāk, kā saprātīgs laiks, vai arī ir kādi drošības apsvērumi.

PIEZĪMES.

* „Gulta - krēsls” pārsēšanās laikā darbība sākas un beidzas guļus (uz muguras) stāvoklī.

* Ja pacientam nepieciešama pārvietošanās palīgierīce, piem., ratiņkrēsls, protēze, „staigulis”, spieķis, ortoze, adaptētie apavi utt., šī punkta vērtējums var būt 1. Pārvietošanās veidam, kuru vērtē, iestājoties un izrakstoties jābūt tam pašam. Ja rehabilitācijas laikā persona mainu savu pārvietošanās veidu (parasti no ratiņkrēsla uz staigāšanu), atzīmējiet pārvietošanās veidu iestājoties un punktu vērtēšanu balstiet uz biežāk lietoto pārvietošanās veidu izrakstoties.

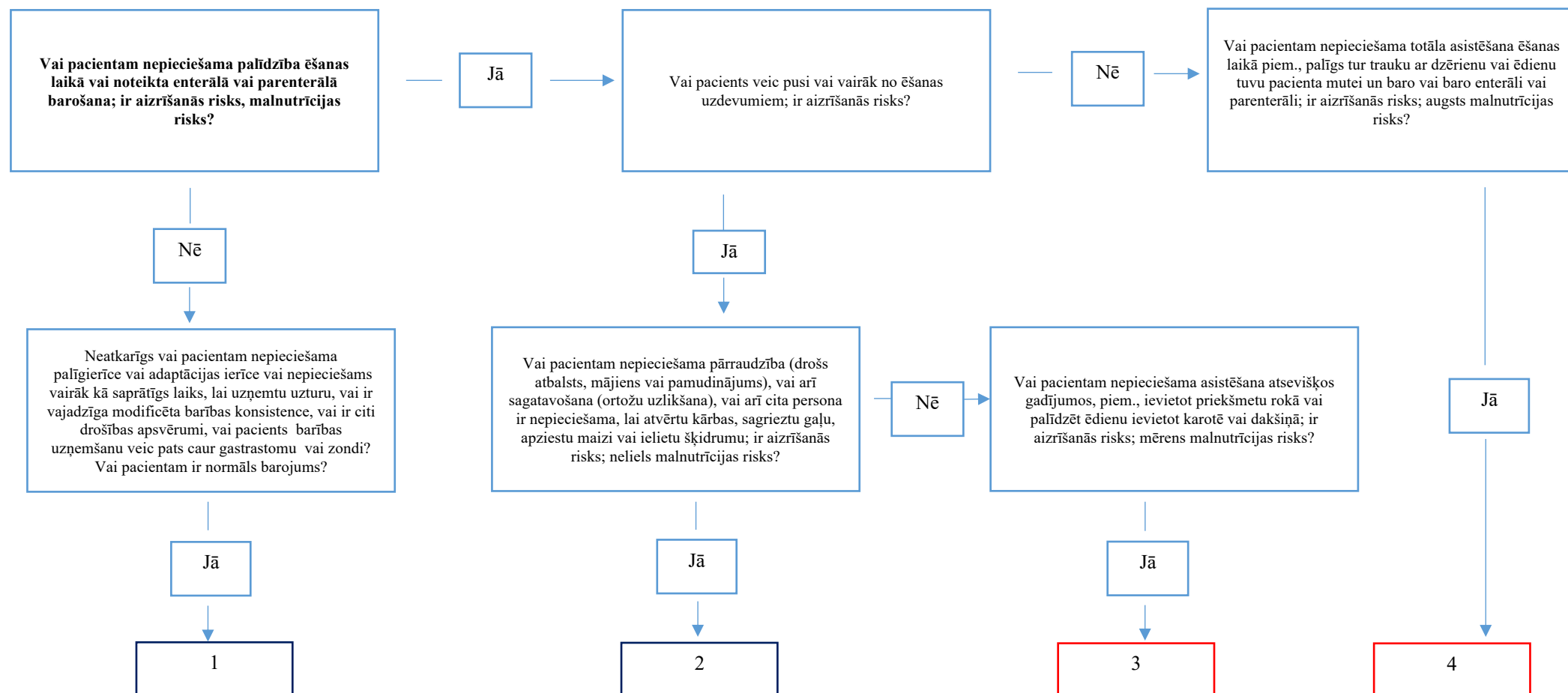


ĒŠANA/ UZTURS

Ietver atbilstošu galda piederumu lietošanu, lai nogādātu barību mutē, barības sakošļāšanu, norīšanu. Maltītei jābūt servētai parastā veidā uz galda vai paplātes. Darbības veikšana ir droša. Lai noteiktu drošu barības rīšanu, tiek rekomendēts izvērtēt aspirācijas risku (piemēram, 90 ml ūdens tests, pielikums Nr.7). Lai noteiktu uzturvielu nepietiekošu uzņemšanu, tiek rekomendēts veikt malnutricijas riska skrīningu (pielikums Nr.8).

Pilnīga neatkarība – pacients ēd no šķīvja, kas paredzēts attiecīgā ēdiena servēšanai, tiek galā ar jebkuru ēdiena konsistenci, dzer no krūzes vai glāzes. Maltīte ir servēta parastā veidā uz galda vai paplātes. Barības nogādāšanai mutē tiek lietota karote vai dakša. Barība tiek sakošļāta un norīta. Darbība tiek veikta droši.

Modificēta neatkarība – pacientam nepieciešama palīgierīce vai adaptācijas ierīce, piem., garš salmiņš, piemērota dakša vai nazis. Pacientam nepieciešams vairāk kā saprātīgs laiks, lai paēstu, vai ir vajadzīga modificēta barības konsistence, vai arī ir drošības apsvērumi. Ja personas barības uzņemšanas veids atbilst citām kategorijām, piem., parenterālai vai gastrostomijas, tad pacients pats veic šo barošanu.



KOMUNIKĀCIJA/ SOCIĀLĀ INTEGRĀCIJA/ IZZIŅA

Ietver audiālās un vizuālās komunikācijas (t.i. rakstītu, zīmju, žestu valodu) saprašana. Novērtējiet un pārbaudiet biežāk lietoto sapratnes veidu (audiālo vai vizuālo). Ja abi veidi tiek lietoti apmēram vienlīdz bieži, pārbaudiet abus.

