



Slimību profilakses un kontroles centrs

**ĪETEIKUMI ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒM
RISKU MAZINOŠIEM PASĀKUMIEM AUGSTA RISKĀ
PACIENTIEM UN PACIENTU GRUPĀM**

1.1.versija

Rīga
2017. gads

Priekšvārds

Veselības ministrijā ir izstrādāta „Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija“¹, cita starpā paredzot virkni veicamo pasākumu šīs jomas sakārtošanai. Ir veikti arī grozījumi Slimību profilakses un kontroles centra nolikumā², nosakot, ka turpmāk centrs nodrošinās metodisko atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos.

2016. gada 20. decembrī tika veikti grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām“, iekļaujot prasības kvalitatīvu un pacientiem drošu ārstniecības pakalpojumu nodrošināšanai.

Balstoties uz šīm izmaiņām, Centrs ir izveidojis darba grupu un organizē diskusiju sēriju par kvalitātes un pacientu drošības prasību ieviešanu praksē. Darba grupas un diskusiju mērķis ir izstrādāt ieteikumus, kas palīdzētu visām ārstniecības iestādēm Latvijā ieviest paredzētās izmaiņas, kā arī apkopot labāko praksi Latvijas veselības aprūpes iestādēs. Ieteikumu izstrādē piedalās arī profesionālo asociāciju un Veselības ministrijas pārstāvji.

Materiālu izstrādājis Slimību profilakses un kontroles centrs sadarbībā ar pārstāvjiem no Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas, Latvijas Amerikas acu centra, Latvijas Jūras medicīnas centra, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas, Rīgas 1. slimnīcas, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas, Rīgas Dzemdību nama, Rīgas Veselības centra, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas, Veselības centra 4, Veselības centru apvienības, kā arī Veselības inspekcijas. Ieteikumi tika veidoti, ņemot vērā Latvijas specifiku un ārstniecības iestāžu iespējas.

Ieteikumu sagatavošanā tika izmantotas starptautiskas akreditācijas organizācijas DNV GL un *Joint Commission International* veselības aprūpes standartu prasības, kā arī Uz pacientu vērstās primārās aprūpes sadarbības partneru koalīcijas (*Patient-Centered Primary Care Collaborative*) publicētie materiāli.

Sagatavotais materiāls nav izmantojams kā ārstniecības iestādes risku mazinošo pasākumu augsta riska pacientiem un pacientu grupām apraksta aizvietotājs.

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.

¹ Veselības ministrijas 2017. gada 20. janvāra rīkojums Nr. 22 "Par Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju".

² Ministru kabineta 2012. gada 3. aprīļa noteikumi Nr. 241 "Slimību profilakses un kontroles centra nolikums", grozīts ar Ministru kabineta 2017. gada 14. februāra noteikumiem Nr. 84 "Grozījumi Ministru kabineta 2012. gada 3. aprīļa noteikumos Nr. 241 „Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”.

Satura rādītājs

1. Ieteikumu mērķis un pamatojums.....	4
2. Risku mazinošie pasākumi augsta riska pacientiem un pacientu grupām	5
3. Augsta riska pacientu identificēšana un riska pārvaldīšana primārajā veselības aprūpē un ambulatorajā praksē	9

1. Ieteikumu mērķis un pamatojums

1.1. Jēdziens „risks“ apvieno sevī nevēlama notikuma (negadījuma, incidenta) atgadīšanās varbūtību un šī notikuma izraisītā kaitējuma (nevēlamo sekas) novērtējumu – jo augstāka norises iespējamība un jo smagākas iespējamās sekas pacientam, jo augstāks risks.

1.2. Riskus iespējams identificēt ar dažādām metodēm un no dažādiem avotiem:

1.2.1. no ārējiem resursiem – tie var būt jau ekspertu identificēti un riskus mazinošie pasākumi, kuri jau iestrādāti normatīvajos dokumentos, vadlīnijās, rekomendācijās, standartos, protokolos u.tml.;

1.2.2. no lokālām nevēlamu gadījumu/incidentu ziņošanas sistēmām;

1.2.3. no auditu informācijas;

1.2.4. no sūdzībām vai Ārstniecības riska fonda u.tml. pieprasījumiem;

1.2.5. no lokāli klīniskajās struktūrvienībās izveidotajām risku novērtēšanas darba grupām (nodaļās, operāciju zālē, dienas aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās, u.tml.);

