



DIENNAKTS STACIONĀRĀS MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU REHABILITĀCIJAS GULTĀ PEDIATRISKO 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, pēcakūtā 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 bērnu rehabilitācijā ir veicināt bērna attīstību atbilstoši vecumam, palīdzēt pacientam sasniegt un saglabāt maksimālu neatkarību un drošību veicot pašaprūpes aktivitātes, novērst komplikācijas, kā arī pastiprināt pozitīvu uzvedību, kas vērsta uz sadarbību, izaugsmi un patstāvību. Aprūpe rehabilitācijas procesā ir uz pacientu centrēta, ar individualizētu pieeju katram pacientam, informējot, izglītojot un motivējot viņu. Aprūpes caurskatāmība nozīmē atvērtību un atbildību, kad visām iesaistītajām pusēm, tai skaitā pašam bērnam, iespēju robežās ir skaidra aprūpes darbību nepieciešamība, mērķi un aktivitātes, kas aprūpes procesā tiks veiktas. Aprūpes ievirze nozīmē saskaņotu aprūpi ar aprūpes mērķiem un vecāku identificētajām problēmām.

Funkcionālo ierobežojumu radītie traucējumi ne tikai ierobežo bērnu fizisko aktivitāti, bet arī ievērojami apgrūtina viņu psihosociālo attīstību, tātad personības attīstību kopumā. No tā izriet viena no svarīgākajām pacientu aprūpes problēmām rehabilitācijā – pašaprūpes deficīts. Tāpēc laika gaitā radās nepieciešamība izveidot instrumentu pediatriko pacientu pašaprūpes novērtēšanai, kas noteiktu pacientu aprūpes līmeni, tādējādi tos kategorizējot vai klasificējot.

Diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pediatriko pacientu klasifikācijas sistēma (turpmāk - PPKS) 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 kompensēšanas/asistēšanas līmeni stacionārās rehabilitācijas laikā, palīdzētu plānot personālresursus un materiāli tehnisko nodrošinājumu. Novērtēšana jāveic ņemot vērā bērna vecumu attīstības vecumposmu normu dažādu aktivitāšu veikšanā, piem. ģērbšanās, mazgāšanās, tualetes lietošana, ēšana, sapratne. Izvērtēšana par bērna atbilstību vecumposmam notiek multiprofesionālās komandas ietvaros.

Bērna attīstības izvērtējums ietver četras jomas:

- Fiziskā attīstība. Attiecas uz bērna spējām īstenot aktivitātes, izmantojot savu motoriku, iekļaujot pašaprūpes spējas.
- Intelektuālā attīstība. Attiecas uz bērna spējām izprast, domāt, iegaumēt informāciju un spēju veidot un izmantot spriedumus.
- Sociālās prasmes. Attiecas uz bērna spējām sadarboties ar citiem (vienaudžiem un pieaugušajiem) mājas vidē un ārpus tās.
- Uzvedība. Attiecas uz bērna spējām darboties un izteikt sevi.

PPKS izveidošanas pamatā ir izmantots Funkcionālās neatkarības mērījums (turpmāk - FIM). FIM ir starptautisks instruments, ko plaši izmanto, lai novērtētu personas spēju droši un efektīvi veikt ikdienas aktivitātes (Ottenbacher, Hsu, Granger, & Fiedler, 1996). Bērnu funkcionālās neatkarības mērījums (Wee FIM) ir standarta mērījums, ko pielieto bērniem no 3-8 gadu vecumam. Svarīgi, ka FIM pacientiem nosaka darbību veikšanu, ņemot vērā viņu vajadzības pēc kompensēšanas/palīdzības no citas personas pilnīgi visām rehabilitācijas pacientu grupām.

Kompensācijas novērtējumā ietver vecāku (aprūpētāju) iesaistīšanos bērnu attīstību veicinošos un rehabilitācijas pasākumos, izmantojot novērošanas, ko veic rehabilitētājs, un aprūpētāja pašnovērtējuma metodes.

Kompensējošas iesaistes jomas bērnu attīstības vai rehabilitācijas pasākumos ietver:

1. Pašapkalpošanās jomu;
2. Emocionālo jomu;
3. Kognitīvo jomu;
4. Uzvedības jomu.

Vecāku kompensējošas iesaistes pacienta rehabilitācijā mērķis ir veicināt bērna vajadzībām atbilstošu optimālu līdzsvaru starp spēju pārvarēt traucējuma izraisītas grūtības patstāvīgi un atbilstošu kompensāciju objektīvi nepārvaramiem vai ilgstoši pārvaramiem ierobežojumiem. Vecāku kompensējošas iesaiste attiecas kompensācijas deficīta novēršanu, nevis tā hiperkompensāciju.

Pašapkalpošanās joma – vecāki izrāda kompensējošu iesaisti tikai tad, ja tā nepieciešama, lai novērstu objektīvi nepārvaramus vai ilgstoši pārvaramus ierobežojumus. Vecāku kompensējoša iesaiste neattiecas uz bērna patstāvīgi veicamiem rehabilitācijas pasākumu uzdevumiem un nav pretrunā ar bērna attīstības mērķiem.

Emocionālā joma – vecāki ievēro un pieņem bērna emocionālās reakcijas. Vecāki reaģē uz pozitīvām izmaiņām, iedrošina neveiksmju gadījumā. Vecāki izprot bērna emociju atbilstību vecumposmam un individuālajam traucējumam. Vecāku un bērnu emocionālā saziņa noris kā verbāli, tā neverbāli. Fiziskais kontakts starp bērniem un vecākiem ir pozitīvs.

Kognitīvā joma – vecāki ir informēti par rehabilitācijas pasākumiem, to mērķi un spēj reflektēt par rehabilitācijas īstermiņa un ilgtermiņa rezultātiem attiecībā uz bērna izziņas sfēru. Vecāki asistē personālam rehabilitācijas pasākumu laikā kā bērna izglītotāji par rehabilitācijas procesu un bērna progresu novērtētāji. Vecāki uzdod jautājumus rehabilitācijas speciālistam un ievēro atbildes, lai panāktu optimālu kompensāciju.

Uzvedības joma – vecāki mudina bērnu iesaistīties rehabilitācijas pasākumos. Vecāki motivē bērnu grūtībās, atgādina veicamos uzdevumus, ja nepieciešams.

FIM validācija aizsākās 20. gs 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 rezultējusi 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 PPKS noteiktais veikt unificētu diennakts stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu rehabilitācijas gultā pediatriko pacientu aprūpes līmeņa noteikšanu reizi nedēļā uzskatāms par piemērotu.

Tālākā PPKS 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 uzsvērtā 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 PPKS, tika ņemta vērā mūsu pieredze un kompetence darbā ar pediatrikiem pacientiem diennakts stacionārajā rehabilitācijā, nosakot vienotu PPKS 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 lietošana, mobilitātes, pārvietošanās, ēšanas, sapratnes, 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 punkti ir nepieciešami 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

