



Līdzfinansē
Eiropas Savienība



Nacionālais
attīstības plāns



Veselības ministrija



RĪGAS
STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Eiropas Sociālā fonda Plus projekts Nr. 4.1.2.7/1/24/I/001
“Pilnveidot pacientu drošību un aprūpes kvalitāti

Paliatīvās aprūpes statusa noteikšana pieaugušiem pacientiem neatkarīgi no noteiktās pamatdiagnozes, tai skaitā, neonkoloģiskiem pacientiem algoritms

Autoru saraksts: dr. Līga Keiša- Ķirse, onkologs ķīmijterapeits, paliatīvās aprūpes speciālists, prof. Ilze Konrāde, endokrinologs, dr. Aldis Strēlnieks, kardiologs, dr. Aija Geriņa, onkologs ķīmijterapeits, dr. Anna Saliņa, pneimonologs, prof. Indra Zeltiņa, infektologs, prof. Ināra Logina, neirologs, prof. Māris Taube, psihiatrs, dr. Līga Kozlovskā, ģimenes (vispārējās prakses) ārsts, dr. Daina Zepa, geriatrs.

Rīga
2025. gads

Satura rādītājs

Saīsinājumi	3
Algoritma lietotāju mērķa grupa.....	4
Algoritma shematiskais attēlojums	5
1. Informācija par to, kuros gadījumos piešķir paliatīvās aprūpes statusu pieaugušiem pacientiem.....	6
2. Kritēriji	6
3. Pacientu diagnožu kodēšanas principi paliatīvā aprūpē	9
4. Paliatīvās aprūpes pacientu atlase pirms dzīvildzes ierobežojuma	8
5. Kārtība, kā pacients tiek pieteikts/piesakās paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanai	9
6. Priekšlikumi izmaiņām normatīvajā regulējumā	10
7. Informācija par pakalpojumu apmaksu	12
8. Algoritmam atbilstošs konspektīvs informatīvs materiāls pacientam	13
9. Pielikumi ar algoritmā minētajiem instrumentiem	15
Literatūras saraksts	25

Saīsinājumi

- AIDS - iegūtā imūndeficīta sindroms
- ACEI – angiotensīnu konvertējošā enzīma inhibitori
- ALS - amiotrofā laterālā skleroze
- CMV - Citomegalovīruss
- CNS – centrālā nervu sistēma
- CRT – sirds resinhronizācijas terapija
- CT – datortomogrāfija
- ECI - elpošanas ceļu infekcija
- ECOG - spēju stāvokļa skalu
- ESAS - Edmonton Symptom Assessment System
- FK – funkcionālā klase
- HbA1c - glikozilētais hemoglobīns
- HIV - Cilvēka imūndeficīta vīruss
- ICD - implantējamais kardioverters-defibrilators
- LVAD - kreisā kambara palīgācirkulācijas ierīce (*left ventricular assist device*)
- MAC - *Mycobacterium avium* komplekss
- Mēn. - mēneši
- MR - magnētiskā rezonanse
- NYHA - Ņujorkas Sirds asociācijas
- PA – paliatīvā aprūpe
- PDS - paliatīvās darbības spēju skala
- PET pozitronu emisijas tomogrāfija
- TNM - starptautiska audzēju anatomiskā klasifikācija (T – audzēja lielums, N – limfmezgli, M – attālas metastāzes)
- UCI - urīnceļu infekcija

