

LABĀS PRAKSES PIEMĒRA IESNIEGŠANAS ANKETA

IEVADS
Iestādes nosaukums:
Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību “NACIONĀLAIS REHABILITĀCIJAS CENTRS “VAIVARI””
Ieviestā Labās prakses piemēra nosaukums:
STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS PACIENTU KLASIFIKĀCIJAS SISTĒMA
Ar kādu mērķi tika radīta šī prakse (darbība, rīcība, metode)?
<i>Lūdzam aprakstīt mērķus, kas tika izvirzīti pirms prakses ieviešanas un kādas problēmas mudināja uz pārmaiņām?</i>
Specializētas stacionārās rehabilitācijas laikā pacientam tiek nodrošināta aprūpe 24 stundas diennaktī un intensīva multiprofesionāla rehabilitācijas programma. Galvenais šādas rehabilitācijas uzdevums ir maksimāli uzlabot cilvēka neatkarību, mazinot invaliditātes pakāpi. Tomēr, nav stingru atlases kritēriju rehabilitācijai un šo pakalpojumu saņem pacienti ar dažādām funkcionālajām spējām, kas attiecīgi nosaka arī aprūpes personāla darba intensitāti. Aprūpes mērķis rehabilitācijā ir palīdzēt pacientam sasniegt un saglabāt maksimālu neatkarību un drošību veicot pašaprūpes aktivitātes. No tā izriet viena no svarīgākajām pacientu aprūpes problēmām rehabilitācijā – pašaprūpes deficīts. Tāpēc laika gaitā radās nepieciešamība izveidot instrumentu pacientu pašaprūpes novērtēšanai, kas noteiktu pacientu aprūpes līmeni, tādejādi tos kategorizējot vai klasificējot. Stacionārās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēma (turpmāk - PKS) ir sistēma, kas nosaka pacientu vajadzību un aprūpes līmeni, kas nepieciešams, lai apmierinātu šīs vajadzības. Tā ir paredzēta, lai noteiktu pacienta funkcionālās spējas un nepieciešamo asistēšanas līmeni stacionārās rehabilitācijas laikā, palīdzētu plānot personālrесursus un materiāli tehnisko nodrošinājumu. PKS 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). Svarīgi, ka FIM pacientiem nosaka darbību veikšanu, ņemot vērā viņu vajadzības pēc palīdzības no citas personas pilnīgi visām rehabilitācijas pacientu grupām.
Uz kuru pacientu grupu attiecas problēma un kā tā ietekmēja šo riska grupu?
<i>Miniet, piemēram, vai tie ir visi pacienti vai noteikta pacientu kategorija, piemēram, grūtnieces, diabēta pacienti, stacionārie pacienti utt., un kā problēma ietekmēja riska grupu.</i>
Stacionārās rehabilitācijas pacienti
Atsauces. Kāds ir prakses pamatojums?
<i>Lūdzam uzskaitīt izmantoto literatūru, informācijas avotus, kurus izmantojāt prakses izstrādē. Pieredzes pārņemšana no citām iestādēm, kur tāda prakse jau izmantota, arī ir izmantojama kā atsauce.</i>
1. Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas, Veselības ekonomikas centrs, 2010. 2. Veselība ministrija, Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu", 2017. 3. Braddoms physical medicine&rehabilitation/ edited by David X Cifu; associate editors, Darry L.Kaelin. Karen J Kowalske, Henry L.Lew, Michelle A.Miller, Kristjan T.Ragnarson, Gregory Worsowicz-Fifth edition. Philadelphia: Elsevier, 2016. 4. Development of a Patient Acuity Model for an Inpatient Rehabilitation Unit, Incesti S., Bender S., Delunas LR, Rehabil Nurs. 2015 May-Jun;40(3):133-8. doi: 10.1002/rnj.179. Epub 2014 Sep 15. 5. Shirley P. Hoeman, Rehabilitation nursing, process and application, Mosby, 1996.

Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari”. Labās prakses piemērs. Stacionārās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēma.

2019.gada janvāris

6. The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument (IRF – PAI) training manual: effective 10/01/2014, USA: Centers for medicare and medicaid services, 2014.

PRAKSES APRAKSTS

Ieviestās prakses apraksts:

Lūdzam aprakstīt praksi pietiekami detalizēti, lai citas iestādes varētu gūt pietiekamu priekšstatu par šo praksi, lai to pārņemtu. Vēlams iekopēt procedūras aprakstu, attēlus, grafikus, bet ja tas nav iespējams, pievienot tos atsevišķi.