Komunikācija ietver skaidru vokālu vai nevokālu valodas izteikšanos. Tā ietver saprotamu, skaidru runu vai skaidru valodas izteikšanu, lietojot rakstību vai komunikācijas palīgierīci. Novērtējiet un pārbaudiet biežāk lietoto izteikšanās veidu (verbālo vai neverbālo). Ja abi veidi tiek lietoti apmēram vienlīdz bieži, novērtējiet abus. Sociālā integrācija ietver līdzdarbošanās un piedalīšanās iemaņas terapeitiskās un sociālās situācijās. Tā atspoguļo, kā paša vajadzības un intereses var dalīt ar citu vajadzībām un interesēm.

Pilnīga neatkarība – pacients saprot kompleksas vai abstraktas sarunas un norādījumus; saprot runātu un rakstītu valodu; izsaka kompleksas vai abstraktas idejas skaidri un tekoši, mijiedarbojas atbilstoši ar personālu, citiem pacientiem un ģimenes locekļiem (kontrolē garstāpvokli, piekrīt kritikai, apzinās, ka vārdiem un rīcībai ir ietekme uz citiem), orientējas laikā, vietā un telpā, garīgi līdzsvarots un kontaktējams. Pacientam nav nepieciešami medikamenti uzvedības kontrolei.

Modificēta neatkarība – vairumā gadījumu pacients viegli, vai varbūt ar pavisam nelielām grūtībām saprot kompleksu vai abstraktu sarunu un norādījumus. Orientējas laikā, vietā un telpā, garīgi līdzsvarots un kontaktējams. Nav nepieciešama priekšā teikšana vai pamudinājums. Var būt nepieciešama dzirdes vai redzes palīgierīce, cita palīgierīce, vai papildus laiks, lai saprastu informāciju. Izsaka kompleksas vai abstraktas idejas relatīvi skaidri vai tikai ar nelielām grūtībām. Nav nepieciešama priekšā teikšana vai pamudinājums. Var būt nepieciešamas alternatīvas komunikācijas sistēmas, mijiedarbojas atbilstoši ar personālu, citiem pacientiem un ģimenes locekļiem vairums situācijās. Nav nepieciešama pārraudzība. Var būt nepieciešams vairāk kā saprātīgs laiks, lai pielāgotos sociālajai situācijai, varbūt nepieciešami medikamenti uzvedības kontrolei.

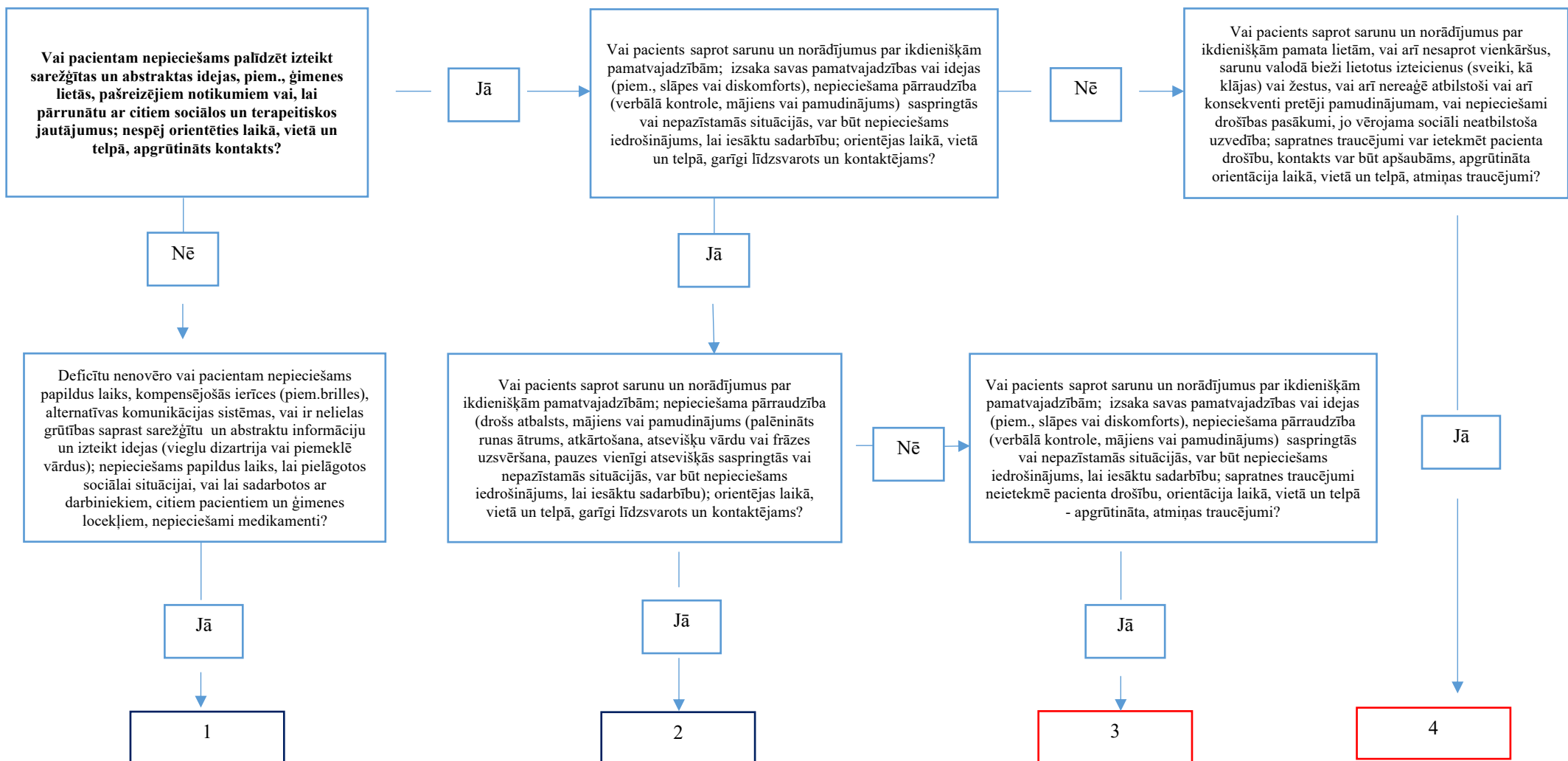
PIEZĪMES.

* Kompleksas vai abstraktas informācijas sapratne ietver (bet neaprobežojas) pašreizējo notikumu, kas parādās TV programmās, presē vai interneta resursos sapratni, abstraktas informācijas, piem., reliģija, humors, matemātika, ikdienišķas finanses, sapratni. Tā var arī ietvert grupu sarunu informācijas saprašanu. Informācija par ikdienas vajadzībām ietver sarunas, norādījumus, jautājumus vai noteikumus uz personas vajadzībām ēst, dzert, nokārtoties, gulēt, mazgāties (fizioloģiskās vajadzības).