Algoritma lietotāju mērķa grupa

Ģimenes ārsti

Algologi

Anesteziologi

Geriatrici

Hematologi

Infektologi

Internisti

Kardiologi

Klīniskie psihologi

Ķirurgi

Nefrologi

Neirologi

Onkologi ķīmijterapeiti

Paliatīvās aprūpes speciālisti

Psihiatri

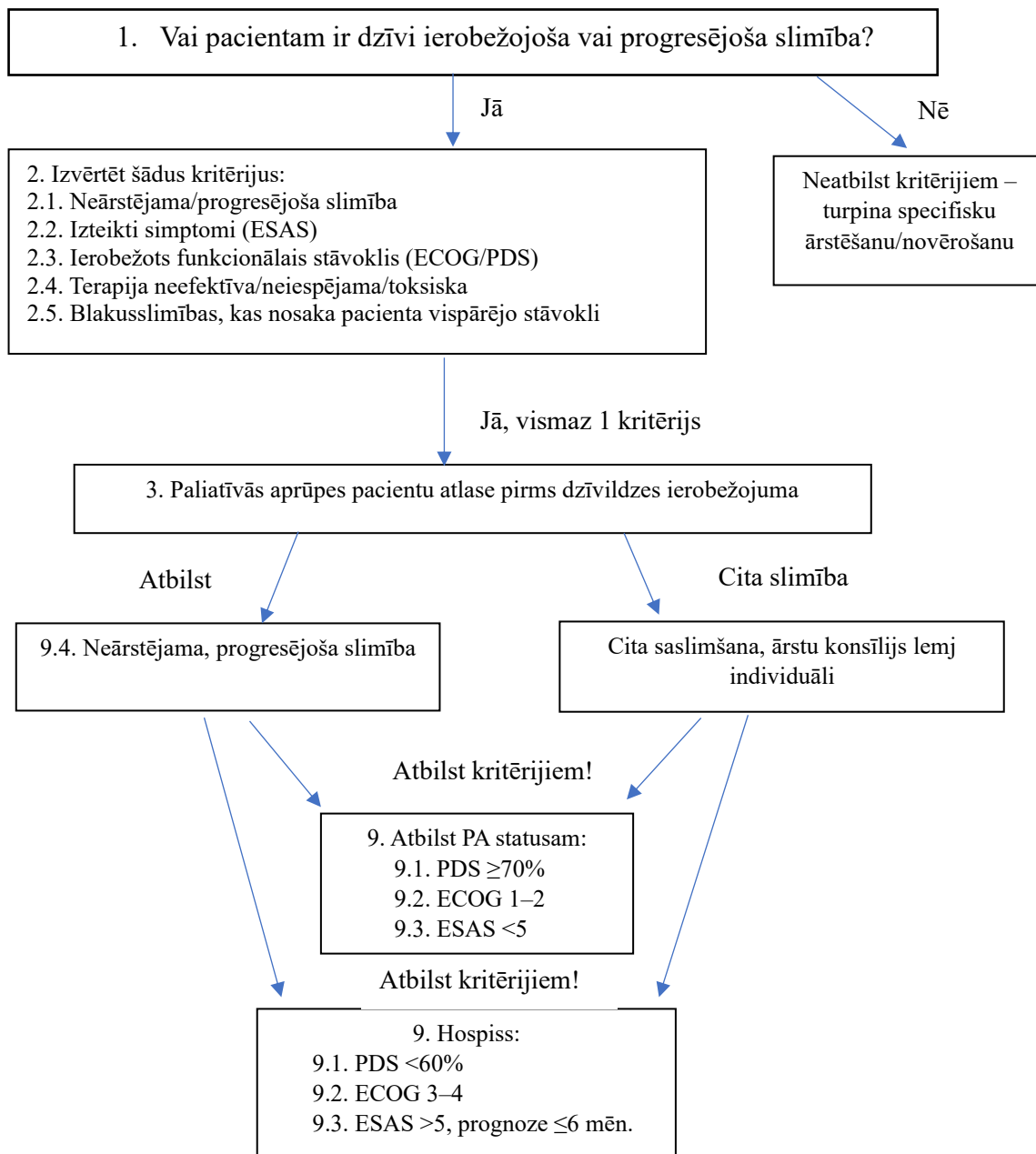
Psihoterapeiti

Pulmonologi

Radiologi terapeiti

Sociālie darbinieki

Algoritma shematisks attēlojums



1.attēls. Algoritma shematisks attēlojums

1. Informācija par to, kuros gadījumos piešķir paliatīvās aprūpes statusu pieaugušiem pacientiem

Paliatīvās aprūpes mērķa grupas:

Termins "dzīvi ierobežojošas un dzīvību apdraudošas slimības" aptver visu vecumu pacientu populāciju, kuri dzīvo ar slimības izraisītiem pastāvīgiem simptomiem vai recidivējošu stāvokli, kas negatīvi ietekmē viņu ikdienas aktivitāšu spējas, samazina paredzamo dzīves ilgumu un nosaka augstu priekšlaicīgas nāves iespējamības risku.

Pamatojoties uz šo definīciju, paliatīvās aprūpes pieaugušo pacientu mērķa grupā ietilpst:

- Pieaugušie pacienti **ar iedzimtiem stāvokļiem**, kas ir atkarīgi no dzīvību uzturošas ārstēšanas un citu personu piesaistes ilgstošas aprūpes nodrošināšanai.
- Pieaugušie pacienti **ar akūtām, smagām un dzīvībai bīstamām slimībām** (piemēram, smagu traumu, leukēmiju vai insultu), kuru izārstēšana ir iespējama, **bet pacienta veselības stāvoklis un ārstēšanas process rada viņam ievērojamus apgrūtinājumus – nepieciešama medicīniskā palīdzība, sociālā, psihoemocionālā, garīgā palīdzība.**
- **Pacienti ar progresējošām un hroniskām slimībām** (piemēram, perifēro asinsvadu slimībām, ļaundabīgiem audzējiem, hronisku nieru vai aknu mazspēju, insultu ar būtiskiem funkcionāliem traucējumiem, neirodeģeneratīvām slimībām, progresējošu sirds vai plaušu slimību u.c.).
- **Pacienti ar hroniskiem un dzīvi ierobežojošiem veselības stāvokļiem pēc negadījuma vai cita veida traumas sekām.**
- **Pacienti ar progresējošām un neizārstējamām slimībām** (piemēram, motoneironu slimību, progresējošu ļaundabīgu audzēju vai smagu invaliditāti izraisītu insultu, vai citu neiroloģisku slimību), **kurām izārstēšanās un veselības stāvokļa stabilizēšanās iespējas ir apšaubāmas un ir funkcionāli traucējumi.** [1, 4, 7, 9]

2. Kritēriji

Kritēriji pēc kuriem **ārstu konsilijs IV vai V līmeņa stacionārās ārstniecības iestādēs** pēc MK Nr. 112 "Paliatīvās aprūpes noteikumi" nosaka paliatīvās aprūpes nepieciešamību un pakalpojuma veidu pieaugušiem:

Pēc ārstniecības likuma **ārstu konsilijs** ir ne mazāk kā triju ārstu apspriede, lai noteiktu diagnozi un turpmāko ārstēšanas taktiku, piemēram, ārstējošais ārsts un ārsts ar kompetenci paliatīvajā aprūpē, kā arī ārsts ar atbilstošu kompetenci konkrētajā saslimšanā.

- **stacionārā** – ja ir izteikti klīniskie simptomi, kuri jārisina 24 stundas diennaktī, kā arī pacienta radnieki nespēj veikt aprūpi psihoemocionālu pārdzīvojumu dēļ, pacientu aprūpēt dzīves vietā, izvērtē ECOG, ESAS skalas; ja ECOG 3 - 4 un ESAS skalā simptomu izvērtējums ir virs 6 [4, 6, 7, 9];
- **ambulatori** – klīniskos simptomus pacientam var koriģēt dzīves vietā, tai skaitā neoncologiskiem pacientiem, ja ECOG 1 - 2 un ESAS skalā simptomi ir zem 5;

Lai piešķirtu paliatīvās aprūpes statusu vai hospiss pakalpojumus, jāizvērtē šādi kritēriji 2.1. līdz 2.5.

2.1. Neārstējama, progresējoša slimība: kritērijus paliatīvam statusam un hospiss statusam skatīties pielikumā nr. 1.

2.2. Izteikti simptomi (sāpes, elpas trūkums, tūskas, paralīze un citi kustību ierobežojumi, apziņas traucējumi u.c.), skatīt Edmonton simptomu novērtēšanas skalu pielikumā tabula nr. 3.

2.3. Pacienta funkcionālais stāvoklis (ierobežota spēja veikt ikdienas aktivitātes) – atbilstoši izvērtē ECOG skalu, skatīt tabulu nr 2.

2.4. Specifiskās terapijas neefektivitāte, neiespējamība, toksicitāte;

Specifiskā terapija ir ārstēšanas metode, kas ir tieši vērsta uz konkrētu slimības cēloni, mehānismu vai patofizioloģisko procesu, nevis tikai uz simptomu mazināšanu. Galvenās īpašības:

- **Mērķtiecīga iedarbība** – ietekmē specifisku biomolekulu (piemēram, proteīnu, gēnu) vai slimības mehānismu (piemēram, infekcijas aģentu, imūno reakciju).
- **Individuālā pieeja** – bieži balstīta uz pacienta ģenētisko, molekulāro vai citiem diagnostiskiem rādītājiem (piemēram, "personalizētā medicīna").
- **Zemāks blakusefektu risks** – tā kā terapija iedarbojas selektīvi, tā mazāk kaitē veselīgām šūnām.

Terapijas neefektivitāte (no angļu "treatment failure") ir situācija, kad ārstēšanas metode nedod paredzēto efektu – slimība neuzlabojas, progresē vai atgriežas pēc sākotnējās uzlabošanās.

Terapijas toksicitāte (no angļu "treatment toxicity") ir nevēlamu blakusefektu parādīšanās, kas rodas ārstēšanas laikā un var kaitēt pacienta veselībai. Toksicitāte var būt **viegla, mērena vai smaga**, un dažos gadījumos tā var izraisīt ārstēšanas pārtraukšanu vai pat apdraudēt dzīvību.