1.2.6. no konsultēšanās ar darbiniekiem, darbinieku komandām, intervijām, pārskatiem;

1.2.7. no pacienta un/vai pacientu grupu ārstniecības rezultātu apkopošanas;

1.2.8. veicot individuāla pacienta veselības aprūpes risku izvērtēšanu pacienta ambulatoras vizītes, pacienta apskates un izvērtēšanas laikā, ņemot vērā pacienta vecumu, veselības stāvokli, vitālo funkciju rādītājus, hroniskās patoloģijas, blakus saslimšanas, veiktās manipulācijas, zāļu terapiju, kā arī sociālo stāvokli, t.sk. attālumu no dzīvesvietas līdz ārstniecības iestādei u.c.

1.3. **Augsta riska pacienti** ir pacienti ar risku attīstīties dzīvībai bīstamam stāvoklim ārstēšanas un aprūpes gaitā. Katrā profilā/darbības jomā atkarībā no pacienta, pacientu grupas vai analizējamā procesa specifikas var būt savi kritēriji, kas nosaka pacienta vai pacientu grupas piederību augstam riskam vai noteiktai riska pakāpei.

1.4. Proaktīvas risku vadības pamatā ir nepieciešams rast atbildes uz sekojošiem jautājumiem:

1.4.1. kas slikts/nevēlams var notikt ar pacientu?

1.4.2. ja tā notiks, kādas, cik smagas sekas būs pacientam?

1.4.3. kas ir bīstamākais, kas ar konkrēto pacientu, ņemot vērā viņa konkrēto saslimšanu, stāvokli, var notikt?

1.4.4. kāda ir iespējamība, ka tā varētu notikt?

1.4.5. kādi ir iespējamie cēloņi, iemesli, veicinošie faktori?

- 1.4.6. kādi ārstniecības u.c. pasākumi (aizsargmehānismi) tiek veikti šobrīd, lai nelabvēlīgās sekas nerastos vai sekas būtu iespējami vieglākas.
 - 1.4.7. ko ir nepieciešams un iespējams vēl izdarīt?
- 1.5. Šo ieteikumu mērķis ir izpratnes veicināšana par augsta riska pacientu identificēšanu un ārstēšanas procesa vadīšanu, kā arī vienotas rīcības nodrošināšana ārstniecības iestādēs.

2. Risku mazinošie pasākumi augsta riska pacientiem un pacientu grupām

2.1. Augsta riska pacientu grupa – pacienti (klienti, apmeklētāji) ar pēkšņiem dzīvībai bīstamiem veselības traucējumiem (jebkurā ārstniecības iestādē). Rekomendējamie risku mazinošie pasākumi ārstniecības iestādē:

2.1.1. ārstniecības iestādē izstrādā rīcības algoritmu situācijām, kad pacientam vai kādam no apmeklētājiem/klientiem rodas pēkšņi dzīvībai bīstami veselības traucējumi, nodrošinot, ka pacientam nepieciešamības gadījumā tiek uzsākti un turpināti atdzīvināšanas pasākumi atbilstoši Eiropas atdzīvināšanas padomes aktuālajām vadlīnijām³. Rīcības algoritmā ārstniecības iestādē nosaka:

2.1.1.1. darbinieka rīcību, konstatējot vai saņemot informāciju par pacientu/apmeklētāju ar pēkšņiem dzīvībai bīstamiem traucējumiem;

2.1.1.2. komandu, kas reaģēs uz izsaukumu, uzsāks un turpinās pacienta atdzīvināšanas pasākumus;

2.1.1.3. saziņas mehānismu par neatliekamo situāciju, lai efektīvi nodotu informāciju un vadītu situāciju;

2.1.1.4. neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamo aprīkojumu un zāles atbilstoši savam profilam/pacientu specifikai, kā arī šī aprīkojuma atrašanās vietu, lai atdzīvināšanas pasākumus uzsāktu nekavējoties, un pārbaudes mehānismus, lai nodrošinātu to, ka neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamais aprīkojums noteiktajā komplektācijā ir darbības kārtībā.

2.1.2. ārstniecības iestāde nodrošina, ka ārstniecības personas ir apmācītas un regulāri (ne retāk kā reizi divos gados) atjauno savas prasmes neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanā.