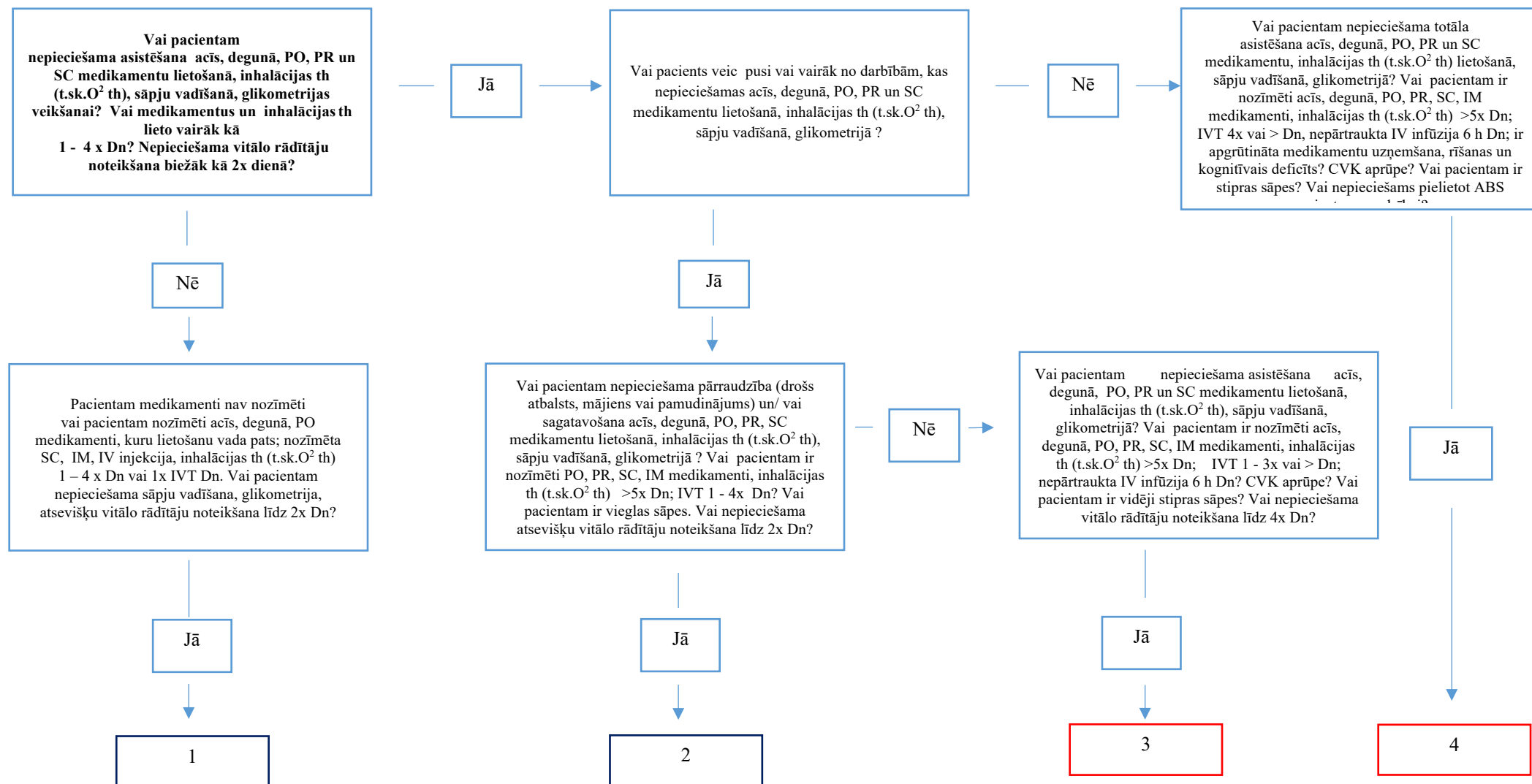
Ietver dažādu nozīmēto zāļu formu lietošanas aspektus – apjomu, veidu un asistēšanas līmeni, kā arī inhalācijas terapijas, t.sk. O₂ terapijas (O₂ th) pielietošanu, *atbilstoši bērna vecuma posmam un vecāku iesaistei*. Darbības veikšana ir droša. Nozīmēto mērījumu veikšana (vitālie rādītāji, glikometrija) 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 veikts 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. Pacientiem līdz 3 gadu vecumam un neverbāliem pacientiem vērtēšana ietver novērojumu un saņemto informāciju no vecākiem 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. Sāpju vērtēšanas miera stāvoklī un pie kustībām atsevišķi, iesakāms reģistrēt gan spontāno, gan provocēto sāpju intensitāti (pielikums Nr.3).

Pilnīga neatkarība – pacients medikamentus perorāli (turpmāk - PO), acīs, degunā, 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.

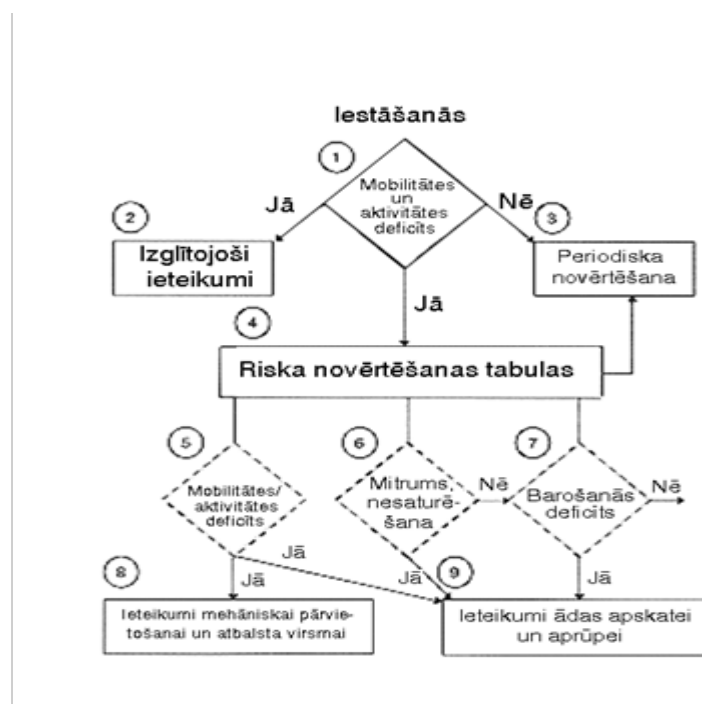
Modificēta neatkarība – pacients medikamentus perorāli (turpmāk - PO), acīs, degunā, rektāli (turpmāk - PR) un subkutāni (turpmāk - SC) lieto pats, atbilstoši nozīmētai terapijai. Darbība tiek veikta droši. Māsa veic intramuskulārās (turpmāk - IM), intravenozās (turpmāk - IV) injekcijas un intravenozo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



ĀDAS APRŪPE

Ietver savlaicīgu izgulējumu rašanās riska faktoru izvērtējamu, lietojot uz pierādījumiem balstītu novērojumu metodiku. Pacienta un/ vai pacienta atbalsta interesi un rūpes par ādas veselību, preventīvās darbības, pašaprūpes aktivitāšu iespējām, personīgās higiēnas ieradumiem (mute, mati, ķermenis), pareizi 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, *atbilstoši bērna vecuma posmam un vecāku iesaistei*.

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. Māsa pielieto izglītības intervenci pacientu/ to atbalsta personas, ņemot vērā vajadzības, vērtības un izziņas līmeni. Pacientam un pacienta vecākiem izskaidro izgulējuma būtību un aprūpes pamatus.

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, Braden Q, 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 jānoīrina 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 atbilstoši vecumam. 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 saistītām pacientam:

- ✓ Pozīcijas maiņa pēc individuālas shēmas (vismaz ik katras 2 stundas)
- ✓ Pacienta atbalsta personas ir informētas par pozicionēšanu, par izgulējuma riska zonām, par veicamajiem aprūpes pasākumiem
- ✓ 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 ratiņkrēsla saistītām pacientam:

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

9. Ieteikumi ādas apskatei un aprūpei

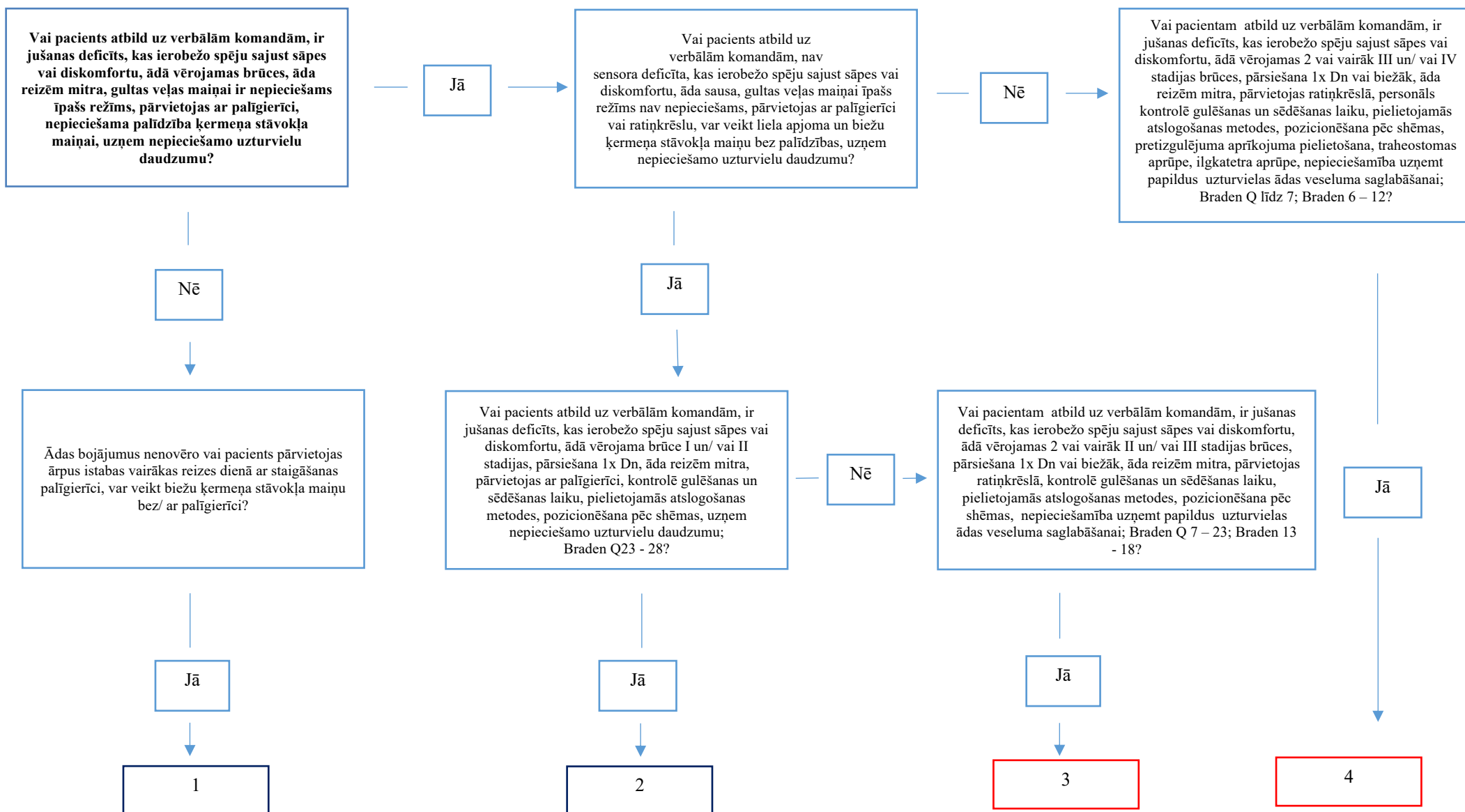
- ✓ Apskatīt ādu vismaz 1 reizi dienā, īpašu uzmanību pievēršot vietām, kur kauli atrodas tuvu ādai: pakausis, auss, lāpstiņu, elkoņa, krustu rajons, sēžas apvidus, ceļgali, potītes, papēži, papēža un ādas krokām un lokalizācijas vietām, kuras ir saskarē ar medicīniskām ierīcēm
- ✓ Izveidot individuālu 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 pārlietošanas metodes
- ✓ Novērst berzes ievainojumus, lietojot lubrikantus vai spilventiņus

Ādas bojājuma risku izvērtē katram pacientam 6 stundu laikā pēc uzņemšanas stacionārā ārstniecības iestādē, izmantojot piem. Braden Q skalu bērniem no 3 nedēļu vecuma līdz 7 gadiem un (pielikums Nr.4) un Braden skalu no 8 gadu vecuma (pielikums Nr.5). Ar skalām novērtē kvantitāti skaitļos. Braden skala ietver sešus apakšpunktus: jušana, ādas mitrums, pacienta aktivitāte, pacienta kustīgums, uzturs, bīde un berze. Minimālais iespējamais novērtējums ir 6 punkti (bērniem no 3 nedēļām līdz 8 gadiem minimālais 7 punkti, maksimālais 24 punkti), maksimālais – 23 punkti. Jo zemāks novērtējums, jo lielāks risks attīstīties izgulējumiem. 18 punkti uzskatāmi par sliekšni augstam izgulējuma attīstības riskam.

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.6) 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 atslogošanas metodes.

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



ĢIMENE/ IZGLĪTOŠANA

Ģimeņu izglītošanas vajadzības ietver vecāku līdzdalības novērtējumu bērna attīstībai atbilstošas neatkarības sasniegšanai, ģimenes gatavību mācīties un mācīšanās stilu. Vecāki tiek uzskatīti par ekspertiem sava bērna spēju un vajadzību jomā.

Ģimeņu izglītošanas vajadzību noteikšana ir daļa no pacienta novērtēšanas procesa, tās var noteikt tieši pajautājot vecākiem un arī novērtējot ģimenes zināšanas un prasmes par pacienta rehabilitāciju. Ģimeņu izglītošanas vajadzības ietver trīs iespējamās problēmu kategorijas:

1. Izglītošana par pacienta fiziskām spējām;
2. Izglītošana par pacienta sociālām vajadzībām
3. Izglītošana par pacienta psiholoģiskām vajadzībām

Ģimeņu izglītošanas mērķis un saturs ir atkarīgs no vecāku līdzdalības bērna funkcionalitātē un sociālajā iesaistē ikdienas dzīvē pirms rehabilitācijas - zināšanu un prasmju kopuma, ar ko ģimene var brīvi manipulēt un zināšanu un prasmju iztrūkuma, ko konstatē rehabilitācijas pakalpojuma sniedzējs. Otrs aspekts ir vecāku līdzdalības rehabilitācijā motivācija. Vecāku rīcība, izaicinājumi un vajadzības galvenokārt ir vērstas uz bērna - pacienta sociālo un fizisko vidi. Ģimeņu izglītošanas uzdevums ir stiprināt ģimenes, sniedzot tām atbalstu attīstības vajadzību apmierināšanai.

Ģimeņu izglītošanas pamatā ir ekosistēmiska ideja par bērna - pacienta funkcionēšanas un līdzdalības rehabilitācijā atkarību no attiecību kvalitātes starp bērnu, vecākiem un rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem, uzsverot vides sistēmu savstarpējo saistību. Ģimeņu izglītošanas ir uzskatāma par veiksmīgas partnerības nodibināšanu trīsstūrī „rehabilitētāji - ģimene”, „ģimene - bērns”, „rehabilitētāji - bērns”, kurā vecākiem piešķirta nozīmīga loma .

Lai noteiktu ģimeņu izglītošanas atšķirīgās vajadzības, jāidentificē vecāku - bērnu attiecības:

1. Vecāki, kuri pieņem bērnu un viņa traucējumus.
2. Vecāki, kuri noraida bērnu un viņa traucējumus.
3. Vecāki, kuri kompensē reakciju uz bērnu un viņa traucējumiem.

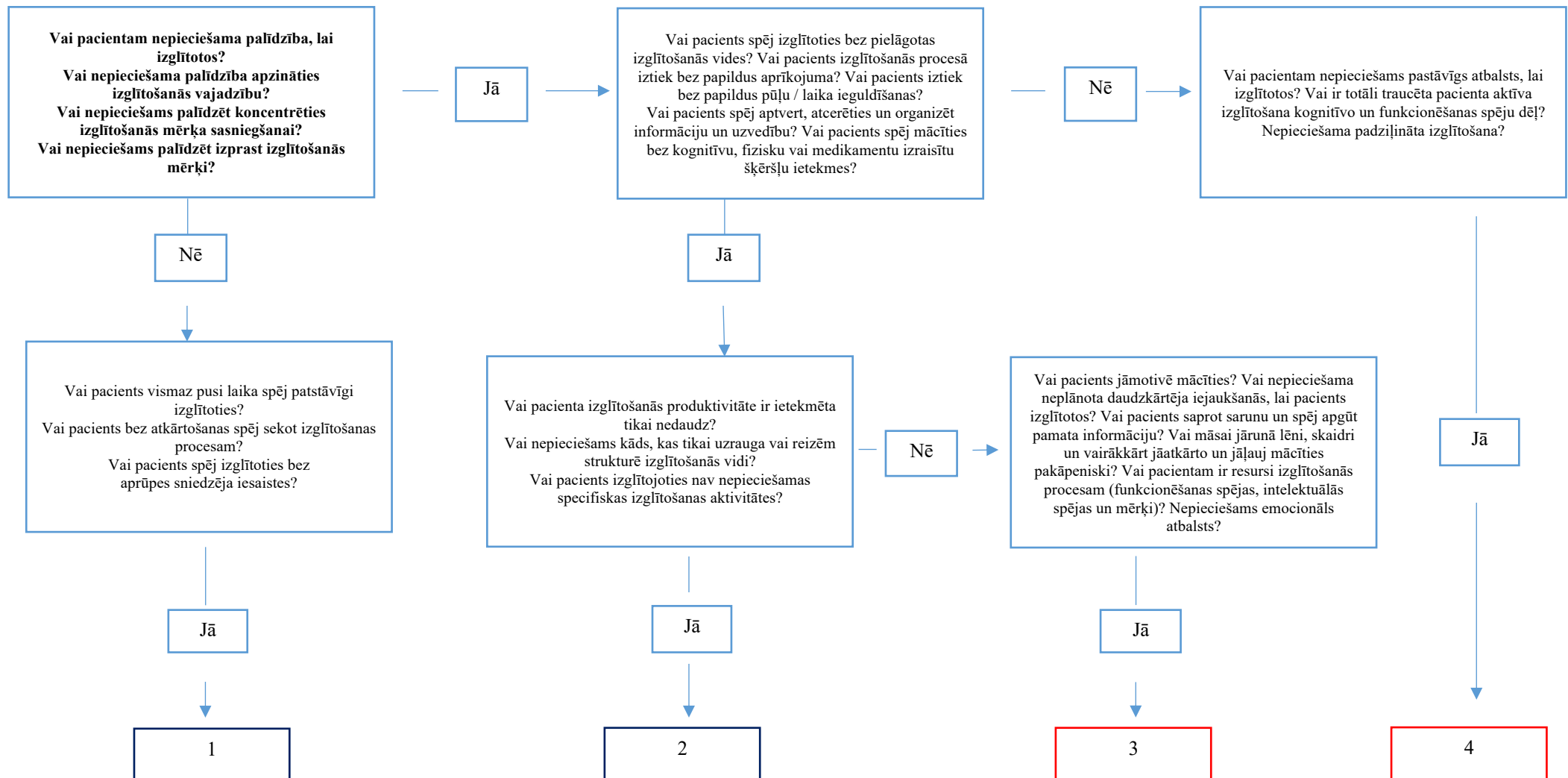
Vecāku - bērnu attiecību indikatori, no kuriem izriet ģimeņu izglītības vajadzības:

1. Vecāki iesaistītās rehabilitācijas procesā, kā bērna rehabilitācijā, nevis uzsver bērna speciālās vajadzības. Tajā pašā laikā bērnam netiek izvirzīti neizpildāmi standarti, vecāki pauž emocionālu atbalstu bērnam. Rehabilitācija noris uz partnerības, informācijas apmaiņas pamatiem.
2. Vecāki izturas kritiskāk, nekā pret bērnu bez speciālām vajadzībām. Vecāki nesniedz bērnam iedrošinājumu rehabilitācijas procesā. Šajā gadījumā rehabilitācija ne tikai sniedz vecākiem zināšanas fiziskajā rehabilitācijā, bet izglīto un apmāca emocionāla atbalsta sniegšanā bērnam.
3. Kompensēta reakcija uz bērnu un traucējumu nozīmē pārāk biežu, neirotisku iesaisti rehabilitācijā, vecāku bažas un aizdomīgumu par rehabilitācijas progresu, vecāku uzvedībā apvienojas gan bērna noraidījums, gan pieņemšana, kas var negatīvi atsaukties uz bērna emocionālo stabilitāti. Ģimeņu izglītošana sniedz vecākiem informāciju par viņu uzvedības konsekvencēm.

Pacienta un ģimenes kultūras un tradīciju izvērtējums var būt svarīgs kritērijs abpusēji apmierinoša mācību procesa izstrādē. Kultūras un etniskie faktori var ietekmēt daudzus mācīšanas procesa rehabilitācijas laikā aspektus. Piemēram, kulturālie faktori var ietekmēt pacienta diētas izvēli, lēmumu par pieņemamiem ģimenes locekļiem-aprūpētājiem vai uzskatiem par slimības vai invaliditātes cēloņiem un gaitu.

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. Izglītošana notiek atbilstoši attīstības vecumam.

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. Izglītošana notiek atbilstoši attīstības vecumam /tiek izglītota pacienta ģimene.



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, *atbilstoši bērna vecuma posmam un vecāku iesaistei*. Darbības tiek veiktas droši.

Izvērtējumā ņem vērā bērna vecuma posmu. Bērniem novērtējumā neietver matu mazgāšanu ar šampūnu un matu pīšanu bizēs. Mazgāšanās novērtējuma veikšanai bērniem, ķermeni sadala 10 nosacītos apgabalos: krūšu kurvis, kreisā roka, labā roka, vēders, perianālā zona, sēžamvieta, kreisais augšstilbs, labais augšstilbs, kreisais apakšstilbs ar pēdu un labais apakšstilbs ar pēdu. Katrs apgabals sastāda 10 %.

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, autiņbikses, 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.

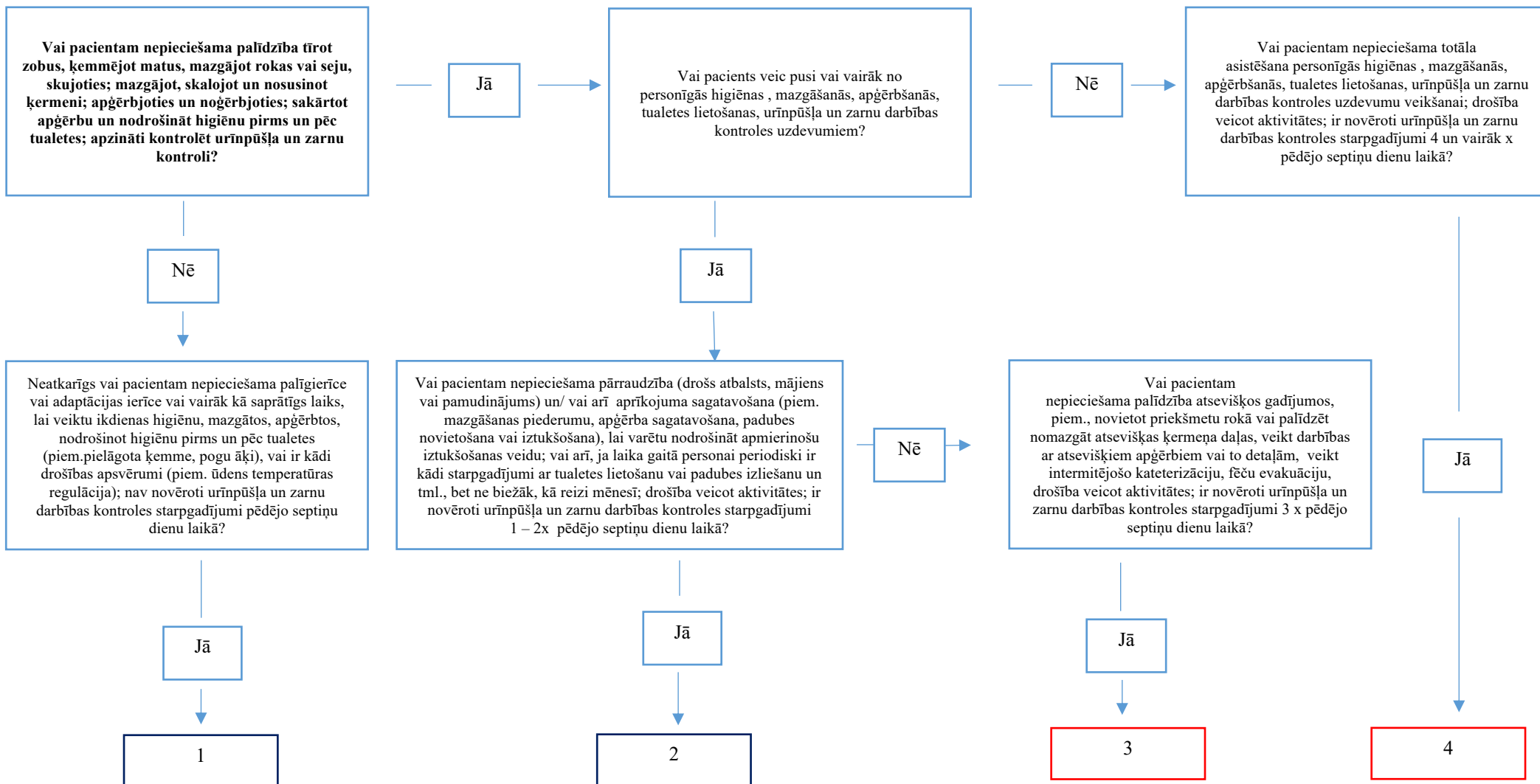
PIEZĪMES.

* 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 sfinkteri 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 līdzenas virsmas, kāpšana augšā un lejā pa kāpnēm 12 – 14 pakāpienus (vienu stāvu) ēkas iekšējās, *atbilstoši bērna vecuma posmam un vecāku iesaistei*. Darbības tiek veiktas droši. Lai noteiktu drošu pārvietošanos tiek ieteikts novērtēt krišanas risku, lai gan literatūrā ir minētas vairākas krišanas riska novērtēšanas metodes, izvēle jābalsta uz attiecīgajā ārstniecības iestādē apzinātajiem riska faktoriem.