Galvenās toksicitātes formas:

- **Akūta toksicitāte** – blakusparādības kas parādās īsā laikā pēc medikamentu uzsākšanas (piemēram, vemšana pēc ķīmijterapijas).

- **Hroniska toksicitāte** – ilgstoša iedarbība, kas var izraisīt orgānu bojājumus (piemēram, nieru vai aknu disfunkcija).
- **Atliktā toksicitāte** – blakusefekti, kas parādās pēc terapijas beigām (piemēram, sirds mazspēja pēc antraciklīniem).

Galvenās pazīmes:

- Klīniskā neefektivitāte – simptomi nesamazinās vai pasliktinās, neskatoties uz terapiju.
- Bioloģiskā neefektivitāte – slimības biomarkieri (piemēram, infekcijas titrs, audzēja izmērs) nemainās vai pieaug.
- Recidīvs – uzlabošanās fāze seko atkārtota slimības aktivizēšanās.

Iespējamie cēloņi:

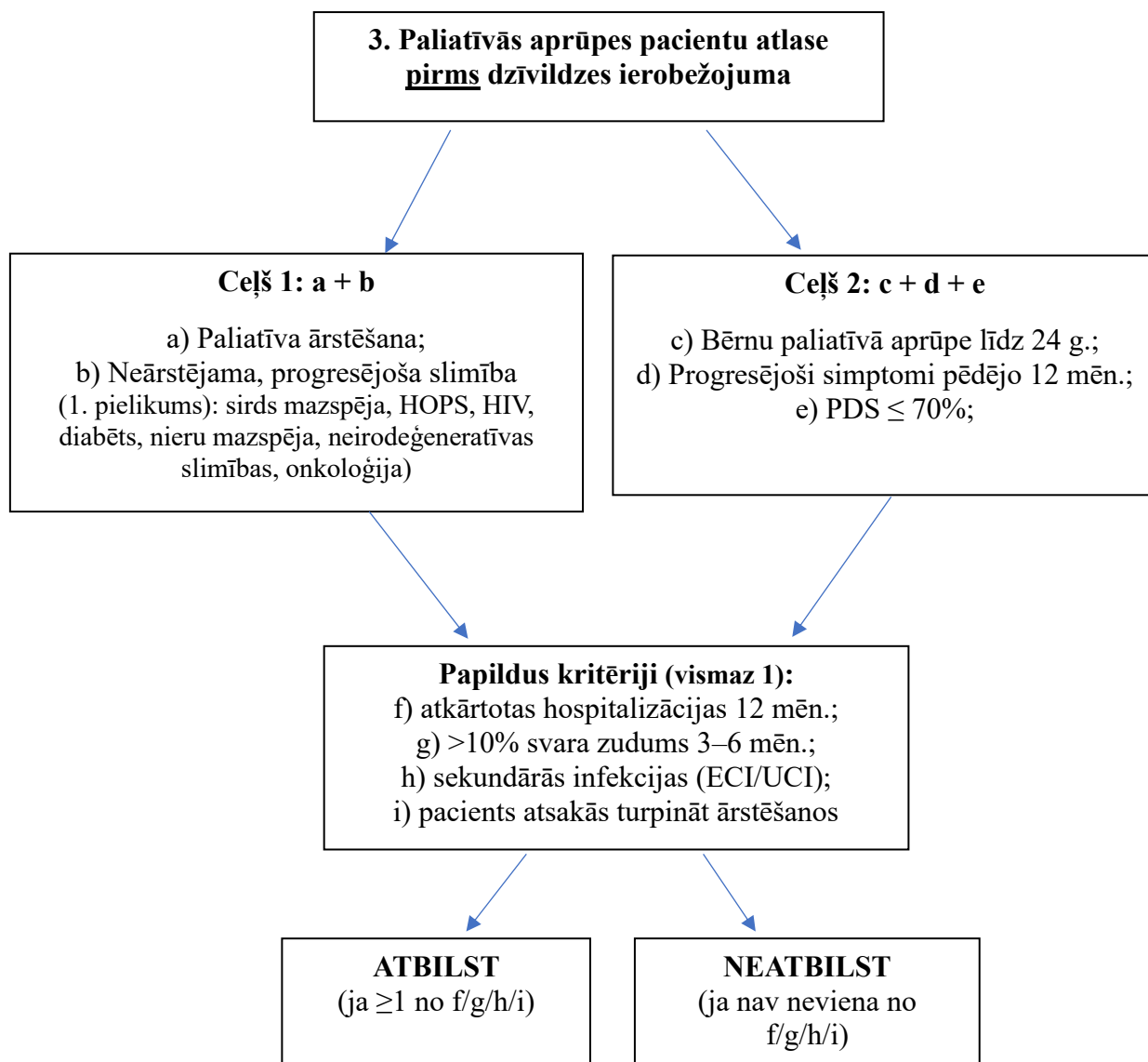
- Rezistence – patogēns (baktērija, vīruss) vai audzējs attīsta izturību pret zālēm (piemēram, antibiotiku rezistence, ķīmijterapijas rezistence).
- Individuālie faktori – pacienta ģenētika, imūnsistēmas reakcija, zāļu vielmaiņa.

2.5. Blakusslimības, kas nosaka pacienta vispārējo stāvokli. [1, 2, 6, 7, 9, 23]

3. Paliatīvās aprūpes pacientu atlase pirms dzīvildzes ierobežojuma

Ja ir a), b), vai c), d), e) un kāds no f), g), h), i)

- Pacientam nozīmēta **paliatīva ārstēšana** – pacients saņem specifisku terapiju, lai ierobežotu slimības gaitu, bet ne izārstētu.
- Ja pacientam **progresējoša slimība** - to apstiprina pacienta klīniskais stāvoklis, izmeklējumi – kā piemēram, datortomogrāfija (CT) vai magnētiskā rezonanse MR vai pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai un analīžu dati, vai citi izmeklējumi atbilstoši slimībai.
- Pacients ir bijis bērnu paliatīvā aprūpē un sasniedz 24 gadu vecumu.
- Ja pacientam ir progresējoši klīniskie simptomi pēdējo **12 mēnešu laikā** - aprakstīts pielikumā Nr. 1.
- Ja pacientam izvērtējot, paliatīvās darbības spēju (PDS) skalā ir 70%;
- Ja ir atkārtotas hospitalizācijas stacionārā **pēdējos 12 mēnešos**;
- Ja svara zudums >10 % pēdējo 3 - 6 mēnešu laikā;
- Ja sekundāras infekcijas (elpošanas ceļi (ECI) vai urīnceļu infekcijas (UCI));
- Pacients pats nevēlās turpināt ārstēšanos vispārējā stāvokļa dēļ. [1,4,5, 6, 7, 9]



2.attēls. Paliatīvās aprūpes pacientu atlase pirms dzīvildzes ierobežojuma

4. Pacientu diagnožu kodēšanas principi paliatīvā aprūpē

- a) Ja pacientam nozīmēta paliatīvā aprūpe, tad diagnozi kodē Z51.5 + pamatslimība, kas nosaka klīnisko un funkcionālo stāvokli.
- b) Ja paliatīvam pacientam ir klīniski simptomi saistībā ar citu slimību un nepieciešama ārstēšana, tad paliatīvā aprūpe ir blakusslimība Z51.5+ pamatslimība, kas nosaka paliatīvo statusu.