Sk. zemāk

Papildu dati par praksi:

Lūdzam aprakstīt:

- *Kurš izstrādāja vai kas bija iesaistīti prakses izstrādāšanā, ierosināja izmaiņas?*
- *Cik ilgu periodu tiek izmantota pielietotā prakse?*
- *Kāda profila vai kurās nodaļās tā pašlaik tiek pielietota?*
- *Vai pēc prakses ieviešanas tika pamanītas kādas nepilnības (šķēršļi), kurām sekoja izmaiņas procedūrā?*

Stacionārās rehabilitācijas PKS autori NRC “Vaivari” galvenā māsa Ilva Aršauska un vecākā māsa Iveta Kokle – Narbuta, sadarbībā ar LU P.Stradiņa medicīnas koledžas studentiem. PKS tiek pielietota no 2014.gada 1.augusta. Sākotnēji trīs nodaļās – neirorehabilitācijas, spinālo pacientu un vispārējās rehabilitācijas nodaļās. Kopš 2018.gada 1.oktobra centrā tiek klasificēti pacienti no 14 gadu vecuma. Pacientiem līdz 14 gadu vecuma šī klasifikācijas sistēma nav atbilstoša.

Kādi papildu resursi bija nepieciešami?

Lūdzam aprakstīt nepieciešamos rīkus prakses ieviešanai, piemēram, vai iestādē tika iegādāts jauns aprīkojums, veiktas speciālas apmācības darbiniekiem, izstrādātas iekšējās vadlīnijas, kas ir pieejamas visiem utt.

Ir izveidots stacionārās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēmas pielietošanas algoritms, ar kura palīdzību tiek vērtēti pacienti.

REZULTĀTI

Vai tika sasniegti pirms prakses ieviešanas izvirzītie mērķi?

Lūdzam atbildēt par katru mērķi (ja bija vairāki), norādot, vai izvirzītais mērķis tika sasniegts, daļēji sasniegts vai netika sasniegts.

Šobrīd varam secināt, ka PKS palīdz noteikt pacienta funkcionālās spējas un nepieciešamo asistēšanas līmeni stacionārās rehabilitācijas laikā, palīdz plānot personālrесursus un materiāli tehnisko nodrošinājumu.

Kas prakses ieviešanas laikā izdevās īpaši labi? Kas to veicināja?

Lūdzam uzskaitīt tos prakses elementus, kas bija viegli ieviešami, ar ko iestāde īpaši lepojas vai kas sniedza negaidīti labus rezultātus; norādiet faktorus, kas to veicināja.

Kas radīja grūtības vai neizdevās procedūras ieviešanas laikā? Kāpēc? <i>Lūdzam uzskaitīt tos prakses elementus, kas radīja pretestību no darbiniekiem vai nedeva gaidītos rezultātus; norādiet faktorus, kas kavēja prakses ieviešanu.</i>
Šobrīd dokuments ir tikai papīra formātā. Gaidam darba rezultātu no IT speciālistiem, lai novērtēšanas datus varam apstrādāt pētījumiem.
Ieteikumi tiem, kas gribētu ieviest Jūsu Labās prakses piemēru savā ārstniecības iestādē. <i>Lūdzam sniegt ieteikumus, kas radušies prakses ieviešanas procesā un norādīt prakses elementus, kurus Jūs mainītu, ja vajadzētu praksi ieviest atkārtoti.</i>
Brīva vieta Jūsu komentāram, papildu informācijai.

STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS PACIENTU KLASIFIKĀCIJAS SISTĒMA

Pielietošanas algoritms

Ilva Aršauska, FRMM, Mg.SD

Iveta Kokle-Narbuta, FRMM, Mg. Sal., Mg.Paed.

Aprūpes mērķis rehabilitācijā ir palīdzēt pacientam sasniegt un saglabāt maksimālu neatkarību un drošību veicot pašaprūpes aktivitātes. No tā izriet viena no svarīgākajām pacientu aprūpes problēmām rehabilitācijā – pašaprūpes deficīts. Tāpēc laika gaitā radās nepieciešamība izveidot instrumentu pacientu pašaprūpes novērtēšanai, kas noteiktu pacientu aprūpes līmeni, tādejādi tos kategorizējot vai klasificējot.

Stacionārās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēma (turpmāk - PKS) ir sistēma, kas nosaka pacientu vajadzību un aprūpes līmeni, kas nepieciešams, lai apmierinātu šīs vajadzības. Tā ir paredzēta, lai noteiktu pacienta funkcionālās spējas un nepieciešamo asistēšanas līmeni stacionārās rehabilitācijas laikā, palīdzētu plānot personālrесursus un materiāli tehnisko nodrošinājumu.

PKS 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). Svarīgi, ka FIM pacientiem nosaka darbību veikšanu, ņemot vērā viņu vajadzības pēc palīdzības no citas personas pilnīgi visām rehabilitācijas pacientu grupām.

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 un sociālās integrācijas prasmes. Uzturs un drošība tika pievienoti kā ar FIM saistītie elementi.