Bērnu ar speciālām vajadzībām drošība rehabilitācijas procesā jānovērtē, balstoties uz bērna traucējumu, kognitīvo attīstību un uzvedības pazīmēm, nevis vecumposmu. Sensoneirālie traucējumi rada pastāvīgus riskus bērna mijiedarbībā ar vidi. Bērna intelektuālās attīstības koeficients rehabilitācijas pakalpojuma sniedzējam var būt informatīvs, lai formulētu iespējamu traumu risku profilakses plānu.

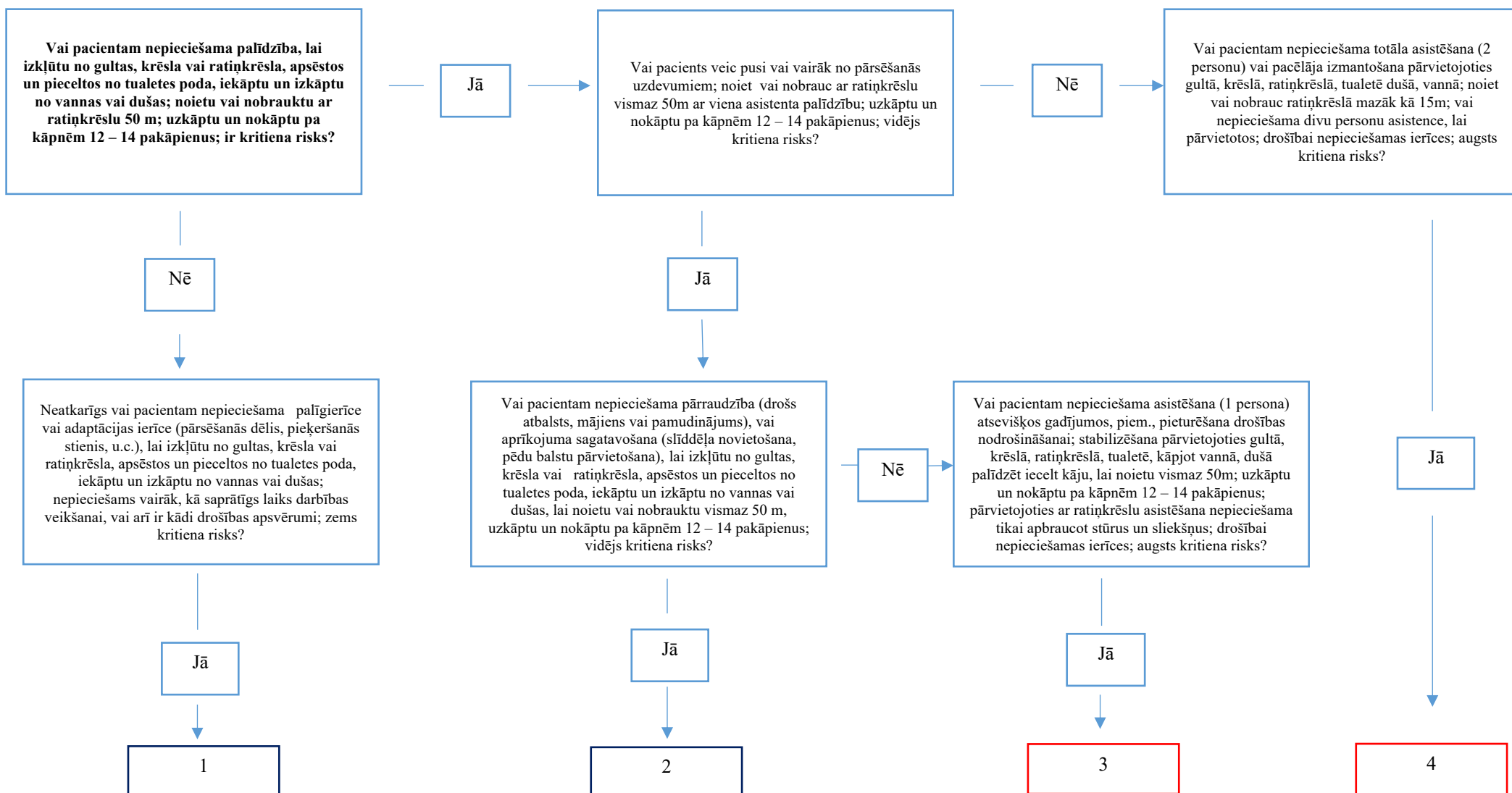
Pilnīga neatkarība – ja pacients staigā, viņš pieiet, apsēžas un pieceļas no parasta krēsla; pārsēžas no gultas uz krēsla; pieiet, apsēžas un pieceļas no standarta tualetes poda; pieiet, iekāpj un izkāpj no vannas vai dušas. Ja pacients pārvietojas ratiņkrēslā, viņš tuvojas pie gultas vai krēsla, noslēdz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

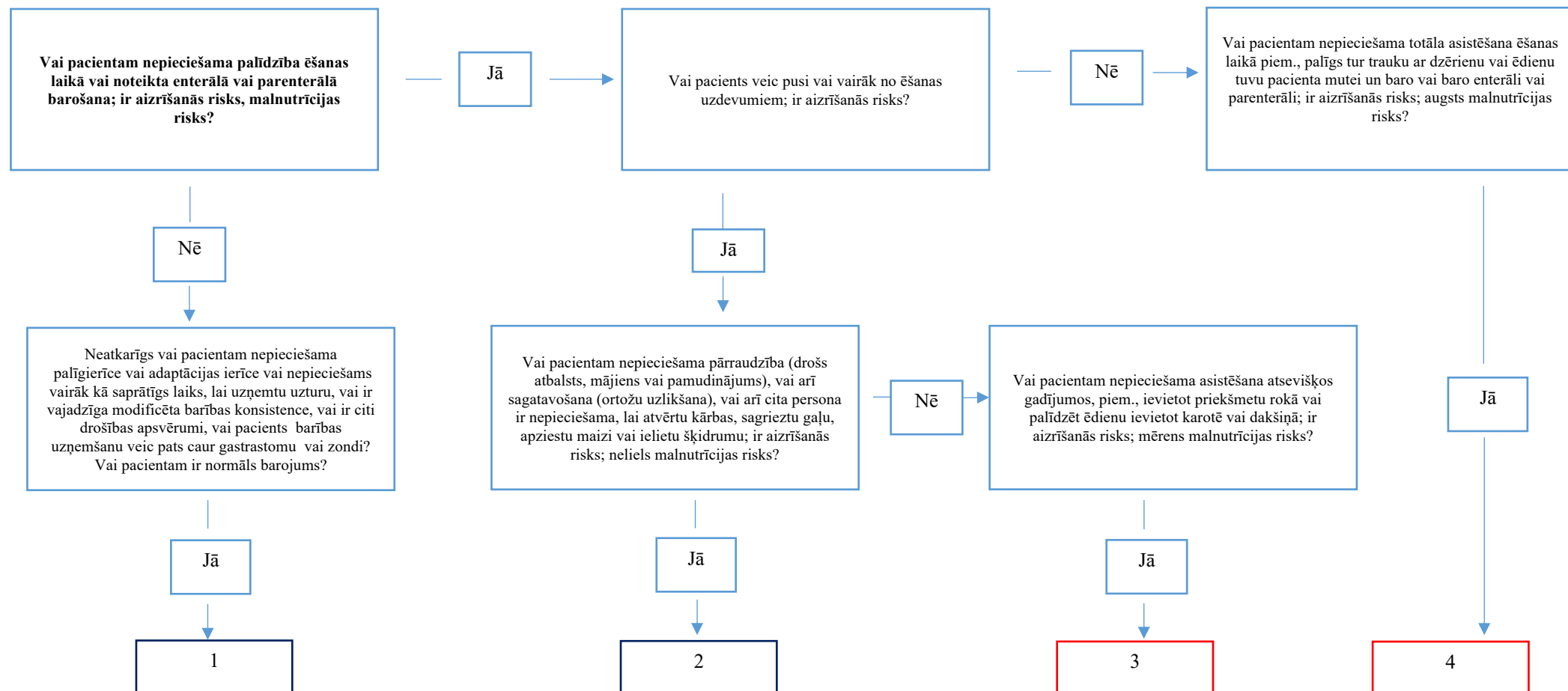


ĒŠANA/ UZTURS

Ietver atbilstošu galda piederumu lietošanu, lai nogādātu barību mutē, barības sakošļāšanu, norīšanu. Maltītei jābūt servētai parastā veidā uz galda vai paplātes, atbilstoši bērna vecuma posmam un vecāku iesaistei. Darbības veikšana ir droša.

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., zondes, tad patients pats veic šo barošanu.