* Kompleksu vai abstraktu ideju piemērs ietver (bet neaprobežojas) diskusiju par pašreizējiem notikumiem, reliģiju vai savstarpējām attiecībām.

* Pamata vajadzību un ideju izteikšana attiecas uz pacienta spējām sazināties par nepieciešamajām ikdienas aktivitātēm – ēšanu, dzeršanu, nokārtošanos, mazgāšanos, gulēšanu (fizioloģiskajām vajadzībām).

* Sociāli neatbilstošas uzvedības piemēri – dusmu lēkmes, trokšņaina, neķītra, aizvainojoša valoda, pārmērīgi smiekli vai raudas, fizisks uzbrukums, ļoti atturīga vai noraidoša uzvedība.



Izmantotā literatūra:

1. AIHW Metadata Online Registry. Functional Independence Measure. Available at <https://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/495857> Accessed 05Jul2023
2. Alexander M (2022) *Telerehabilitation. Principles And Practice*. Publisher-Elsevier, Pages 163-178.
3. Dreyer P, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Aadal L. Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going All In for the Patient. *J Neurosci Nurs*. 2016 Apr;48(2):108-15. doi: 10.1097/JNN.000000000000191. PMID: 26871241.
4. HealthConsult (2020) Department of Health. Options for the assessment, classification and funding model for the unified aged care at home program. Final report.
5. HealthConsult (2020) Department of Health. Options for the assessment, classification and ...
6. Kurniawan, M. H., & Hariyati, R. T. S. (2019). Patient assessment responses in nursing practice to enhance patient safety: A systematic review. *Enfermeria Clinica*, 29, 459-463. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.068>
7. Maritz R, Tennant A, Fellinghauer C, Stucki G, Prodinger B. The Functional Independence Measure 18-item version can be reported as a unidimensional interval-scaled metric: Internal construct validity revisited. *J Rehabil Med*. 2019 Mar 13;51(3):193-200. doi: 10.2340/16501977-2525. PMID: 30843597.
8. Nayar M, Vanderstay R, Siegert RJ, Turner-Stokes L. The UK Functional Assessment Measure (UK FIM+FAM): Psychometric Evaluation in Patients Undergoing Specialist Rehabilitation following a Stroke from the National UK Clinical Dataset. *PLoS One*. 2016 Jan 29;11(1):e0147288. doi: 10.1371/journal.pone.0147288. PMID: 26824696; PMCID: PMC4732596.
9. Passalent LA, Tyas JE, Jaglal SB, Cott CA. The FIM™ as a measure of change in function after discharge from inpatient rehabilitation: a Canadian perspective. *Disabil Rehabil*. 2011;33(7):579-88. doi: 10.3109/09638288.2010.500346. Epub 2010 Jun 29. PMID: 20586584.
10. Ravaud, J.F., Delcey, M., & Yelnik, A.P. (1999). Construct validity of the functional independence measure (FIM): questioning the unidimensionality of the scale and the "value" of FIM scores. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 31 1, 31-41 .
11. The Victorian Agency for Health Information. Available at <https://vahi.vic.gov.au/quality-and-safety/continuing-care>
12. Bergstrom, N., Allman, R.M., Carlson, C.E. et.al. (1992). Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Rockville, MD: Agencyfor Health Care Policy and Research.
13. Cifu, D. X. (2016). *Braddom's physical medicine & rehabilitation*. Fifth edition. Philadelphia, PA: Elsevier.
14. Dodds TA, Martin DP, Stolov WC, Deyo RA. A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil*. 1993 May;74(5):531-6. doi: 10.1016/0003-9993(93)90119-u. PMID: 8489365.
15. FIM+FAM–Functional Independence measure and Functional Assessment Measure. Available: <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/fimfam-manual.pdf>
16. Forrest, G.P., Chen, E., Huss, S., & Giesler, A. A. (2015). Comparison of the Functional Independence Measure and Morse Fall Scale as Tools to Assess Risk of Fall on An Inpatient Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 38(4), 186–192. Retrieved from MedPub.
17. Gutenbrunner C., Stievano A., Nugraha B., Stewart D.& Catton H. (2022) Nursing—a core element of rehabilitation. *Int. Nurs. Rev.*69, 13–19.
18. Hoeman, S.P. (1996). *Rehabilitation nursing, process and application*. St. Louis: Mosby Elsevier.

19. Incești, S., Bender, S., & Delunas, L.R. (2014). Development of a Patient Acuity Model for an Inpatient Rehabilitation Unit. *Rehabilitation Nursing*, 40(3), 133-8. doi: 10.1002/rnj.179.
20. Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas. (2010). Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
21. Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu" (2017). Rīga: Veselība ministrija.
22. Nayar M, Vanderstay R, Siegert RJ, Turner-Stokes L. The UK Functional Assessment Measure (UK FIM+FAM): Psychometric Evaluation in Patients Undergoing Specialist Rehabilitation following a Stroke from the National UK Clinical Dataset. *PLoS One*. 2016 Jan 29;11(1):e0147288. doi: 10.1371/journal.pone.0147288. PMID: 26824696; PMCID: PMC4732596.
23. Shimoda, T., Alston, H., Chai, A. *et al.* Evidence supporting the use of a subjective staff evaluation to assess the benefit of rehabilitation in hemodialysis patients undergoing inpatient rehabilitation. *BMC Nephrol* **21**, 466 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-02118-8>
24. Suiter, D.B. & Leder, S.B. (2008). Clinical utility of the 3 ounce water swallow test. *Dysphagia*, 23, 244 – 50.
25. The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument (IRF – PAI) training manual: effective 10/01/2014, USA: Centers for medicare and medicaid services, 2014.
26. ZVA. Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze. "Hronisku sāpju dinamiskā mērīšana un terapijas efektivitātes novērtēšana" izvērstā metodes apraksts. Pieejams : <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/22-neirologijas-mediciniskie-pakalpojumi/336-pielikumi-izverstie-mediciniskas-tehnologijas-metodes-apraksti-un-citi-materiali/hronisku-sapju-dinamiska-merisana-un-terapijas-efektivitates-novertesana-izversts-metodes-apraksts>

Diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu rehabilitācijas gultā pacienta (> 18 g.v.) aprūpes līmeņa novērtējums (2.0)											
Nodaļa, istaba											
Pacienta vārds, uzvārds											
Stacionārā pacienta medicīniskās kartes Nr.											
Datums:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	
Aprakstošie lielumi											
CI/MI: Pilnīga neatkarība/ Modificēta neatkarība = 1						7 - 10	ZEMAS INTENSITĀTES APRŪPE				
S: sagatavošana/ pārraudzība = 2						11 - 17					
Min/Mod: Minimāla asistēšana/ Mērena asistēšana (50% - 75% pacienta piepūle) = 3						18 - 24	AUGSTAS INTENSITĀTES APRŪPE				
Max/Total: Maksimāla asistēšana/ Totāla asistēšana (0-49% pacienta piepūles) = 4						25 - 28					
Medikamenti/ mērījumi/ sāpes											
Medikamenti nav nozīmēti; medikamentu lietošanu vada pats; medikamenti SC, IM, IV injekcijas, inhalācijas th (ts.O ₂ th) 1-5x Dn; IVT 1x Dn; sāpju vadīšana; glikometrija, atsevišķu vitālo rādītāju noteikšana līdz 2x Dn	1										
Pārraudzība un/ vai sagatavošana PO, PR un SC medikamentu lietošanā, inhalācijas th (ts.O ₂ th), sāpju vadīšanā, glikometrijā; PO,PR, SC, IM medikamenti, inhalācijas th (ts.O ₂ th) 6-8x Dn; IVT 1-2x Dn; vieglas sāpes; atsevišķu vitālo rādītāju noteikšana līdz 2x Dn	2										
Asistēšana PO, PR un SC medikamentu lietošanā, inhalācijas th (ts.O ₂ th), sāpju vadīšanā, glikometrijā; PO,PR, SC, IM medikamenti, inhalācijas th (ts.O ₂ th) 9-11x Dn; IVT 2x vai >Dn; CVK aprūpe; vidēji stipras sāpes; vitālo rādītāju noteikšana līdz 4x Dn	3										
Totāla asistēšana PO, PR un SC medikamentu lietošanā, inhalācijas th (ts.O ₂ th), sāpju vadīšanā, glikometrijā; PO,PR, SC, IM medikamenti, inhalācijas th (ts.O ₂ th) 12x> Dn; IVT 4x vai >Dn; agrūtināta medikamentu uzņemšana; rīšanas un kognitīvais deficīts; CVK aprūpe; stipras sāpes; ABS pielietošana	4										
Starpvērtējums											
Ādas aprūpe											
Ādas bojājumus nenovēro; pārvietoja ārpus istabas vairākas reizes dienā bez/ ar palīgierīci; var veikt biežu ķermeņa stāvokļa maiņu bez/ ar palīgierīci	1										
Atbild uz verbālām komandām, ir jušanas deficīts, kas ierobežo spēju sajūst sāpes vai diskomfortu, ādā brūce I un/vai II stadija, pārsiešana 1x Dn, āda reizēm mitra, pārvietoja ar palīgierīci, kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, pielietojamās	2										

atslogošanas metodes, pozicionēšana pēc shēmas, uzņem nepieciešamo uzturvielu daudzumu												
Atbild uz verbālām komandām, ir jušanas deficīts, kas ierobežo spēju sajūst sāpes vai diskomfortu, ādā 2 vai vairāk brūces II un/vai III stadija, pārsiešana 1x Dn vai biežāk, āda reizēm mitra, pārvietojas ratiņkrēslā, kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, pielietojamās atslogošanas metodes, pozicionēšana pēc shēmas, nepieciešamība uzņemt papildus uzturvielas ādas veseluma saglabāšanai; Braden 13 - 18	3											
Atbild uz verbālām komandām, ir jušanas deficīts, kas ierobežo spēju sajūst sāpes vai diskomfortu, ādā 2 vai vairāk brūces III un/vai IV stadija, pārsiešana 1x Dn vai biežāk, āda reizēm mitra, pārvietojas ratiņkrēslā, personāls kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, pielietojamās atslogošanas metodes, pozicionēšana pēc shēmas, pretizgulējuma aprīkojuma pielietošana, traheostomas aprūpe, igkatetra aprūpe, nepieciešamība uzņemt papildus uzturvielas ādas veseluma saglabāšanai; Braden 6 - 12	4											
Starpvērtējums												
Ģimene/ Izglītošana												
Vismaz pusi laika spēj patstāvīgi izglītoties; bez atkārtotības spēj izsekot izglītošanas procesam; spēj izglītoties bez aprūpes sniedzēja iesaistes	1											
Izglītošanās produktivitāte ir nedaudz ietekmēta; nepieciešama uzraudzība vai izglītošanās vides strukturēšana; izglītojoties nav nepieciešamas specifiskas izglītošanas aktivitātes	2											
Motivēšana mācīties, neplānota daudzkārtēja iejaukšanās; saprot sarunu, spēj apgūt pamata informāciju; nepieciešams runāt lēni, skaidri, vairākkārtīgi jāatkārto, jāļauj mācīties pakāpeniski; ir resursi izglītošanās procesam (funkcionēšanas un intelektuālās spējas, mērķi; nepieciešams emocionālais atbalsts	3											
Patstāvīgs atbalsts, lai izglītos; totāli traucēta aktīva izglītošanās kognitīvo un funkcionēšanas spēju dēļ; nepieciešama padziļināta izglītošana	4											
Starpvērtējums												
Urīnpūslis/ Zarnas/ Tualete/ Personīgā higiēna/ Ģērbšanās												
Neatkarība, palīgierīce vai adaptācijas ierīce, vairāk kā saprātīgs laiks, lai veiktu ikdienas higiēnu, mazgātos, apģērbtos, nodrošinot higiēnu pirms un pēc tualetes, ir drošības apsvērumi, nav urīnpūšļa un zarnu darbības kontroles starpgadījumi pēdējo septiņu dienu laikā	1											
Pārraudzība un/ vai aprīkojuma sagatavošana, lai veiktu ikdienas higiēnu, mazgātos, apģērbtos, nodrošinot higiēnu pirms un pēc tualetes; ne biežāk kā reizi mēnesī starpgadījumi ar tualetes lietošanu vai padubas izliešanu, ir drošības apsvērumi; urīnpūšļa un zarnu darbības kontroles starpgadījumi 1 – 2x pēdējo septiņu dienu laikā	2											