Piemērs, pamatslimība I 60, blakusslimībās Z51.5+C34.8

5. Kārtība, kā pacients tiek pieteikts/piesakās paliatīvās aprūpes pakalpojuma saņemšanai

Ārstu konsīlija slēdziens par paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumu pacienta dzīvesvietā no IV vai V līmeņa stacionārās ārstniecības iestādēs par paliatīvo aprūpi tiek ievietots e-veselības sistēmā, kur to saņem ģimenes ārsts, kā arī pacients.

Atbilstoši klīniskajam pacienta ceļam tiek nodrošināts aprūpes plāns katram pacientam.

6. Priekšlikumi izmaiņām normatīvajā regulējumā

6.1. IV un V līmeņa stacionāros nodrošināt koordinatoru paliatīvā aprūpē

Koordinatora uzdevumi:

6.1.1. Pacientu un ģimeņu atbalsta organizēšana

- Novērtē pacienta un ģimenes vajadzības (fiziskās, emocionālās, sociālās, garīgās).
- Saskaņo individuālu aprūpes plānu, iekļaujot ārstus, medmāsas, sociālos darbiniekus, garīgos palīgus.
- Informē un konsultē par slimības gaitu, ārstēšanas iespējām un paliatīvās aprūpes pakalpojumiem.

6.1.2. Sadarbība ar starpdisciplināru komandu

- Koordinē palīdzību starp ārstiem, māsu personālu, fizioterapeitiem, psihologiem, sociālajiem darbiniekiem.
- Organizē regulārus komandas sapulces, lai pārskatītu pacienta stāvokli un pielāgotu aprūpes plānu.
- Uztur saziņu ar mājas aprūpes dienestiem, hospiss pakalpojuma sniedzējiem un citām iestādēm.

6.1.3. Resursu un pakalpojumu pārvaldība

- Pārlicinās, ka pacientam ir pieejami nepieciešamie medikamenti, palīglīdzekļi un aprūpe.
- Palīdz saņemt sociālo atbalstu, pabalstus paliatīvajai aprūpei.
- Organizē transportu pacientiem, ja nepieciešama braukšana uz ārstēšanas iestādēm.

6.1.4. Krīžu un simptomu vadība

- Palīdz ātri reaģēt uz pacienta sāpju, sliktas dūšas, elpas trūkuma vai citu simptomu pastiprināšanos.
- Sazinās ar ārstu komandu, lai pielāgotu medikamentus vai nepieciešamās palīdzības pakalpojumus.

- Sniedz psiholoģisku atbalstu pacientam un ģimenei, ieskaitot bērnu paliatīvo aprūpi, ja nepieciešams.

6.1.5. Dokumentācija un tiesību aizsardzība

- Uztur precīzus pacienta datus un aprūpes plānus.
- Pārliecinās, ka tiek ievērotas pacienta tiesības un vēlmes (piemēram, gribas testamenta ievērošana).
- Veic sadarbību ar likumu aizsardzības iestādēm, ja nepieciešams.

6.1.6. Izglītība un sabiedrības informēšana

- Māca ģimenes locekļus, kā rūpēties par pacientu mājas apstākļos.
- Veic apmācības par paliatīvo aprūpi mediķiem, sociālajiem darbiniekiem un brīvprātīgajiem.
- Popularizē paliatīvo aprūpi sabiedrībā, cīnoties ar stereotipiem par mirstību un gādību.

Koordinatoram nepieciešamās prasmes:

- **Komunikācija** – spēja uzklaut un atbalstīt gan pacientu, gan ģimeni.
- **Organizatoriskās spējas** – efektīva dažādu pakalpojumu saskaņošana.
- **Empātija un emocionālā izturība** – darbs ar smagi slimiem un mirstošiem pacientiem.
- **Zināšanas par medicīnu un paliatīvo aprūpi** – sāpju vadība, simptomu kontrole, ētikas jautājumi.

6.2. Priekšlikums ārstu konsīlija slēdziena veidlapai.

Ārstu konsīlija slēdziena veidlapai, kur jāatspoguļo paliatīvās aprūpes nepieciešamību pacientam, izvērtē kritērijus 2. punktā. Skatīt tabulu Nr. 4.

6.3. Priekšlikums ārstu konsīlija sastāvam normatīvajā regulējumā.

Lai noteiktu paliatīvās aprūpes statusu Ārstu konsīlijā IV vai V līmeņa stacionārās ārstniecības iestādēs piedalās ne mazāk kā trīs ārsti kā, piemēram, ārstējošais ārsts un ārsts ar kompetenci paliatīvajā aprūpē, kā arī ārsts ar atbilstošu kompetenci konkrētajā saslimšanā.

6.4. Priekšlikumi politikas veidotājiem

PA statusa noteikšanai nepieciešamo informāciju – pieeja slimības vēsturei, veiktajiem izmeklējumiem, lai spriestu par slimības stadiju, gaitu - **lai pilnvērtīgi varētu veikt šo darbu ir nepieciešama kopējā datu bāze, kas ekonomēs personāla laiku, kā arī vienkopus būs pieejama gan analīze, gan izmeklējumu rezultāti, kas papildinās kopējo viedokli par pacienta slimības gaitu, līdz ar to nepieciešamo pakalpojumu nepieciešamību, kā saņemta terapija primārā aprūpē – rekomendācijas un speciālistu rekomendācijas.**

7. Informācija par pakalpojumu apmaksu

7.1. Pakalpojumi un pie kādiem priekšnoteikumiem tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem:

- 7.1.1. Ģimenes ārsta mājas vizītes pie paliatīvās aprūpes pacienta.
- 7.1.2. Veselības aprūpe mājās.
- 7.1.3. Konsultācija pie paliatīvās aprūpes speciālista, ar ģimenes ārsta, speciālista nosūtījumu apmaksā valsts atbilstoši pieejamībai, iespējams jāgaida kopējā rindā.
- 7.1.4. Algologa aprūpe paliatīvās aprūpes un hronisku sāpju kabinetos, dienas stacionārā, stacionārā hronisko pacientu un aprūpes gultās.
- 7.1.5. Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojumi pacienta dzīvesvietā.
- 7.1.6. Medikamenti hospiss aprūpē.
- 7.1.7. Uzturspeciālista konsultācija - tiek apmaksātas tikai noteikto pakalpojumu ietvaros - multiprofesionālās komandas ietvaros sniegtos medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus, ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kas sniegti iekaisīgu zarnu slimību pacientiem, kā arī ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus, kas sniegti reto slimību kabinetā, enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabinetā, onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabinetā vai funkcionālo speciālistu kabinetā, nodrošinot psihiatrisko palīdzību.
- 7.1.8. Rehabilitācija un psihoemocionālais atbalsts onkoloģiskiem pacientiem.
- 7.1.9. Tehniskie palīg līdzekļi.
- 7.1.10. Skābekļa terapija mājās.
- 7.1.11. Paliatīvā aprūpe stacionāru paliatīvajās nodaļās. [21, 22]

7.2. Pakalpojumi, kuri netiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem:

- 7.2.1. Brūču pārsiešanai nepieciešamie medikamenti, aprūpes materiāli, saņemot ģimenes ārsta nozīmētu veselības aprūpi mājās.
- 7.2.2. Intramuskulāri vai intravenozi, subkutāni ievadāmie medikamenti – kā piemēram, pret sāpēm, elpošanas mazspējas mazināšanai un citiem simptomiem.