KOMUNIKĀCIJA/ SOCIĀLĀ INTEGRĀCIJA/ IZZIŅA

Ietver audiālas un vizuālas 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.

Bērniem pacientiem ir sarežģītas komunikācijas vajadzības. Grūtības sazināties ar personālu negatīvi ietekmē rehabilitācijas procesu, kā arī apmierinātību ar rehabilitācijas rezultātiem. Pastāv tieša saziņa un kompensētā saziņa.

Tiešā bērnu - pacientu saziņa ar personālu noris:

- a) komunikatīvi pieejamā vidē,
- b) ar prasmīgiem komunikācijas partneriem no personāla puses, kas piemēro efektīvas komunikācijas stratēģijas,
- c) izmantojot zīmes un žestus, saziņu atvieglojošas ierīces - komunikācijas paneļi ar attēliem vai vārdiem, grāmatām, kas veicina mijiedarbību, elektroniskas runas ģenerēšanas iekārtas ar iepriekš ieprogrammētiem ziņojumiem, tekstiem.

Kompensētā bērnu - pacientu saziņa ar personālu noris, vecākiem runājot bērna vārdā, tā mazinot komunikācijas problēmas.

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 garstāvokli, piekrīt kritikai, apzinās, ka vārdiem un rīcībai ir ietekme uz citiem). Pacientam nav nepieciešami medikamenti kontrolei.

Modificēta neatkarība – vairumā gadījumu pacients viegli, vai varbūt ar pavisam nelielām grūtībām saprot kompleksu vai abstraktu sarunu un norādījumus. 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 kontrolei.

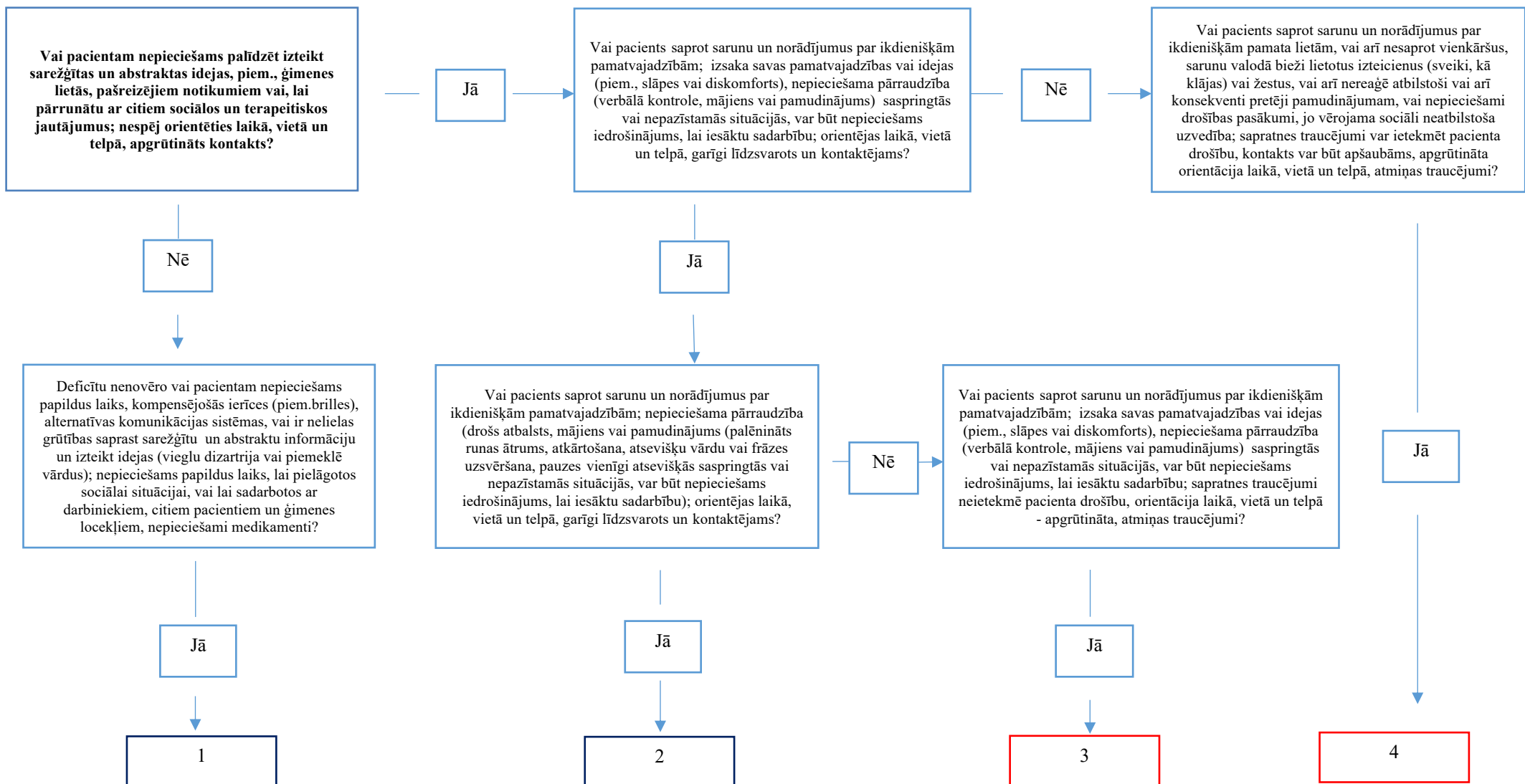
PIEZĪMES.

* 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. 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.
4. Boyar, V. (2019). Pressure Injuries in the Pediatric Population: Many Questions, Few Answers. *Wound Management & Prevention*, 65(4), 2640-5245
5. Cifu, D. X. (2016). *Braddom's physical medicine & rehabilitation*. Fifth edition. Philadelphia, PA: Elsevier.
6. D'Arrigo, R., Ziviani, J., Poulsen, A.A., Copley, J. & King G. (2018). Measures of Parent Engagement for Children Receiving Developmental or Rehabilitation Interventions. *A Systematic Review, Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 38(1), 18-38. DOI:10.1080/01942638.2017.1373723
7. 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.
8. 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.0000000000000191. PMID: 26871241.
9. FIM+FAM–Functional Independence measure and Functional Assessment Measure. Available: <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/fimfam-manual.pdf>
10. 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.
11. Gaebler-Spira D.,& Thornton, L.S. (2002). Injury prevention for children with disabilities. *Phys Med Rehabil Clin N Am.*, 13(4), 891-906.
12. Gutenbrunner C., Stievano A., Nugraha B., Stewart D.& Catton H. (2022) Nursing—a core element of rehabilitation. *Int. Nurs. Rev.* 69, 13–19.
13. HealthConsult (2020) Department of Health. Options for the assessment, classification and funding model for the unified aged care at home program. Final report.
14. Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K., & Davidson, B. (2014). Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: views of community and hospital staff. *Developmental Neurorehabilitation*. 17(3):156–166. doi: 10.3109/17518423.2012.741149
15. Hoeman, S.P. (1996). *Rehabilitation nursing, process and application*. St. Louis: Mosby Elsevier.
16. Incesti, 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.
17. Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas. (2010). Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
18. Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu" (2017). Rīga: Veselība ministrija