Asistēšana atsevišķos gadījumos, lai veiktu ikdienas higiēnu, mazgātos, apģērbtos, nodrošinot higiēnu pirms un pēc tualetes, veicot intermitējošo kateterizāciju, fēču evakuāciju, ir drošības apsvērumi, urīnpūšļa un zarnu darbības kontroles starpgadījumi 3x pēdējo septiņu dienu laikā	3										
Totāla asistēšana, lai veiktu ikdienas higiēnu, mazgātos, apģērbtos, nodrošinot higiēnu pirms un pēc tualetes, urīnpūšļa un zarnu darbības kontroles uzdevumu veikšanai, ir drošības apsvērumi, urīnpūšļa un zarnu darbības kontroles starpgadījumi 4x un vairāk pēdējo septiņu dienu laikā	4										
Starpvērtējums											
Mobilitāte/ Pārvietošanās/ Drošība											
Neatkarība, palīgierīce vai adaptācijas ierīce, lai izklūtu no gultas, krēsla vai ratiņkrēsla, apsēstos un piecēltos no tualetes poda, iekāptu un izkāptu no vannas vai dušas; nepieciešams vairāk kā saprātīgs laiks darbības veikšanai, drošības apsvērumi; zems kritiena risks	1										
Pārraudzība, lai izklūtu no gultas, krēsla vai ratiņkrēsla, apsēstos un piecēltos no tualetes poda, iekāptu un izkāptu no vannas vai dušas, noietu vai nobrauktu vismaz 50m, uzkāptu un nokāptu pa kāpnēm 12 – 14 pakāpienus; vidējs kritiena risks	2										
Asistēšana atsevišķos gadījumos (1 persona), pieturēšana drošībai, stabilizēšana pārvietojoties gultā, krēslā, ratiņkrēslā, tualetē, kāpjot vannā un/ vai dušā, lai noietu vismaz 50m; uzkāptu un nokāptu pa kāpnēm 12 – 14 pakāpienus; asistēšana pārvietojoties ar ratiņkrēslu apbraucot stūrus un sliekšņus; ierīces drošībai; augsts kritiena risks	3										
Totāla asistēšana (2 personas) vai pacēlāja izmantošana pārvietojoties gultā, krēslā, ratiņkrēslā, tualetē, dušā, vannā; noiet vai nobrauc ratiņkrēslā mazāk kā 15m; nepieciešama 2 personu asistence, lai pārvietotos; ierīces drošībai; augsts kritiena risks	4										
Starpvērtējums											
Ēšana/ Uzturs											
Neatkarība, palīgierīce vai adaptācijas ierīce, vairāk kā saprātīgs laiks, lai uzņemtu uzturu, modificēta konsistence, drošības apsvērumi, patstāvīga barības uzņemšana caur gastrostomu vai zondi; normāls barojums	1										
Pārraudzība vai sagatavošana, lai atvērtu kārbas, sagrieztu gaļu, apziestu maizi vai ielietu šķidrumu; aizrīšanās risks; neliels malnutricijas risks	2										
Asistēšana atsevišķos gadījumos, ievietojot priekšmetu rokā, palīdzot ēdienu ievietot karotē vai dakšiņā, aizrīšanās risks; mērens malnutricijas risks	3										
Totāla asistēšana ēšanas laikā, enterāla vai parenterāla barošana; aizrīšanās risks; augsts malnutricijas risks	4										
Starpvērtējums											

Komunikācija/ Sociālā integrācija/ Izziņa											
Deficītu nevēro vai nepieciešams papildus laiks, kompensējošās ierīces, alternatīvas komunikācijas sistēmas, nelielas grūtības saprast sarežģītu un abstraktu informāciju un izteikt idejas, nepieciešams papildus laiks, lai pielāgotos sociālai situācijai, vai sadarbotos, nepieciešami medikamenti	1										
Saprot sarunu un norādījumus par ikdienišķām pamatvajadzībām; nepieciešama pārraudzība; orientējas laikā, vietā un telpā, garīgi līdzsvarots un kontaktējams	2										
Saprot sarunu un norādījumus par ikdienišķām pamatvajadzībām; izsaka savas pamatvajadzības vai idejas; nepieciešama pārraudzība saspringtās vai nepazīstamās situācijās; var būt nepieciešams iedrošinājums, lai iesāktu sadarbību; sapratnes traucējumi neietekmē drošību; orientācija laikā, vietā un telpā – apgrūtināta, atmiņas traucējumi	3										
Saprot sarunu un norādījumus par ikdienišķām pamata lietām; nesaprot vienkāršus, sarunu valodā bieži lietotus izteicienus vai žestus; nereaģē atbilstoši vai konsekventi pretēji pamudinājumam; nepieciešami drošības pasākumi dēļ sociāli neatbilstošas uzvedības; sapratnes traucējumi, kas ietekmē drošību, kontakts apšaubāms; apgrūtināta orientācija laikā, vietā un telpā, atmiņas traucējumi	4										
Starpvērtējums											
KOPSUMMA	7 - 28										

Pielikums Nr.2

Pacienta Vārds _____
Uzvārds _____
Med.Kartes Nr. _____

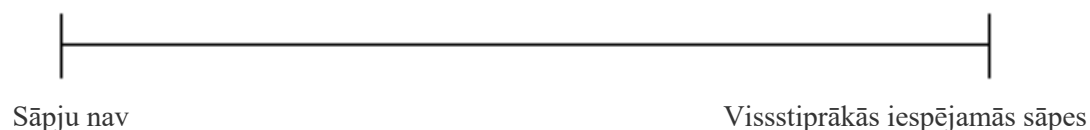
27

Rīcība un atbildība atbilstošai punktu summai

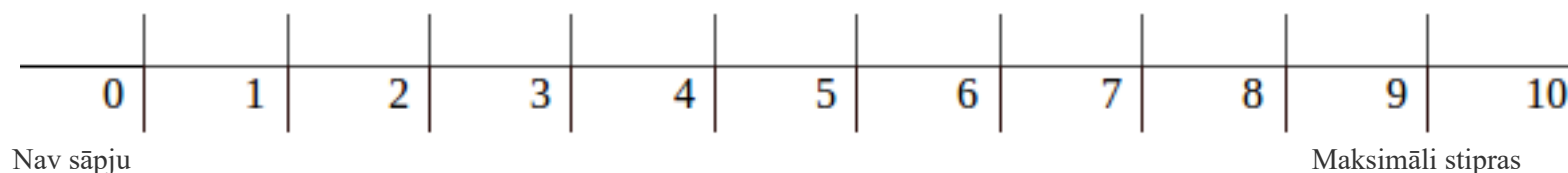
ABS punkti	Monitorēšanas biežums	Kliniskais risks	Kliniskā atbildība
0	Kā minimums 1 reizi 12 h	Zems	Turpina rutīnas monitorēšanu un rezultātu reģistrēšanu ABS
1 - 4	Kā minimums ik 4 - 6 h	Zems	Māsa novērtē pacientu, pieņem lēmumu par monitorēšanas biežumu, aprūpes eskalāciju
3 punkti vienā parametrā	Kā minimums ik pēc 1 h	Vidēji zems	Informē ārstu, pieņem lēmumu par aprūpes eskalāciju
5-6	Kā minimums ik pēc 1 h	Vidējs	Nekavējoties informē ārstu. Ārsts nekavējoties apskata pacientu. Veic atkārtotu novērtēšanu, pieslēdz pacientu monitoram. Ja pacienta stāvoklis 30 - 60 minūšu laikā neuzlabojas, ITN ārsta konsultācija
7 un vairāk	Turpināt nepārtrauktu vitālo pazīmju monitorēšanu	Augsts	Zilai kods. Pacientu pārvēd uz ITN