2.1.3. slimnīcas, kurās tiek sniegta neatliekamā medicīniskā palīdzība, nodrošina, ka katra slimnīcā strādājošā ārstniecības persona piedalās

³ European Resuscitation Council (2015) Guidelines for Resuscitation. Available: <http://ercguidelines.elsevierresource.com/>

neatliekamās medicīniskās palīdzības praktiskajā apmācībā ne retāk kā reizi divos gados (optimāli – reizi gadā/pusgadā, turklāt savas slimnīcas vidē).

2.2. Augsta riska pacientu grupa - pacienti slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības procesā, kuriem nepieciešama nekavējoša ārstniecības uzsākšana. Rekomendējamie risku mazinošie pasākumi ārstniecības iestādē:

2.2.1. slimnīca, kurā tiek nodrošināta neatliekamā medicīniskā palīdzība, organizē pacientu prioritizēšanu (triāžu jeb šķirošanu) neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās un nepieciešamās palīdzības uzsākšanu atbilstoši steidzamības pakāpei: augstākās steidzamības pakāpes pacienti medicīnisko palīdzību saņem pirmie. Pazīstamākās starptautiskajā praksē pielietotās triāžas skalas:

2.2.1.1. Mančesteras triāžas skala (*Manchester Triage*)⁴;

2.2.1.2. Kanādas triāžas sistēma (*The Canadian Triage Assessment Scale*)⁵;

2.2.1.3. Austrālijas un Jaunzēlandes triāžas skala (*Australasian Triage Scale*)⁶;

2.2.1.4. Triāžas agrīnās brīdināšanas skala (*Triage Early Warning Score (TEWS)*)⁷, piemēram, Dienvidāfrikas tirāžas sistēma, kas ir viena no vienkāršākajām lietošanā.

2.2.2. ārstniecības iestādē atbilstoši tās specifikai ir identificēti un/vai izstrādāti nepieciešamie rīcības algoritmi neatliekamām klīniskām situācijām (piemēram, rīcība ketoacidozes, akūtas nieru mazspējas, septiska šoka, politraumas, galvas smadzeņu traumas u.c. gadījumos).

2.3. Augsta riska pacientu grupa – pacienti, kuri tiek sagatavoti augsta riska manipulācijām/ķirurģiskai operācijai. Rekomendējamie risku mazinošie pasākumi ārstniecības iestādē:

2.3.1 ārstniecības iestādē ir noteikts, kādas augsta riska manipulācijas/ķirurģiskas operācijas un kādos gadījumos veicamas tikai stacionāra apstākļos, atkarībā no pacienta veselības stāvokļa, vecuma, attāluma no dzīvesvietas u.c. apsvērumiem;

⁴ The Manchester Triage System. Available: <http://www.triagenet.net/classroom/>

⁵ Canadian Association of Emergency Physicians (2013) The Canadian Triage and Acuity Scale. Combined Adult/Pediatric Educational program. Participants Manual.

⁶ Australian College for Emergency Medicine (2016) Australasian Triage Scale. Guidelines on the Implementation of the ATS in Emergency Departments.

⁷ The South African Triage Group (SATG), The South African Triage Scale (SATS). Available: <http://emssa.org.za/sats/>