19. 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>
20. 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.
21. 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.
22. Noonan, C., & Quigley, S. & Curley, M. (2011). Using the Braden Q to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 566-575
23. 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.
24. Piskur, B. (2015). Parents' role in enabling the participation of their child with a physical disability: Actions, challenges and needs. Maastricht: Datawyse / Universitaire Pers Maastricht
25. 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 .
26. Sethy, D., & Bajpay P.(2016). Rehabilitation of Children with Special Needs in India: Role of Parents. *Medical Science*, 5(8), 411-414.
27. 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>
28. Suiter, D.B. & Leder, S.B. (2008). Clinical utility of the 3 ounce water swallow test. *Dysphagia*, 23, 244 – 50
29. The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument (IRF – PAI) training manual: effective 10/01/2014, USA: Centers for medicare and medicaid services, 2014.
30. The Victorian Agency for Health Information. Available at <https://vahi.vic.gov.au/quality-and-safety/continuing-care>
31. ZVA. Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze. "Hronisku sāpju dinamiskā mērīšana un terapijas efektivitātes novērtēšana" izvērstās 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) (atbilstoši vecumposmu attīstības īpatnībām bērniem)										
Nodaļa, istaba										
Pacienta vārds, uzvārds										
Stacionārā pacienta medicīniskās kartes Nr.										
Datums:	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) 1-4x Dn; IVT 1x Dn; sāpju vadīšana; glikometrija, atsevišķu vitālo rādītāju noteikšana līdz 2x Dn	1									
Pārraudzība un/ vai sagatavošana acīs, degunā, PO, PR, SC medikamentu lietošanā, inhalācijas th (ts.O ₂ th), sāpju vadīšanā, glikometrijā; PO,PR, SC, IM medikamenti, inhalācijas th (ts.O ₂ th) >5x Dn; IVT 1-4x Dn; vieglas sāpes; atsevišķu vitālo rādītāju noteikšana līdz 2x Dn	2									
Asistēšana PO, PR, SC medikamentu lietošanā, inhalācijas th (ts.O ₂ th), sāpju vadīšanā, glikometrijā; PO,PR, SC, IM medikamenti, inhalācijas th (ts.O ₂ th) >5x Dn; IVT 1 - 3x vai >Dn; nepārtraukta IV infūzija 6h Dn; CVK aprūpe; vidēji stipras sāpes; vitālo rādītāju noteikšana līdz 4x Dn	3									
Totāla asistēšana PO, PR, SC medikamentu lietošanā, inhalācijas th (ts.O ₂ th), sāpju vadīšanā, glikometrijā; PO,PR, SC, IM medikamenti, inhalācijas th (ts.O ₂ th) >5x Dn; IVT 4x >Dn; nepārtraukta IV infūzija 6h Dn; apgrūtināta medikamentu uzņemšana; rīšanas un kognitīvais deficīts; CVK aprūpe; stipras sāpes; ABS pielietošana	4									
Starpvērtējums										
Ādas aprūpe										
Ādas bojājumus nenovēro; pārvietošanas 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 sajust sāpes vai diskomfortu, ādā brūce I un/vai II stadija, pārsiešana 1x Dn, āda reizēm mitra, pārvietojas ar palīgierīci, kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, pielietojamās atslogošanas metodes, pozicionēšana pēc shēmas, uzņem nepieciešamo uzturvielu daudzumu; Braden Q 23 - 28	2											
Atbild uz verbālām komandām, ir jušanas deficīts, kas ierobežo spēju sajust 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 Q 7 – 23; Braden 13 - 18	3											
Atbild uz verbālām komandām, ir jušanas deficīts, kas ierobežo spēju sajust 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 Q līdz 7; Braden 6 - 12	4											
Starpvērtējums												
Ģimene/ Izglītošana												
Vismaz pusi laika spēj patstāvīgi izglītoties; bez atkārtšanas 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 daudzskārtēja 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/ Tualetes/ 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, fecu 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 izkļūtu no gultas, krēsla vai ratiņkrēsla, apsēstos un piecētos 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 izkļūtu no gultas, krēsla vai ratiņkrēsla, apsēstos un piecētos 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 sliedīšņus; 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 malnutrīcijas risks	2											
Asistēšana atsevišķos gadījumos, ievietojot priekšmetu rokā, palīdzot ēdienu ievietot karotē vai dakšiņā, aizrīšanās risks; mērens malnutrīcijas risks	3											
Totāla asistēšana ēšanas laikā, enterāla vai parenterāla barošana; aizrīšanās risks; augsts malnutrīcijas risks	4											
Starpvērtējums												
Komunikācija/ Sociālā integrācija/ Izziņa												
Deficītu nevēro vai nepieciešams papildus laiks, kompensējošās ierīces, alternatīvas komunikācijas sistēmas, nelielas grūtības saprast sarežģītu un	1											

abstraktu informāciju un izteikt idejas, nepieciešams papildus laiks, lai pielāgotos sociālai situācijai, vai sadarbotos, nepieciešami medikamenti												
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											

Agrīnās brīdināšanas skala

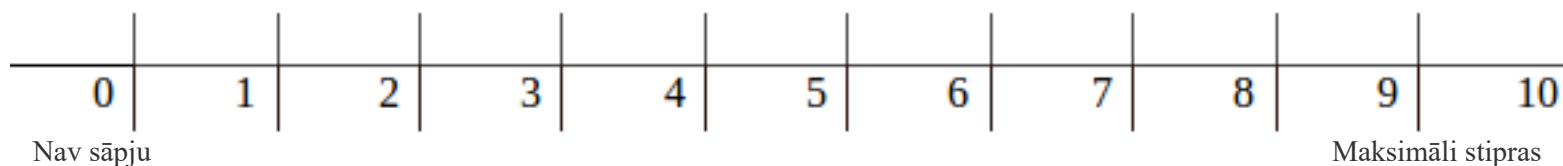
ABS punkti		0	1	2	3	Nodaļa _____		Palāta _____		Pacienta Vārds _____	Uzvārds _____	Med.Kartes Nr. _____
Datums												
Laiks												
A+B Elpošana X/min	≥ 25	3										
	21 - 24	2										
	18 - 20											
	15 - 17											
	12 - 14											
	9 - 11	1										
	≤ 8	3										
A+B SpO ₂ Skala 1 O ₂ saturācija %	≥ 96											
	94 - 95	1										
	92 - 93	2										
	≤ 91	3										
SpO ₂ Skala 2 O ₂ saturācija % Lieto, ja mērķa saturācija ir 88 - 92% Tikai ar ārsta nozīmējumu	≥ 97 uz O ₂	3										
	95 - 96 uz O ₂	2										
	93 - 94 uz O ₂	1										
	≥ 93 gaisā											
	88 - 92											
	86 - 87	1										
	84 - 85	2										
	≤ 83%	3										
Skābeklis vai gaiss	G - Gaiss											
	O ₂ L/min	2										
C Asinsspiediens mmHg Skala izmanto tikai Sist AS Diast AS atzīmē informatīvi, pēc nepieciešamības	terice											
	≥ 220	3										
	201 - 219											
	181 - 200											
	161 - 180											
	141 - 160											
	121 - 140											
	111 - 120											
	101 - 110	1										
	91 - 100	2										
	81 - 90	3										
	71 - 80	3										
	61 - 70	3										
	51 - 60	3										
	≤ 50	3										
	Diast AS											
	C Pulss X/min	≥ 131	3									
121 - 130		2										
111 - 120		2										
101 - 110		1										
91 - 100		1										
81 - 90												
71 - 80												
61 - 70												
51 - 60												
41 - 50		1										
31 - 40		3										
≤ 30		3										
D Apziņa AVPU skala + Apjukums - vērtēts, ja nav hronisks		A - modrs										
	Apjukums	3										
	V - uz skaņu	3										
	P - uz sāpēm	3										
	U - nereaģē	3										
T Temperatūra °C	≥ 39.1	2										
	38.1 - 39.0	1										
	37.1 - 38.0											
	36.1 - 37.0											
	35.1 - 36.0	1										
	≤ 35.0	3										
ABS punkti KOPĀ												
Novērtēšanas biežums												
Aprūpes eskalācija JĀ/NE												
Māsas paraksts/iniciāli												

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 diennaktis 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.

Nav sāpju	Vieglas	Vidējas	Stipras	Ļoti stipras	Maksimāli stipras
-----------	---------	---------	---------	--------------	----------------------

- FLACC sāpju skala bērniem līdz 3 gadu vecumam un neverbāliem pacientiem. Vērtēšana ietver novērojumu un saņemto informāciju no vecākiem. Gulošu bērnu vērojam līdz piecām minūtēm, ja bērns nomodā vēro vienu, divas minūtes.