Vienkāršās viendimensionālās sāpju intensitātes novērtēšanas skalas

- Vizuālo analoģu skala (VAS) – indivīds atzīmē savu sāpju intensitāti uz 10 cm (100 mm) gara nogriežņa/lineāla atbilstoši savām izjūtām. Skalas sākuma jeb „0” punkts atbilst stāvoklim, kad sāpju nav nemaz, beigu punkts – maksimāli stiprām, visstiprākajām, kādas vien var iedomāties. Pārbaudītājs pēc tam izmēra šo norādīto atzīmi, to izsakot skaitliskās vienībās (cm vai mm), ko fiksē medicīniskajā dokumentācijā.



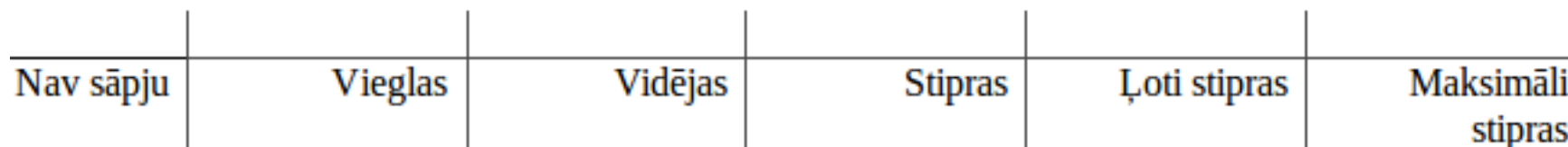
- Numeriskā analoģu (reitinga) skala (NRS) – indivīds atzīmē sāpju intensitāti uz 11 ballu skaitliskas skalas, kur sāpju intensitātei atbilst skaitlis no 0 līdz 10, atbilstoši 0 - sāpju nav nemaz, 10 balles – maksimāli stipras, neizturamas sāpes.



Sāpju intensitāti ar abām minētajām skalām (VAS un NRS) var noteikt pārbaudītājs (ārsts, ārsta palīgs, māsa), aktīvi iztaujājot pacientu, taču iespējama arī indivīda pašnovērtējuma sniegšana rakstiskā veidā, aizpildot anketas vai citādi. Visbiežāk nosaka pašreizējo (izmeklēšanas brīdī esošo) sāpju intensitāti, bet nereti kompleksā izvērtējumā vērtē vidējās sāpes pēdējās diennakts vai pēdējās nedēļas laikā; var mērīt arī maksimālo un minimālo sāpju līmeni, sāpes miera stāvoklī, pie kustībām; atsevišķi spontāno un provocēto sāpju stiprumu.

Sāpes novērtē kā vieglas (vājas, maz izteiktas), ja tās ir 3 un mazāk balles stipras, 4-6 balles atbilst vidēji stiprām sāpēm, un stipras (intensīvas, stipri izteiktas) sāpes vērtējums ir 7 un vairāk balles. Pacienta sniegtā novērtējuma datus fiksē primārajos medicīniskajos dokumentos.

- Verbālā sāpju intensitātes (reitinga) skala (VRS) – indivīds uz skalas atzīmē sāpju intensitātes novērtējumu aprakstoši vārdiski : nav sāpju, maz izteiktas, vidēji izteiktas, stipras, ļoti stipras, maksimālās jeb visstiprāk izteiktas, ko pārbaudītājs fiksē medicīniskajos dokumentos.



Braden skala izgulējumu riska paredzēšanai

Sensorā uztvere. Spēja atbildēt uz spiediena izraisītu diskomfortu.	1. Pilnīgi ierobežota: Neatbild (nevar, nekustas) uz sāpīgu stimulu, pazemināts apziņas vai jušanas līmenis VAI ierobežotas spējas just sāpes lielākajā daļā ķermeņa.	2. Ļoti ierobežota: Atbild tikai uz sāpīgiem stimuliem. Diskomfortu nevar izteikt savādāk kā vaidot vai ar nemierīgumu VAI ir jušanas traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes vai diskomfortu vairāk kā pusē ķermeņa.	3. Mazliet ierobežota: Atbild uz verbālu komandu, bet ne vienmēr var izteikt diskomfortu vai vajadzību tikt pagrieztam VAI Ir daži jušanas traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes vai diskomfortu vienā vai divās ekstremitātēs.	4. Nav traucējumu: Atbild uz verbālu komandu, nav jušanas traucējumu, kas ierobežotu spēju just sāpes vai diskomfortu.	
Mitrums. Ādas mitrinājuma pakāpe.	1. Nepārtraukti mitrs: Āda gandrīz vienmēr ir mitra no svīšanas, urīna, u.c. Pie katras pagriešanas vai pārvietošanas tiek konstatēts mitrums.	2. Mitra: Āda bieži, ne vienmēr ir mitra. Pie pagriešanas jāmaina autiņi.	3. Reizēm mitra: Āda reizēm ir mitra. Autiņi jāmaina vismaz reizi dienā.	4. Reti mitra: Āda parasti ir sausa.	
Aktivitāte. Fiziskās aktivitātes līmenis vai pakāpe.	1. Gulošs: Ar ierobežotām kustībām gultā.	2. Pārvietojas ratiņkrēslā: Nav vai ir ļoti ierobežotas spējas staigāt. Nevar panest savu svaru un/ vai jāpalīdz nokļūt krēslā.	3. Ierobežota staigāšana: Dienas laikā reizēm staigā, bet īsus attālumus ar vai bez palīdzības. Kustības lielākoties notiek gultā vai krēslā.	4. Brīvi staigā: Vismaz divas reizes dienā staigā ārpus istabas vai vismaz katras divas stundas istabā.	
Mobilitāte. Spēja mainīt un kontrolēt ķermeņa novietojumu.	1. Pilnīgi nekustīgs: Bez palīdzības nevar veikt pat nelielas izmaiņas ķermeņa vai ekstremitāšu novietojumā.	2. Ļoti ierobežota: Reizēm var veikt nelielas izmaiņas ķermeņa vai ekstremitātes novietojumā, bet pats nevar bieži un kvalitatīvi grozīties.	3. Mazliet ierobežota: Pats veic biežas vai nelielas izmaiņas ķermeņa vai ekstremitāšu novietojumā.	4. Neierobežota: Kustās bieži un daudz bez palīdzības.	
Apetīte.	1. Ļoti slikta: Nekad neapēd visu maltīti, reti apēd 1/3 no katra piedāvātā ēdiena. Slikti dzer, neuzņemot	2. Neatbilstoša: Reti apēd visu maltīti, parasti apēd pusi no piedāvātās maltītes, reizēm piekrīt apēst	3. Atbilstoša: Apēd vairāk kā pusi ēdiena. Reizēm var atteikties no ēdiena, bet apēdis diētisko papildinājumu,	4. Lieliska: Apēd lielākoties visu, nekad neatsakās no ēdiena. Reizēm ēd starp ēdienreizēm, nav	