- 2.3.2. ārstniecības iestādē ir noteikta kārtība, kādā tiek stacionēti pacienti, ja pacientu veselības stāvokļa dēļ nedrīkst izrakstīt no dienas stacionāra/ambulatorās aprūpes nodaļas. Stacionārajam posmam ārstniecības iestāde nodrošina pilnu informāciju par pacienta stāvokli pārvešanas brīdī, ambulatorajā posmā veikto procedūru, sarežģījumiem, saņemto ārstēšanu, t.sk. informāciju par zālēm un to devām, pacienta regulāri lietojamajām zālēm, kā arī iemeslu stacionēšanai;
 - 2.3.3. ārstniecības iestādē ir noteikts, kuros gadījumos nepieciešama pacienta rakstiska piekrišana ārstēšanai;
 - 2.3.4. ārstniecības iestādē ir izstrādāts pacienta informētās piekrišanas process, kura laikā ārsts informē pacientu par veicamo manipulāciju, tās būtību, norisi, ieguvumiem un riskiem, kā arī alternatīvu izvēlētajai ārstēšanas metodei un tās būtību, ieguvumiem, riskiem. Ārsts rosina pacientu uzdot jautājumus, atbild uz tiem, dod pietiekamu laiku, lai pacients/pacienta pārstāvis varētu pieņemt lēmumu attiecībā uz ārstēšanu. Piekrišanas veidlapu pacients paraksta tikai pēc tam, kad saņēmis iepriekš minēto informāciju no ārsta;
 - 2.3.5. ārstniecības iestādē ir izstrādāts pacienta informēšanas un izglītošanas process par to, kā sagatavoties nozīmētajai procedūrai, kā arī, kas jāievēro periodā pēc veiktās procedūras un kuros gadījumos jāmeklē steidzama palīdzība.
- 2.4. Augsta riska pacientu grupa – pacienti pēc augsta riska manipulācijām (piemēram, vispārējās anestēzijas), pacienti ar nestabilu hemodinamiku, vitālo funkciju traucējumiem, pacienti, kuri saņem augsta riska zāles, pacienti, kuri stacionēti no neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas vai pārvesti no intensīvās terapijas nodaļas u.c. pacienti, kuriem ir augsta pēkšņa veselības stāvokļa pasliktināšanās varbūtība. Rekomendējamie risku mazinošie pasākumi ārstniecības iestādē:
- 2.4.1. ārstniecības iestādē pielieto pacienta uzraudzības sistēmu, kas ir atbilstoša pacienta saslimšanai un stāvokļa smagumam, noteiktos laika periodos izvērtējot attiecīgos kritērijus, kas liecina par pacienta stāvokļa smagumu/stabilitāti (piemēram, aktivitātes, apziņu, sirds darbību, elpošanu, diurēzi, asinsspiedienu, temperatūru u.c.);
 - 2.4.2. ārstniecības iestādē ir ieviests process, kā māsai, kura aprūpē pacientu, atpazīt un iespējami ātri reaģēt uz pacienta stāvokļa pasliktināšanos;
 - 2.4.3. māsai ir zināms, kā izsaukt pacienta ārstējošo ārstu/dežūrārstu, ja rodas bažas par pacienta stāvokli, ja māsa novēro izmaiņas pacienta stāvoklī vai ja nepieciešams, lai ārsts apskatītu pacientu;
 - 2.4.4. ārstniecības iestādē ir izveidots process, kā informēt pacientu (pacienta pārstāvi) par tām pacienta veselības pazīmēm, stāvokļiem, kurus

- novērojot, nekavējoties jāmeklē palīdzība, kā arī informē pacientu, kā šo palīdzību izsaukt;
- 2.4.5. ārstniecības iestādē notiek maiņas nodošanas process, mainoties personālam, kurš aprūpē/ārstē pacientu. Maiņas nodošanā māsa/ārsts, kuri beidz maiņu, verbāli informē par augsta riska pacientiem, pacientiem, kuriem plānotas augsta riska manipulācijas, kā arī izsaka savus drošības apsvērumus, kas būtiski nākamajai maiņai;
 - 2.4.6. pārvedot pacientu no vienas struktūrvienības uz otru, ārsts/māsa atbilstoši savam kompetences līmenim izpilda informācijas un atbildības nodošanas (*patient handover*) procesu, kura laikā informē par pacienta stāvokli pārvešanas brīdī, vitālo rādītāju stabilitāti, būtiskajiem izmeklējumiem, procedūrām, ievadītajām zālēm, pauž savus apsvērumus par pacienta veselības stāvokli un tālāko ārstēšanas/aprūpes taktiku;
 - 2.4.7. augsta riska pacienta nodošanas procesā (piemēram, pārvedot pacientu no operāciju zāles uz intensīvās terapijas nodaļu u.tml.) rekomendējams piedalīties ārstu-māsu komandai.
- 2.5. Augsta riska pacientu grupa – pacienti ar sarežģītu hronisku saslimšanu. Rekomendējamie risku mazinošie pasākumi ārstniecības iestādē:
- 2.5.1. ārstniecības iestādē ir noteikts, kādos gadījumos un kā organizē multidisciplināras komandas vai konsīlijus pacienta ārstniecības tālākās taktikas notikšanai, tai skaitā sociālā dienesta u.c. atbalsta personāla iesaistīšanai;
 - 2.5.2. ārstniecības iestādē izstrādā aprūpes metodes centrālo un perifēro vēnu katetru, urīnpūšļa katetru, pacientu ar izgulējumu risku, traumu risku, agresijas risku, delīriju u.c. sarežģītu pacientu aprūpei, kas identificēti konkrētajā ārstniecības iestādē;
 - 2.5.3. ārstniecības iestādē veic izglītošanu un apmācību sava stāvokļa uzraudzībai un vadīšanai pacientiem ar hronisku, sarežģītu veselības stāvokli (piemēram, paliatīvās aprūpes pacienti, cistiskās fibrozes, cukura diabēta pacienti u.tml.).
- 2.6. Izrakstīšanas plānošana kā risku mazinošs pasākums augsta riska pacientu ārstniecības nepārtrauktības nodrošināšanai un atkārtotas hospitalizācijas novēršanai:
- 2.6.1. ārstniecības iestādē plāno pacienta izrakstīšanu, jau laikus informējot ģimenes ārstu par pacienta aprūpes vajadzībām un plānoto izrakstīšanas laiku, saskaņo nepieciešamos resursus ar ģimenes ārstu un/vai mājas aprūpes pakalpojumu nodrošinātāju;
 - 2.6.2. ģimenes ārsts nodrošina aprūpi mājās, brīvdienu un svētku dienu laikā šo palīdzību nodrošina dežūrējošais ģimenes ārsts, ja nav noteikts citādi;