Kategorija/balles	0	1	2
Seja	Nav īpašas izpausmes sejā	Atsevišķas grimases, saraukta piere, noslēgts vai vienaldzīgs	Bieži vai patstāvīgi saraukta piere, trīcošs zods, sakosti zobi
Kājas	Normāla pozīcija	Nemierīgas vai savilkas	Spārdās vai savilkas
Aktivitāte	Normāla pozīcija, brīvas kustības vai mierīga gulēšana	Izlokās, pārvietojas šurp un turp vai ir sasprindzis	Izliekts stīvs ar saraustītām kustībām
Raudāšana	Neraud	Kunkst vai reizēm sūdzas	Spalgi kliec vai elso, skaļi un neatlaidīgi raud, bieži sūdzās
Labsajūta	Relaksēts, apmierināts	Ir nomierināms ar apskāvienu, glāstu vai sarunu	Grūti nomierināties

Braden Q skala (no 3 nedēļu vecuma līdz 7 gadiem)

Mobilitāte, kustīgums - spēja mainīt un kontrolēt sava ķermeņa stāvokli	1. Pilnībā ierobežota. Nespēj veikt pat nelielas kustības, lai bez palīdzības mainītu ķermeņa stāvokli.	2. Ļoti ierobežota. Reizēm veic nelielas kustības vai ķermeņa stāvokļa maiņu, bet nevar patstāvīgi veikt liela apjoma kustības.	3. Daļēji ierobežota Var patstāvīgi veikt neliela apjoma kustības, ķermeņa un ekstremitāšu stāvokļa maiņu.	4. Nav ierobežojuma. Var veikt liela apjoma un biežu ķermeņa stāvokļa maiņu bez palīdzības	
Pacienta aktivitāte - Fiziskās aktivitātes apjoms	1. Guļošs. Piesaistīts gultai.	2. Pārvietošanās ratiņkrēslā. Spēja staigāt ir izteikti ierobežota vai nav iespējama. Nespēj pats sevi noturēt, nepieciešama palīdzība arī ratiņkrēslā.	3. Reizēm staigā. Var veikt nelielus attālumus pats vai ar palīdzību. Lielāko daļu laika pavada gultā vai ratiņkrēslā.	Bieži staigā. Var patstāvīgi pārvietoties ārpus palātas vairākas reizes dienā (vismaz reizi divās stundās)	
Sensorā funkcija (jušana) – spēja atbilstoši atbildēt uz spiediena radītu diskomfortu	1. Nav atbildes, pilnībā iztrūkst. Nav reakcijas (kunkstēšanas, saraušanās, satveršanas) uz sāpīgu stimulu, ir bezsamaņa vai traucēta apziņa sedācijas dēļ VAI ierobežota spēja sajūst sāpes vairāk kā 1/2 ķermeņa virsmas.	2. Ļoti ierobežota. Atbild tikai uz sāpīgiem stimuliem. Nespēj komunicēt, vienīgi vaid VAI ir sensorās funkcijas traucējumi, kas neļauj sajūst kairinājumu - sāpes vai diskomfortu apmēram 1/2 ķermeņa virsmas.	3. Nedaudz ierobežota. Atbild uz verbālām komandām, bet ne vienmēr spēj paust diskomfortu, var būt nepieciešama palīdzība VAI ir nelieli sensori traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes un diskomforta sajūtu vienā vai divās ekstremitātēs.	4. Nav traucējumu. Atbild uz verbālām komandām. Nav sensora deficīta, kas ierobežo spēju sajūst sāpes vai diskomfortu.	
Ādas mitruma raksturojums	1. Āda pastāvīgi mitra. Āda ir mitra gandrīz visu laiku perspirācijas, urīnēšanas dēļ u.tml. Mitrums tiek konstatēts katru reizi, kad pacients tiek pagriezts, kustināts.	2. Bieži mitra. Āda atkārtoti un bieži ir mitra. Jāveic regulāra veļas maiņa ik pēc 8 stundām.	3. Dažreiz mitra. Āda ir reizēm mitra; nepieciešama ārpuskārtas veļas maiņa ik pēc 12 stundām.	4. Reti mitra. Āda pārsvarā ir sausa; gultas veļas maiņa ik pēc 24 stundām.	

Uztura uzņemšana	1. Ļoti nepietiekams i/v pieeja vairāk nekā piecas dienas vai nekad neuzņem pilnīgi visu nepieciešamo uztura daudzumu (vairāk kā pusi no nepieciešamā). 2x dienā uzturs bagāts ar olbaltumvielām. Nepietiekama šķidruma lietošana.	2. Nepietiekams Reti apēd visu nepieciešamo uztura daudzumu, uzņem apmēram ½ no nepieciešamā daudzuma VAI Saņem ēdienu caur zondi 3x dienā uzturs bagāts ar olbaltumvielām. Nepietiekama šķidruma lietošana.	3. Apmierinoša Ēdināšana caur zondi atbilstoši vecumam nodrošinot uzturu ar nepieciešamajām kalorijām un minerālvielām. 4 x dienā saņem olbaltumvielām bagātu uzturu Apēd gandrīz visu vai lielāko daļu no nepieciešamā uztura.	4. Laba. Adekvāta diēta atbilstoši vecumam un kaloriju daudzumam. 4 x dienā saņem olbaltumvielām bagātu uzturu. Adekvāta šķidruma uzņemšana.	
Pakļautība berzes un bīdes iedarbei	1. Izteikta. Kustībām nepieciešama palīdzība. Pilnīga atstāšana bez atbalsta, novēršot slīdēšanu, nav pieļaujama. Bieži slīd, mainot stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, ir nepieciešamība repositionēt. Spasticitāte, kontraktūras, bieža berzes iedarbe.	2. Daļēji izteikta. Kustībām nepieciešama palīdzība. Bieži slīd, mainot stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, ir nepieciešamība repositionēt.	3. Potenciāla problēma Spēj kustēties pats vai nepieciešama minimāla palīdzība. Kustību laikā vērojama berze pret gultu vai ratiņkrēslu. Pārsvarā spēj saglabāt apmierinošu stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, bet reizēm noslīd.	3. Nenovēro. Spēj kustēties gultā vai ratiņkrēslā patstāvīgi un ir pietiekams muskuļu spēks, lai mainītu pozu, neradot berzi. Ir optimāls ķermeņa stāvoklis gultā vai ratiņkrēslā.	
Audu perfūzija un oksigenizācija	1.Ļoti apdraudēti Hipotenzija < 50 mmHG; < 40 jaundzimušajiem; vai pacientam nav pieļaujama pozīcijas maiņa	2. Apdraudēts Normotenzija; PH < 7.40; skābekļa saturācija var būt <95%; Hemoglobīns <10 mg/dl; rekapilizācijas laiks >2 sek.	3. Adekvāti Normotenzija; PH - normāls; skābekļa saturācija var būt <95%; Hemoglobīns <10 mg/dl; rekapilizācijas laiks >2 sek.	4. Labi Normotenzija; PH - normāls; skābekļa saturācija var būt >95%; Hemoglobīns normāls; rekapilizācijas laiks < 2 sek.	
Kopējais punktu skaits					

Jo mazāks punktu skaits, jo lielāks risks veidoties izgulējumiem:

Līdz 7 punkti – augsta riska grupa;

7-23 punkti – augsta līdz vidēja riska grupa;

23-28 punkti – zema riska grupa.

Braden skala izgulējumu riska paredzēšanai

Sensorā uztvere. Spēja atbildēt uz spiediena izraisītu diskomfortu.	1. Pilnīgi ierobežota: Neatbild (nevaid, 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 pietiekami ūdens daudzumu	2. Neatbilstoša: Reti apēd visu maltīti, parasti apēd pusi no piedāvātās maltītes, reizēm piekrīt apēst diētisko papildinājumu, VAI	3. Atbilstoša: Apēd vairāk kā pusi ēdiena. Reizēm var atteikties no ēdiena, bet apēdis diētisko papildinājumu, VAI tiek barots parenterāli.	4. Lieliska: Apēd lielākoties visu, nekad neatsakās no ēdiena. Reizēm ēd starp ēdienreizēm, nav nepieciešama papildu ēdināšana.	

	VAI Tiek uzturēts uz šķidrums vai intravenozi vairāk kā 5 dienas.	saņem mazāk kā optimālo daudzumu šķidrās diētas vai parenterālā veidā.			
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 Q un Braden skalas rezultātiem

RISKA GRUPA	APRŪPES DARBĪBAS
Riska grupa (Braden Q 23 – 28 un Braden 15-18 punkti)* ○ 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	Ādas kopšana ○ 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 līdzi, lai gultas virsma būtu gluda, bez krokām. Uzturs ○ 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).
Vidēji augsta riska grupa (Braden Q 7 – 23 un Braden 13-14 punkti)* ○ 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	

Augsta riska grupa (Braden Q līdz 7 un Braden 10-12 punkti) ○ Grozīšanas frekvences palielināšana. ○ Maksimāla aktivizācija. ○ Papēžu polsteris. ○ Spiedienu samazinoši palīglīdzekļi - matraču (guļošiem) vai sēdekļu (ratiņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi ○ Nodrošināt adekvātu barošanu	○ Kontrolēt, adekvāta šķidruma daudzuma uzņemšanu diennaktī, censties panākt pacienta sadarbību šķidruma uzņemšanā. (35-45 ml/kg/24h). 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 nevilkot, bet izmantot palīgierīces. Pacientu pārvietot piepaceļot.
Ļoti augsta riska grupa (6-9 punkti) ○ Viss iepriekšējais ○ Papildus: pret izgulējuma matračī un gultas, kas novērš spiedienu* *pret izgulējuma gultas un matračī 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.

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> KMI 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> KMI <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