	pietiekami ūdens daudzumu VAI Tiek uzturēts uz šķidrumiem vai intravenozi vairāk kā 5 dienas.	diētisko papildinājumu, VAI saņem mazāk kā optimālo daudzumu šķidrās diētas vai parenterālā veidā.	VAI tiek barots parenterāli.	nepieciešama papildu ēdināšana.	
Berze vai nobīde.	1. Ir problēma: Nepieciešama palīdzība pārvietojoties. Pilnīga pacelšana bez slīdēšanas pa palagiem nav iespējama, bieži noslīd gultā vai krēslā, tādēļ jāpaceļ atpakaļ. Spasticitāte, kontrakcijas un sasprindzinājums rada nepārtrauktu berzēšanos.	2. Potenciāla problēma: Nedaudz pārvietojas vai nepieciešama neliela palīdzība, kustībās āda mazliet slīd pret palagiem, krēslu vai citām ierobežojošām virsmām. Uztur relatīvi labu novietojumu gultā vai krēslā, bet dažreiz noslīd.	3. Nav redzamu problēmu: Pats pārvietojas gultā vai krēslā, muskuļu spēks ir pietiekošs, lai paceltu sevi kustības laikā. Uztur pareizu novietojumu gultā vai krēslā.		

18 – sliekšnis augstam izgulējuma attīstības riskam; 15-18 – izgulējumu attīstības riska grupa; 13-14 - vidēji augsta riska grupa; 10-12 - augsta riska grupa; 6-9 - ļoti augsta riska grupa)

Aprūpes darbību plāns pēc Braden skalas rezultātiem

RISKA GRUPA	APRŪPES DARBĪBAS
<i>Riska grupa (Braden Q 23 – 28 un Braden 15-18 punkti)*</i> ○ Regulāra grozīšana ○ Maksimāla aktivizācija ○ Papēžu polsteris ○ Spiedienu samazinošo matraču (guļošiem) vai spilvenu (ratiņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi. ○ Nodrošināt adekvāta barošanu. *ja pacientam ir novērojami papildus riska faktori (drudzis, zems proteīnu uzņemšanas potenciāls, nestabila hemodinamika, diastoliskais spiediens zem 60 mmHg), skatīt nākošo grupu	<i>Ādas kopšana</i> ○ Ādas apskate vismaz vienu reizi dienā. Pašapskate, izmantojot spoguļi, vai apskata otrs cilvēks. Jāpievērš uzmanību jebkādam izmaiņām. ○ Ja tiek pamanītas ādas izmaiņas – sārtums, bālums, tūska, izsitumi u.c., šo vietu maksimāli atslogot. Ja dinamikā stāvoklis pasliktinās – nepieciešama ārsta konsultācija. ○ Individuāls mazgāšanās plānojums. Izvairīties no karsta ūdens. Lietot maigus mazgāšanas līdzekļus. Mazgājot ādu nedrīkst berzt. ○ Samazināt ārēju faktoru: miruma, auksta gaisa iedarbību uz ādu. Izvairīties no ādas macerācijas. Īpaši pievērst uzmanību ādas krokām. Vismaz 2x/dienā lietot ādas mitrinošus krēmus vai losjonus, jo īpaši reģionos ar sausu ādu un izgulējuma riska zonās. ○ Nemasēt ādas reģionus ap kaulu izciļņiem. ○ Ievērot grozīšanas, prepozīcijas (ķermeņa novietojuma) tehnikas, izvairīties no berzes un bīdes. ○ Lietot lubrikantus, lai mazinātu berzi. ○ Ievērot rehabilitācijas speciālistu rekomendācijas. ○ Regulāra gultas veļas maiņa. Sekot līdz, lai gultas virsma būtu gluda, bez krokām. <i>Uzturs</i> ○ Plānot un nodrošināt pilnvērtīga uztura uzņemšanu. ○ Izvērtēt kaloriju, olbaltumvielu un vitamīnu (A; E; C) uzņemšanu. (olbaltums 1,25-1,5 g/kg/24h). ○ Nepieciešamības gadījumā lietot pārtikas piedevas, enterālos, parenterālos preparātus. (25-30 ckal/kg/24h).
<i>Vidēji augsta riska grupa (Braden Q 7 – 23 un Braden 13-14 punkti)*</i> ○ Grozīšanas shēma. ○ Lietot palīgierīces 30° pozīcijas nodrošināšanai. ○ Maksimāla aktivizācija. ○ Papēžu polsteris. ○ Spiedienu samazinošo matraču (guļošiem) vai palikņu (ratiņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi. ○ Nodrošināt adekvātu barošanu. *ja pacientam ir novērojami papildus riska faktori skatīt nākošo grupu	