8. Algoritmam atbilstošs konspektīvs informatīvs materiāls pacientam

8.1. Paliatīvā aprūpe

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

Tās mērķis:

- Mazināt sāpes un citus slimības radītos simptomus.
- Uzlabot dzīves kvalitāti - nodrošinot sociālo palīdzību.
- Sniegt emocionālu un garīgu atbalstu pacientam un tuviniekiem.

8.2. Paliatīvās aprūpes statusa noteikšana

Pacientam nosaka paliatīvo statusu, ja:

- Ja pacients saņem paliatīvu terapiju, slimība progresē.
- Novēro simptomus (sāpes, elpas trūkums, slikta dūša, nogurums u.c.).
- Nepieciešams sociāls atbalsts ikdienas dzīves veikšanai funkcionālu traucējumu dēļ.

8.3. Biežākie simptomi un to mazināšana

Sāpes: Izvēlēties adekvāti dozēt analģētiskos medikamentus (no paracetamola līdz opioīdiem).

Elpas trūkums: Skābekļa terapija, relaksācijas paņēmieni, medikamenti.

Vājums/ nogurums: Dienas režīma regulēšana, enerģijas taupīšana.

Trauksme/ depresija: Psiholoģisks atbalsts, medikamenti.

8.4. Kad nepieciešama steidzama palīdzības meklēšana?

- Elpas trūkums.
- Nepārvaramas sāpes, nepalīdz medikamenti.
- Neskaidra apziņa, izteiktas murgu idejas vai halucinācijas, kā arī uzbudinājuma stāvoklis.
- Sūdzības pastiprinās vai neuzlabojās.

- Epileptisks statuss vai nepārejošas atkārtotas krampju lēkmes.

8.5. Veicamās manipulācijas un atbalsts

Fiziska aprūpe: Ēšanas, kustību, higiēnas palīdzība.

Psiholoģiskais atbalsts: Sarunas ar psihologu, ģimenes konsultācijas, garīgais atbalsts.

Sociālā palīdzība: Palīdzība ikdienas vajadzību nodrošināšanā, rehabilitācija mājās.

Algoritms paliatīvās aprūpes nodrošināšanai

Speciālista vai ārstu konsīlija slēdziena atzinums par paliatīvās aprūpes nepieciešamību.

Novērtēšana: ģimenes ārsts vai paliatīvās komandas izvērtē pacienta vajadzības.

Plānošana: Izstrādā individuālu aprūpes plānu (medikamenti, rehabilitācija, psihosociālais atbalsts).

Īstenošana: Regulāra simptomu kontrole, aprūpe mājās/specializētā iestādē.

Pielāgošana: Plāna koriģēšana atbilstoši stāvoklim.

8.6. Kur meklēt palīdzību?

- Ģimenes ārsts.
- Paliatīvās aprūpes dienesti (reģionālos centros).
- Paliatīvās aprūpes speciālisti.
- Paliatīvās aprūpes nodaļas.
- Paliatīvās aprūpes mobilās brigādes komanda.
- Hospisu pakalpojumi.

Svarīgi! Paliatīvā aprūpe nav "atteikšanās no ārstēšanas", bet gan atbalsta sistēma, lai dzīve būtu pēc iespējas pilnvērtīgāka.

Uzticieties savam ģimenes ārstam, sūdzības var novērst! [1, 2, 6, 7, 9, 21, 22]

9. Pielikumi ar algoritmā minētajiem instrumentiem

9.1. Paliatīvās darbības spēju skala (PDS)

PDS Novērtējuma Tabula nr. 1

PDS %	Pārvietošanās	Pašapkalpošanās	Uzturs	Apziņa	Paredzamais stāvoklis
100%	Pilnībā patstāvīga	Pilnīgi patstāvīgs	Normāls uzturs	Skaidra	Normāla ikdiena
90%	Nedaudz ierobežota	Pilnīgi patstāvīgs	Normāls uzturs	Skaidra	Normāla aktivitāte
80%	Ierobežota, bet staigā	Neliela palīdzība	Normāls vai nedaudz mazāk	Skaidra/reizēm apjucis	Samazināta aktivitāte
70%	Nevar strādāt	Vajadzīga palīdzība	Normāls vai mēreni mazāk	Skaidra/apjucis	Galvenokārt sēž/maz kustas
60%	Būtiska palīdzība	Ierobežota pašapkalpošanās	Samazināts uzturs	Bieži apjucis	Galvenokārt gultā
50%	Regulāra palīdzība	Minimāla pašapkalpošanās	Mazs uzturs	Bieži apjucis	Gultas režīms
40%	Gandrīz nekustīgs	Nav pašapkalpošanās	Ļoti maz uztura	Kavēta	Smags stāvoklis
30%	Pilnīgi nekustīgs	Nav	Minimāli šķidrumi	Kavēta/koma	Ļoti nopietns
20%	Nekustas	Nav	Tikai pilieni	Koma	Ļoti tuvu nāvei
10%	Nekustīgs	Nav	Nespēj norīt	Koma	Mirstošs

Paliatīvā aprūpe no 70% un hospiss aprūpe no 60%.