- 2.6.3. pirms pacienta izrakstīšanas ārstniecības iestādē tiek veikta pacienta/tuvinieku apmācība par specifisko aprūpi, kas pacientam veicama mājas apstākļos, kā arī tiek noskaidrotas pacienta iespējas saņemt atbalstu specifiskajai aprūpei mājas apstākļos;
- 2.6.4. ja ambulatorajā aprūpē nav iespējams nodrošināt aprūpes nepārtrauktību brīvdienās un svētku dienās, ieteicams pacienta izrakstīšanu plānot tādās dienās un laikos, kas saskaņoti ar pacienta primārās aprūpes vai mājas aprūpes speciālistiem.

3. Augsta riska pacientu identificēšana un riska pārvaldīšana primārajā veselības aprūpē un ambulatorajā praksē⁸

- 3.1. Lai vadītu praksē reģistrēto pacientu riskus, primārās/ambulatorās aprūpes speciālistiem ieteicama piecu soļu pieeja.
- 3.2. Pirmais solis: identificēt augsta riska pacientus vai pacientus ar lielu šāda riska attīstības varbūtību. Ir vairāki faktori, kas var palīdzēt novērtēt, kuri ir pacienti ar augstu risku:
 - 3.2.1. pacientam ir vairākas slimības/patoloģijas vienlaicīgi (*comorbidities*);
 - 3.2.2. priekšlaicīgi dzimušie bērni ģimenes ārsta praksē, kuriem nepieciešama īpaša uzraudzības programma pirmajā dzīves gada laikā;
 - 3.2.3. pacienti, kuriem ir ierobežota spēja veikt ikdienas aktivitātes un izpildīt ārsta norādījumus;
 - 3.2.4. pacienti, kuri iepriekšējā gada laikā tikuši hospitalizēti;
 - 3.2.5. pacienti, kuri pēdējo sešu mēnešu laikā atkārtoti vērsušies uzņemšanas un neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļā;
 - 3.2.6. pacienti, kuriem ir psihiski un uzvedības traucējumi;
 - 3.2.7. pacienti, kuriem ir slikts sociālais atbalsts vai finansiāli veselības aprūpes pieejamības ierobežojumi;
 - 3.2.8. nepietiekoši līdzestīgi pacienti sava veselības stāvokļa uzlabošanā un ārsta norādījumu izpildē.
- 3.3. Otrais solis: koncentrēties uz veselības aprūpes pieejamības ierobežojumu mazināšanu. Pieejamības veicināšana veselības aprūpei ir galvenais princips, lai vadītu augsta riska pacientu slimības gaitu un ārstēšanu tā, lai pacientam nebūtu pēc palīdzības jāvēršas slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās. To var panākt:

⁸ Robert Grossman (2016) An Approach to Care Management for High-Risk Patients. Available: <http://www.physicianspractice.com/blog/approach-care-management-high-risk-patients>