	○ Kontrolēt, adekvāta šķidruma daudzuma uzņemšanu diennaktī, censties panākt pacienta sadarbību šķidruma uzņemšanā. (35-45 ml/kg/24h).
Augsta riska grupa (Braden Q līdz 7 un Braden 10-12 punkti) ○ Grozīšanas frekvences palielināšana. ○ Maksimāla aktivizācija. ○ Papēžu polsteris. ○ Spiedienu samazinoši palīg līdzekļi - matraču (guļošiem) vai sēdekļu (ratiņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi ○ Nodrošināt adekvātu barošanu	Bīdes un berzes mazināšana ○ Lietot polsterus (spilvens), lai novērstu kaula izciļņu tiešu noslogošanu, kā arī kaulu izciļņu savstarpējo saskari (potītes vai ceļi). ○ Pilnīgi atslogot papēžus – kāju iecelšana jeb polsterēšana kājai visā garumā atstājot brīvu papēdi. ○ Pozicionējot uz sāniem izvairīties no gūžas kaulu tiešas noslogošanas – pozicionēt slīpi. ○ Gultas galvgali novietot iespējami zemāk (līdz 30°) un, ja to paceļ, tad uz iespējami īsāku laiku. ○ Ķermeni pozicionēt tā, lai pacients nevarētu slīdēt pa virsmu. ○ Pacientu pārvietojot nevilkst, bet izmantot palīgierīces. Pacientu pārvietot piepaceļot.
Ļoti augsta riska grupa (Braden 6-9 punkti) ○ Viss iepriekšējais ○ Papildus: pret izgulējuma matraču un gultas, kas novērš spiedienu* *pret izgulējuma gultas un matraču nesamazina grozīšanas biežumu	Mitruma mazināšana ○ Veikt ādas higiēnu pēc urinēšanas un vēdera izejas. ○ Pēc iespējas samazināt kairinošu vielu iedarbību uz ādu. Lietot absorbentu. ○ Ja ir inkontinence (urīna vai/un fēču nesaturēšana) – kontrolēt stāvokli un, ja nepieciešams, veikt higiēnas pasākumus ik 2-3 stundas.

MORSA KRITIENA RISKĀ NOVĒRTĒŠANAS SKALA		
RISKA FAKTORI	VĒRTĒJUMA SKALA	PUNKTI
Kritieni pēdējos 3 mēnešos	Jā – 25	
	Nē – 0	
Vairāk kā viena diagnoze medicīnas vēsturē	Jā – 15	
	Nē – 0	
Pārvietošanās	Stabilitātei pacients atbalstās pret mēbelēm, piem. gultu – 30	
	Pārvietojas ar palīgīdzekli – 15	
	Gultas režīms, vai pārvietojas bez palīgīdzekļiem – 0	
Intravenoza terapija	Ir – 20	
	Nav – 0	
Gaita	Izmainīts gaitas stereotips, līdzsvara traucējumi, turas pie pavadoņa, skatās uz kājām – 20	
	Nestabila gaita, soli īsi, galva skatās uz priekšu – 10	
	Nav traucēta gaita – 0	
Kognitīvais stāvoklis	Nespēj adekvāti izvērtēt sevi – 15	
	Spēj adekvāti izvērtēt savu funkcionēšanas stāvokli – 0	
KOPĀ		

Morsa kritiena riska novērtēšanas skalas rezultāti	
Augsts risks	45 un vairāk
Vidējs risks	25 - 44
Zems risks	0 - 24

90 ML ŪDENS TESTS (Suiter & Leder, 2008)

Mērķis: noteikt aspirācijas iespēju (disfāģijas risku) un diētas rekomendācijas

Novērtēšana un darbība: pacients pie apziņas, pozicionēts 70⁰-90⁰ leņķī, var paklepot, spēj izdzert glāzi ūdens vienā piegājienā, neapstājoties, sev raksturīgā ātrumā.

Rezultāts:

- “+”: apstājas, klepo, aizrijas, “slapja” balss testa laikā vai 1 min. pēc
- “-”: izdzer tukšu bez apstāšanās

Malnutricijas riska skrīnings
*Nutritional risk screening (NRS 2002)**

1.tabula. Sākotnējais skrīnings			
1	Ķermeņa masas indekss* < 20.5?	Jā	Nē
2	Vai pacients zaudējis svaru pēdējo 3 mēnešu laikā?		
3	Vai pēdējās nedēļas laikā samazinājies uzņemtā uztura daudzums?		
4	Vai pacients ir smagi slims?		
Ja uz kādu no jautājumiem ir atbilde „Jā”, turpināt 2. tabulā. Ja nav, otrā daļa nav jāpilda, un skrīnings jāatkārto pēc 1 nedēļas			

2.tabula. Noslēguma skrīnings			
Samazināts barojums		Slimības smagums (~ pieaug uztura vajadzības)	
Punkti		Punkti	
0	Normāls barojums	0	Nav vajadzīgs papildus uzturs
1 (neliels risks)	Svara zudums > 5% pēdējo 3 mēnešu laikā <i>vai</i> uzņemtā uztura daudzums pēdējās nedēļas laikā 50-75% no nepieciešamā	1 (neliels risks)	Gūžas kaula lūzums. Hroniskas saslimšanas ar akūtām komplikācijām: <i>ciroze, HOPS, hroniska hemodialīze, diabēts, onkoloģija</i>
2 (mērens risks)	Svara zudums > 5% pēdējo 2 mēnešu laikā <i>vai</i> ĶMI 18.5-20.5 + vispārējā stāvokļa pasliktināšanās <i>vai</i> uzņemtā uztura daudzums pēdējās nedēļas laikā 25-60 % no nepieciešamā	2 (mērens risks)	Plaša abdomināla operācija, insults, <i>smaga pneimonija, hematoloģiskas slimības</i>
3 (augsts risks)	Svara zudums > 5% pēdējā mēneša laikā <i>vai</i> ĶMI <18.5 + vispārējā stāvokļa pasliktināšanās <i>vai</i> uzņemtā uztura daudzums pēdējās nedēļas laikā 0-25 % no nepieciešamā	3 (augsts risks)	Galvas trauma, kaula smadzeņu transplantācija, pacients intensīvās terapijas nodaļā (ITN) (APACHE II >10)
punktu skaits		+	punktu skaits = kopējais punktu skaits
Ja pacienta vecums ≥70 gadi, pieskaitīt 1 punktu – vecumam pielāgots rezultāts.			
Kopējais punktu skaits			
Ja punktu skaits ≥ 3 pacientam ir malnutricijas risks, nepieciešams uzsākt uztura terapiju. Ja punktu skaits < 3 skrīnings jāatkārto pēc 1 nedēļas. Nav riska = 0; zems risks = 1-2, vidējs risks = 3-4, augsts risks = >5 punkti.			

*Ķermeņa masas indekss = svars (kg)/(augums (m))²

*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). . ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003 Aug;22(4):415-2