9.2. Pacientu fiziskās aktivitātes statusa novērtēšana ECOG kritērijiem

Tabula Nr. 2

Pakāpe pēc ECOG	Fiziskās aktivitātes statuss pēc ECOG novērtējuma skalas	Vidējā izdzīvošana
0	Pilnībā aktīvs, spēj veikt visas līdzšinējās aktivitātes (līdz saslimšanai) bez ierobežojumiem	>6 mēneši
1	Ierobežotas spējas veikt fiziski grūtas aktivitātes, bet ir kustībspējīgs un spēj veikt vieglu vai sēdošu darbu, piem., vieglus mājas darbus, biroja darbu	3-6 mēneši
2	Ir kustībspējīgs un spēj pilnībā aprūpēt sevi, bet nespēj veikt nekādas ārpusmājas aktivitātes. Kustībā pavada vairāk nekā 50% nomoda stundu	2-3 mēneši
3	Spēj tikai ierobežoti aprūpēt sevi, piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam vairāk nekā 50% nomoda stundu	1-2 mēneši
4	Pilnībā darba nespējīgs. Nemaz nespēj sevi aprūpēt. Pilnībā piesaistīts gultai vai ratiņkrēslam	<1 mēnesis
5	Miris	-

9.3. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

Tabula Nr. 3

- Izvērtēt simptomus pirms ārstu konsīlija slēdziena pacientam, kuram nosaka paliatīvās aprūpes statusu – aizpilda pats patients vai ārsts, ja patients nevar to veikt. [10, 11]

Ja simptomu izvērtējums ir zem 5, tad paliatīvā aprūpe, ja virs 5, tad hospiss aprūpe.

Nr. Simptoms Novērtējums (0–10)

0–3 = Viegls simptoms, 4–6 = Vidēji smags 7–10 = Ļoti smags		
1	Sāpes	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
2	Nogurums	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
3	Slikta dūša	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
4	Nomāktība	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Nr.	Simptoms	Novērtējums (0–10)
0–3 = Viegls simptoms, 4–6 = Vidēji smags 7–10 = Ļoti smags		
5	Trauksme	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
6	Depresija	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
7	Elpas trūkums	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
8	Miegs	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
9	Pašsajūta	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
10	Cits simptoms (norādiet kāds): _____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

9.4. Progresējošu, neārstējamu slimību kritēriji

Pielikums Nr. 1

1. Sirds un asinsvadu slimībām:

Pacients atbilst PA statusam, ja izpaužas šādas sūdzības:

- Pacienti ar koronārās sirds slimības beigu stadijas komplikācijām – progresējoša stenokardija, kas nepakļaujas medikamentozai vai invazīvai ārstēšanai ("refraktāra stenokardija"), atkārtoti miokarda infarkti, kas būtiski pasliktinājuši sirds funkciju, smaga kreisā kambara disfunkcija pēc infarktiem ar pastāvīgiem simptomiem);
- Pacienti ar smagām vārstuļu slimībām - simptomātiska aortas vai mitrālā vārstuļa stenoze/regurgitācija, ja:
 - pacients nav piemērots ķirurģiskai vai katetru korekcijai.
 - ir smagi simptomi (elpas trūkums, tūska, nogurums) neskatoties uz ārstēšanu.
- Pacienti ar citām diagnozēm:
 - kardiomiopātijas (dilatācijas, hipertrofiskā, restriktīvā) ar progresējošu simptomātiku.
 - plaušu hipertensija ar labā kambara mazspēju.
 - kardiogēns šoks vai hroniska hipotensija, kas nav koriģējama.
- Pacienti ar implantētām ierīcēm (ICD, CRT, LVAD), ja slimība progresē, neskatoties uz

tehnoloģiju atbalstu.

- Pacienti ar sirds mazspēju IV klase, kam novēro šādus simptomus:
 - Aizdusa un citi simptomi miera stāvoklī vai ar minimālu slodzi;
 - Nespēja veikt fiziskās aktivitātes bez aizdusas un citiem simptomiem;
 - Ja tiek veiktas fiziskas aktivitātes, aizdusa un citi simptomi pasliktinās;

Nepakļaujas medikamentozai ārstēšanai ar diurētiskiem līdzekļiem un vazodilatatoriem, piemēram, AKEI – (angiotensīnu konvertējošā enzīma inhibitori), nav pieejamu ķirurģisku iespēju. [2, 3, 8, 12, 15, 20]

Sirds mazspējas klasifikācija pēc funkcionālā stāvokļa (funkcionālās klases pēc Ņujorkas Sirds asociācijas (NYHA) klasifikācijas)

	NYHA funkcionālās klases iedala, balstoties uz simptomiem un fizisko aktivitāti
I klase	Nav fiziskās aktivitātes ierobežojumu. Ikdienas fiziskā aktivitāte neizraisa nogurumu, sirdsklauves vai elpas trūkumu
II klase	Viegls fiziskās aktivitātes ierobežojums. Miera stāvoklī pacients jūtas labi, bet ikdienas fiziskā aktivitāte izraisa nogurumu, sirdsklauves vai elpas trūkumu
III klase	Ievērojams fiziskās aktivitātes ierobežojums. Miera stāvoklī pacients jūtas labi, bet mazāka nekā ikdienas fiziskā aktivitāte izraisa nogurumu, sirdsklauves vai elpas trūkumu
IV klase	Jebkura fiziska aktivitāte izraisa diskomfortu. Simptomi ir miera stāvoklī. Fiziskas slodzes laikā diskomforts pieaug

Saīsinājumi: NYHA – Ņujorkas Sirds asociācija (New York Heart Association)

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja ir kāds no iepriekš minētiem kritērijiem un izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

2. Hroniskām elpceļu slimībām

Pacients atbilst PA statusam, ja vienlaikus izpildās visi (a, b, c) kritēriji:

- a) Aizdusa miera stāvoklī un/vai ar minimālu slodzi skābekļa terapijas laikā;
- b) Aizdusa, kas nereaģē vai slikti reaģē uz bronhodilatatoru terapiju;
- c) Hroniskas plaušu slimības progresēšana, ko apliecina viens vai vairāki no šādiem simptomiem:
 - Vismaz viena reize pēdējos trīs mēnešos medicīnisko pakalpojumu izmantošana, ieskaitot hospitalizāciju, neatliekamās palīdzības apmeklējumus un / vai ārsta ambulatoros apmeklējumus, plaušu slimības simptomu dēļ;

- Vismaz viena reize pēdējos trīs mēnešos bronhīta vai pneimonijas epizodes;
- Netīšs svara zudums ≥ 10 procentu ķermeņa masas iepriekšējo sešu mēnešu laikā;
- Progresējoša nespēja patstāvīgi veikt dažādas ikdienas aktivitātes vai pieaugoša atkarība no līdzcilvēkiem kā rezultātā pakāpeniski pazeminās veiktspējas statuss;
- Citas klīniskās papildus pazīmes:
 - *Cor pulmonale*;
 - Nepārtraukta hroniska skābekļa terapija;
 - Tahikardija miera stāvoklī $> 100/\text{minūtē}$;
 - Steroīdu atkarīgs;
 - Cianoze; [8, 13]

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja izpildās visi (a,b,c kritēriji un kāda no papildus klīniskām pazīmēm) kritēriji un izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

3. HIV

Pacients atbilst PA statusam, ja vienlaikus izpildās pirmais un otrais kritērijs (3.1., 3.2. apakšpunkts), kā arī kāda no blakusslimībām (3.3. apakšpunkts), faktoriem, kas ietekmē pacienta sūdzības un funkcionālo stāvokli:

3.1. CD4+ skaits < 25 šūnas/mm³ vai noturīga vīrusu slodze $> 100\,000$ eksemplāru/ml, **plus viens no šādiem rādītājiem:**

- CNS limfoma;
- Neārstēti vai nereaģē uz ārstēšanu;
- Svara zudums (33% ķermeņa masas zudums);
- Mycobacterium avium kompleksa (MAC) bakterēmija, neārstēta, nereaģē uz ārstēšanu vai ārstēšanas atteikumu;
- Progresējoša multifokāla leikoencefalopātija;
- Sistēmiska limfoma ar progresējošu HIV slimību un daļēju atbildes reakciju uz ķīmijterapiju;
- Viscerālā Kapoši sarkoma, kas nereaģē uz terapiju;
- Nieru mazspēja bez dialīzes;
- Cryptosporidium infekcija;
- Toksoplazmoze nereaģē uz terapiju;
- Citomegalovīrusa (CMV) infekcija;

3.2. Samazināts veiktspējas statuss $< 70\%$, ko mēra pēc paliatīvās darbības spēju skalas, skatīt pielikumu Nr. 1.

Dažiem pacientiem, kuri neatbilst iepriekš minētajiem kritērijiem, tomēr ir nepieciešama paliatīvā aprūpe, jo ir citas blakusslimības vai straujas slimības gaitas dēļ. Statuss jāizvērtē individuāli.

3.3. Blakusslimības un faktori, kas saistīti ar saīsinātu dzīves ilgumu, kas var ietekmēt pacienta dzīves kvalitāti:

- B hepatīts;
- C hepatīts;
- Orgānu sistēmu mazspējas beigu stadijā (sirds, nieres, aknas, plaušas);
- Diabēts;
- Ar AIDS nesaistīti vēži (piemēram, plaušu vēzis, Hodžkina limfoma);
- IV narkotiku lietošana;
- Sirds slimības;
- CD4 pastāvīgi zems (<25 šūnas/mm³);
- Augsta vīrusu slodze, neskatoties uz kombinēto terapiju;
- Terapijas rezistence;
- Atsakās no tālākās terapijas;
- Progresējoša multifokāla leikoencefalopātija;
- Pastāvīga caureja >1 gads; [8]

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja izpildās viens vai vairāki kritēriji un izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

4. Diabēts

Pacients atbilst PA statusam, ja pie diagnozes Cukura diabēts (E10-E14) papildus vienlaikus izpildās vairāki kritēriji (a, b, c, d, kāds no e)):

- a) Vismaz 6 mēnešus ilgs diabēts ar pastāvīgi augstu HbA_{1c} - glikozilēto hemoglobīnu un glikozes līmeni asinīs;
- b) Vairākas blakusslimības (piemēram, nieru, aknu, sirds un asinsvadu un kuņģa-zarnu trakta problēmas);
- c) Kognitīvas izmaiņas vai demence;
- d) Kritieni;
- e) Papildus stāvokļi, kas nosaka pacienta vispārējo stāvokli:
 - Uzņemšana slimnīcā vismaz 3 x gadā vai neatliekamās palīdzības nodaļā;
 - Depresija;
 - Ar diabētu saistīts vēzis;

- Zems HbA1c līmenis vai hipoglikēmija;
- Sarkopēnija vai nespēks: lēns piecelšanās un gājiena tests un lēns iešanas ātrums;
- Vientulība un izolācija; [8,14]

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja izpildās viens vai vairāki kritēriji un izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

5. Nieru mazspēja:

Pacients atbilst PA statusam, ja pie diagnozes **Nieru mazspēja (N17-N19)** papildus vienlaikus izpildās vismaz a), b), c), d), e) f) kritēriji:

a) Kopējie nieru slimības beigu stadijas rādītāji:

- Urēmija;
- Apjukums;
- Neārstējama slikta dūša un vemšana;
- Ģeneralizēta nieze;
- Nemiers, "nemierīgas kājas";
- Oligūrija: urīna izdalīšanās <400 ml/24 stundas;
- Neārstējama hiperkaliēmija: noturīgs kālijs serumā >7,0;
- Urēmiskais perikardīts;
- Hepatorenālais sindroms.

b) Pacients, kas atsakās no dialīzes vai pārtrauc dialīzi;

c) Pacienti, kuriem tiek veikta dialīze, kuri slimo ar citām slimībām, piemēram, ļaundabīgu audzēju, sirds mazspēja IV FK pēc NYHA, elpošanas mazspēja;

d) Svara zudums virs 10 procentiem no ķermeņa svara;

e) Funkcionālās iespējas samazinās pēc ECOG skalas 2 - 4;

f) Kognitīva pasliktināšanās - pacienta izvērtējums pēc paliatīvās darbības spēju skalas (PDS) 70%;

g) Sociālā izolēšanās;

h) Laboratorijas rezultāti:

- Kreatīna klīrenss <10 ml/min (<15 ml/min diabēta slimniekiem);
- Kreatīns serumā >8,0 mg/dl (>6,0 mg/dl diabēta slimniekiem). [8, 16, 17]

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja izpildās viens vai vairāki kritēriji un izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

6. Neurodeģeneratīviem slimībām:

Pacients atbilst PA statusam, ja vienlaikus izpildās vismaz viens no kritērijiem:

a) **Smagi kustību traucējumi:**

- Paralīze vai parēzes, kas ierobežo patstāvīgu kustību.
- Nepieciešamība pēc pastāvīgas aprūpes (ēšana, tualete, pārvietošanās).

b) **Simptomi, kurus grūti kontrolēt:**

- Hroniskas sāpes (neiropātiskas, muskuļu spazmas, kontraktūras).
- Disfāģija (grūtības rīt) un nepieciešamība gastrostoma vai parenterāls uzturs.
- Smagas elpošanas traucējumi (nepieciešama skābekļa terapija).
- Epileptiskie lēkāji, kurus grūti kontrolēt.

c) **Kognitīvie traucējumi un komunikācijas problēmas:**

- Smaga demence, apātija, apziņas traucējumi.
- Nespēja sazināties (piemēram, ALS pacientiem ar bulbāro paralīzi). [8, 18, 19]

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja izpildās viens vai vairāki kritēriji un izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

7. Pacienti, kuri slimo ar ļaundabīgu audzēju

Pacients atbilst PA statusam

Pēc ārstu konsīlija lēmuma vai speciālista slēdziena (ķirurgs, staru terapeits, onkologs ķīmijterapeits), pacientam nozīmēta simptomātiska terapija, jo slimība progresē, ko pierāda izmeklējumi – pacienta klīniskais stāvoklis, kā arī analīžu rezultāti, datortomogrāfija vai magnētiskā rezonanse vai pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) un analīžu dati. [6, 7, 8]

Pacients atbilst hospiss statusam (dzīvildze līdz sešiem mēnešiem), ja izvērtējot ECOG skalu 3 - 4, kā arī PDS zem 60%, ESAS virs 5.