- 3.3.1. nodrošinot pieņemšanas laikus, lai proaktīvi risinātu problēmas, saistītas ar pacientu hroniskajām slimībām/veselības stāvokļiem;
 - 3.3.2. nodrošinot pietiekamus pieņemšanas laikus tajā pašā dienā, lai risinātu jautājumus, kas saistīti ar pacienta slimības paasinājuma izraisītu akūtu stāvokli;
 - 3.3.3. nodrošinot vizītes vakara stundās, brīvdienās un svētku dienās;
 - 3.3.4. izglītojot pacientus un aprūpes sniedzējus/ģimenes locekļus par slimības specifiskajiem simptomiem un brīdinājuma signāliem, kuru gadījumā jāmeklē ārsta palīdzība;
 - 3.3.5. vienkāršojot medikamentu lietošanas režīmu un regulāri veicot medikamentu saskaņošanu – pārskatot lietotās zāles saskaņā ar konsultantu ieteikumiem un izvērtējot atkarībā no pacienta stāvokļa;
 - 3.3.6. nosūtot pacientu pie konsultanta-speciālista, kurš var sniegt konsultāciju maksimāli īsā laikā, un ar savu atzinumu nodrošina atgriezenisko saiti;
 - 3.3.7. konsultējoties ar citiem primārās aprūpes ārstiem u.c. kolēģiem par pacientiem ar sarežģītu veselības stāvokli.
- 3.4. Trešais solis: iesaistīt pacientu rīcības plānā, lai uzlabotu viņa stāvokli. Lai palīdzētu izvairīties no nevajadzīgām hospitalizācijas epizodēm, slimnīcu uzņemšanas nodaļu apmeklējuma un citām veselības komplikācijām nākotnē, ir ļoti svarīgi izglītot gan pacientus, gan aprūpētājus/ģimenes locekļus, lai viņi varētu identificēt neatliekamu situāciju pazīmes vai veselības stāvokļa pasliktināšanos. Zinoši pacienti var uzņemties atbildību par savu labsajūtu un veselības stāvokli. Vizītes laikā ir ieteicams apspriest šos jautājumus gan ar pacientiem, gan viņu aprūpētājiem, piedāvājot viņiem apmācību un izglītojošus materiālus, kuros uzsvērta informācija par to:
- 3.4.1. kā pieteikt vizīti tajā pašā dienā;
 - 3.4.2. kur vērsties pēc palīdzības ārpus darba laika;
 - 3.4.3. kā atpazīt sirdslēkmes, insulta un citu nopietnu saslimšanu simptomus, ar kurām pacientam ir risks saslimt;
 - 3.4.4. kad vērsties pēc palīdzības un kur;
 - 3.4.5. kurai slimnīcai tiek dota priekšroka, ja nepieciešams veikt plānveida manipulācijas;
 - 3.4.6. kādās situācijās izsaukt neatliekamo medicīnisko palīdzību.
- 3.5. Ceturtais solis: sazināties ar citiem medicīnas un sociālās palīdzības dienestiem, jāveido aprūpes plāns, sadarbībā ar pacienta tuviniekiem vai aprūpētājiem, kurā iekļauj visas iesaistīto pušu darbības, piemēram ja pacienti atrodas uzskaitē pie kāda speciālista citā ārstniecības iestādē. Plāns ietver šādus rīcības soļus:

- 3.5.1. pārliecināties, ka pacienti ar sarežģītiem medicīniskiem stāvokļiem periodiski konsultējas ar speciālistiem;
 - 3.5.2. vajadzības gadījumā nozīmēt mājas aprūpes pakalpojumus;
 - 3.5.3. sazināties ar vietējo sociālo dienestu;
 - 3.5.4. apspriest paliatīvās aprūpes iespējas un citas iespējas pacientiem ar ierobežotu paredzamo dzīves ilgumu.
- 3.6. Piektais solis: sniegt atbilstošu pēc-slimnīcas etapa aprūpi. Atkārtotas hospitalizācijas epizodes pacientiem ir nepatīkamas, dārgas un var paaugstināt blakus slimību attīstīšanās risku. No daudzām atkārtotām hospitalizācijas epizodēm var izvairīties, ja:
- 3.6.1. periodiski tiek apkopota informācija, lai pārliecinātos, kuri no pacientiem atrodas slimnīcā vai citā veselības aprūpes iestādē;
 - 3.6.2. primārās aprūpes ārsts laikus saņems izrakstu ar slimnīcā rekomendēto aprūpes plānu;
 - 3.6.3. tiks ieplānota vizīte pie primārā veselības aprūpes speciālista 72 stundu laikā pēc pacienta izrakstīšanas no slimnīcas;
 - 3.6.4. tiks saskaņota jau iepriekš lietoto un speciālista ieteikto medikamentu lietošana;
 - 3.6.5. pacients tiks izglītoti par profilaktiskajiem pasākumiem nākotnē;
 - 3.6.6. pēc-slimnīcas aprūpes procesā tiks iesaistīts aprūpes personāls un ģimenes locekļi.