**Ārstu konsīlija slēdziena
veidlapa paliatīvās aprūpes pacientam**

Ārstu konsīlija slēdziens par paliatīvās aprūpes piešķiršanu

Tabula nr. 4

Pirmreizējs/ pacients pirms ārstēšanas Atkārtots/ pacients pēc ārstēšanas Z/C kods: Z51.5 + pamatslimība paliatīvam statusam Multidisciplinārās komandas slēdziens notiek pacienta klātbūtnē: ☐ Jā ☐ Nē		
Datums		
Pacients(-e) (vārds, uzvārds):		
Personas kods:		
Deklarētā dzīvesvieta:		
Kontakttālrunis:		
e-pasts:		
Īsa slimības anamnēze/simptomi, slimības gaita:		
Pamatdiagnoze:		
(TNM klasifikācija, slimības stadija), ja onkoloģiska slimība		
Blakusdiagnoze/-es:		
Operācija/biopsija, datums		
Histoloģija/ citoloģija Nr., ja onkoloģiska slimība		
Izmeklējumi, kas pamato slimības gaitu ar datumiem un slēdzieniem		
(CT/MR galvai/krūškurvim/vēderam/mazajam iegurnim/skeleta scintigrāfija/PET-CT /Onkoloģiskie marķieri/citi izmeklējumi)		
Pacienta izvērtējums pēc paliatīvās darbības spēju skalas (PDS), norāda %: ☐ 100% ☐ 90% ☐ 80% ☐ 70% ☐ 60% ☐ 50% ☐ 40% ☐ 30% ☐ 20% ☐ 10%		
Pacienta fiziskās aktivitātes izvērtējums pēc ECOG skalas, norāda atbilstošo ECOG pakāpi: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
Pacienta izvērtējums pēc ESAS skalas		
Nr.	Simptoms	Novērtējums (0–10)
		0–3 = Viegls simptoms, 4–6 = Vidēji smags 7–10 = Ļoti smags
1	Sāpes	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
2	Nogurums	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
3	Slikta dūša	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
4	Nomāktība	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Nr.	Simptoms	Novērtējums (0–10)
		0–3 = Viegls simptoms, 4–6 = Vidēji smags 7–10 = Ļoti smags
5	Trauksme	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
6	Depresija	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
7	Elpas trūkums	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
8	Miegs	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
9	Pašsajūta	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
10	Cits simptoms (norādiet kāds): _____	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Slēdziens:		
Lēmums par paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojuma pacienta dzīvesvietā jeb hospisa aprūpi pacienta dzīvesvietā nepieciešamību		Pacients atbilst paliatīvas aprūpes mobilas komandas pakalpojuma saņemšanas kritērijiem (☐ atbilst/ ☐ neatbilst)
Ārstējošais ārsts (specialitāte; vārds uzvārds):		
Multidisciplinārās komandas slēdziena locekļi (specialitāte; vārds uzvārds):		

Literatūras saraksts

1. Palliative care, WHO, 5 August 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure ESC Clinical Practice Guidelines, 25 Aug 2021 <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>
3. Long-Term Mechanical Circulatory Support vs Heart Transplant: A Half-Century of Progress, but When Will the Tin Man Arrive?, James B. Young, Received February 6, 2018; Revised February 6, 2018; Accepted February 13, 2018; Published online February 27, 2018 [https://onlinejcf.com/article/S1071-9164\(18\)30075-7/abstract](https://onlinejcf.com/article/S1071-9164(18)30075-7/abstract)
4. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers 9789241565417-eng.pdf
5. <https://eprognosis.ucsf.edu/index.php>
6. [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)34086-4/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)34086-4/fulltext)
7. Palliative care patients guidelines - www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/palliative-patient.pdf
8. Hospice Eligibility Guidelines, Joseph Shega, MD *VITAS, Healthcare* <https://www.vitas.com/for-healthcare-professionals/hospice-eligibility-guidelines>
9. <https://palliativecare.org.au/>
10. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present and Future Developments, David Hui 1, Eduardo Bruera, J Pain Symptom Manage. 2016 Dec 29;53(3):630–643 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5337174/>
11. Exploring the Influence of the Edmonton Symptom Assessment System Implementation in Palliative Care Patients: A Systematic Review Hassan R Alsuliman 1, Sukaynah A Alsaigh 1, Faisal A Habib 1, Maied Z Alshehery 2024 Oct 6;16(10) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39502990/>
12. Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology European Journal of Heart Failure (2009) 11, 433–443 <https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Subspecialty/HFA/documents/hfa-palliative-care-statement.pdf>
13. The Role of Palliative Care in COPD Anand S Iyer a,b,c,*, Donald R Sullivan d,e, Kathleen O Lindell f, Lynn F Reinke g,h Chest 2021 Nov;161(5):1250–1262 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9131048/>
14. Palliative and End-of-Life Care: Vital Aspects of Holistic Diabetes Care of Older People With Diabetes Trisha Lynette Dunning, Diabetes Spectr. 2020 Aug;33(3):246–254 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7428665/>
15. Palliative and End-of-Life Care During Critical Cardiovascular Illness: A Scientific Statement From the American Heart Association Erin A. Bohula, MD, DPhil, Chair at all, Circulation, Volume 151, Number 24, 15 May 2025 <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001334>
16. Palliative Care for Patients with Kidney Disease, Iacopo Lanini, Sara Samoni, Faeq Husain-Syed and all, *J. Clin. Med.* **2022**, 11(13), 3923; <https://doi.org/10.3390/jcm11133923>
17. Kidney supportive care: an update of the current state of the art of palliative care in CKD patients, Alze Pereira dos Santos Tavares , Cássia Gomes da Silveira Santos , Carmen

- Tzanno-Martins, J Bras Nefrol. 2020 Sep 4;43(1):74–87. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0017>
18. Clinical Guidance in Neuropalliative Care Lynne P. Taylor, Jessica M. Besbris, MD, William D. Graf, Michael A. Rubin, MD, MA and all, Neurology March 8, 2022 issue 98 (10) 409-416 <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200063>
 19. Palliative care and neurology, Isabel Boersma 1, Janis Miyasaki 1, Jean Kutner 1, Benzi Kluger, Neurology. 2014 Aug 5;83(6):561–567. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4142002/>
 20. Hroniskas sirds mazspējas klīniskās vadlīnijas, Latvijas Kardiologu biedrības darba grupa, 2012.
 21. 2018.gada 28.augustā Ministru kabineta noteikumi Nr.555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība"
 22. 2024. gada 20. februārī Ministru kabineta noteikumi Nr. 112 "Paliatīvās aprūpes noteikumi"
 23. <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=HEME%2F72901>
 24. Anderson F, Downing GM, Hill J u.c. Avots: Žurnāls "Paliatīvā aprūpe", 1996; 12(1):5
 25. <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status/>