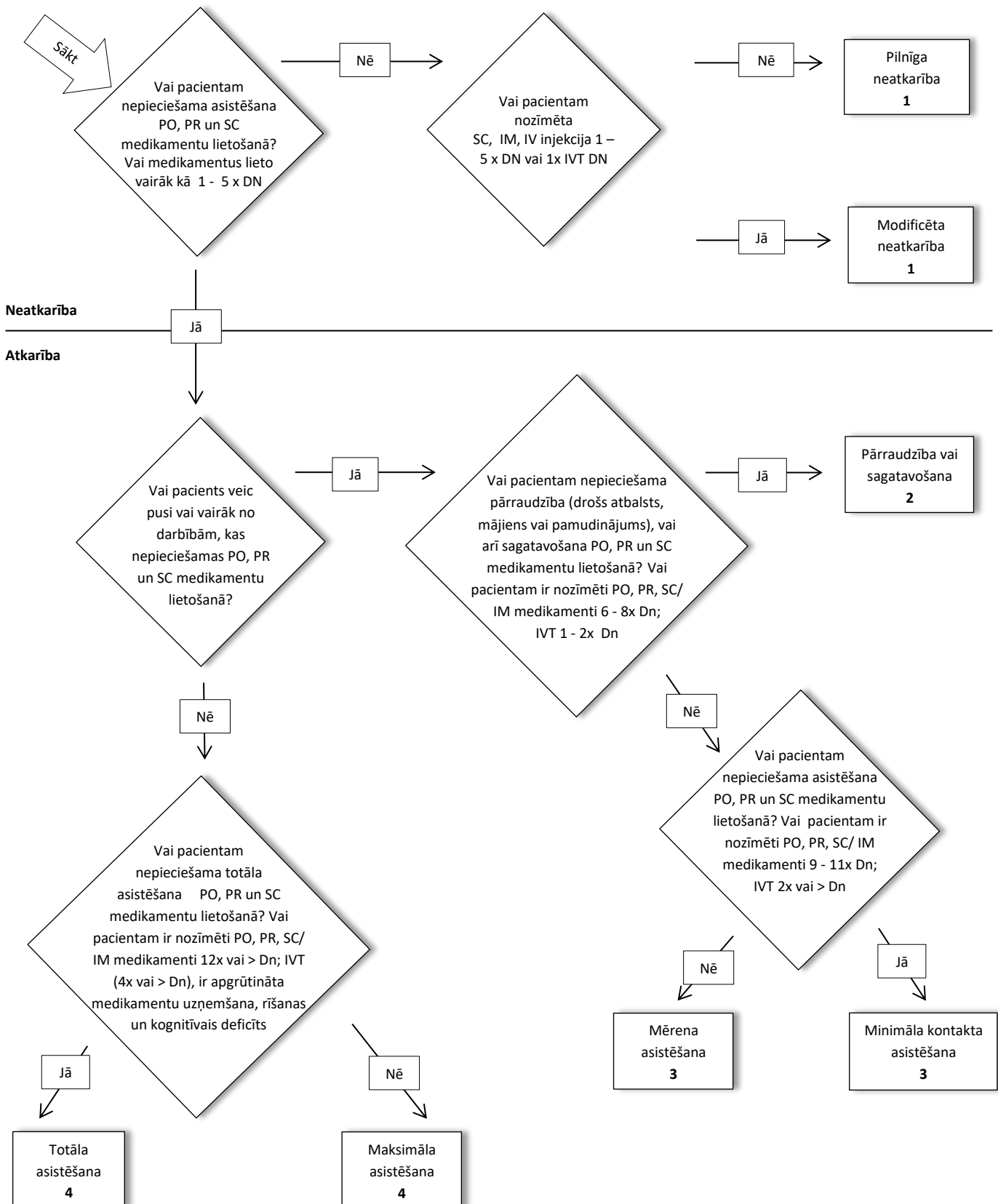
Ne ar FIM saistīti elementi ir medikamenti, ādas aprūpe un ģimene / izglītošana. Šie punkti ir nepieciešami izvērtēt, jo stacionārās rehabilitācijas pacientu aprūpē aizņem lielu daļu laika.

MEDIKAMENTI

Ietver dažādu nozīmēto zāļu formu lietošanas aspektus – apjomu, veidu un asistēšanas līmeni. Darbības veikšana ir droša.

Pilnīga neatkarība – pacients medikamentus perorāli (turpmāk - PO), rektāli (turpmāk - PR) un subkutāni (turpmāk - SC) lieto pats, atbilstoši nozīmētai terapijai. Darbība tiek veikta droši.

Modificēta neatkarība – pacients medikamentus perorāli (turpmāk - PO), rektāli (turpmāk - PR) un subkutāni (turpmāk - SC) lieto pats, atbilstoši nozīmētai terapijai. Darbība tiek veikta droši. Medicīnas māsa veic intramuskulārās (turpmāk - IM), intravenozās (turpmāk - IV) injekcijas un intravenozo terapiju (turpmāk – IVT) (*intravenozā terapija – apjoms pārsniedz 100 ml*)



ĀDAS APRŪPE

Ietver pacienta interesi un rūpes par ādas veselību, 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.

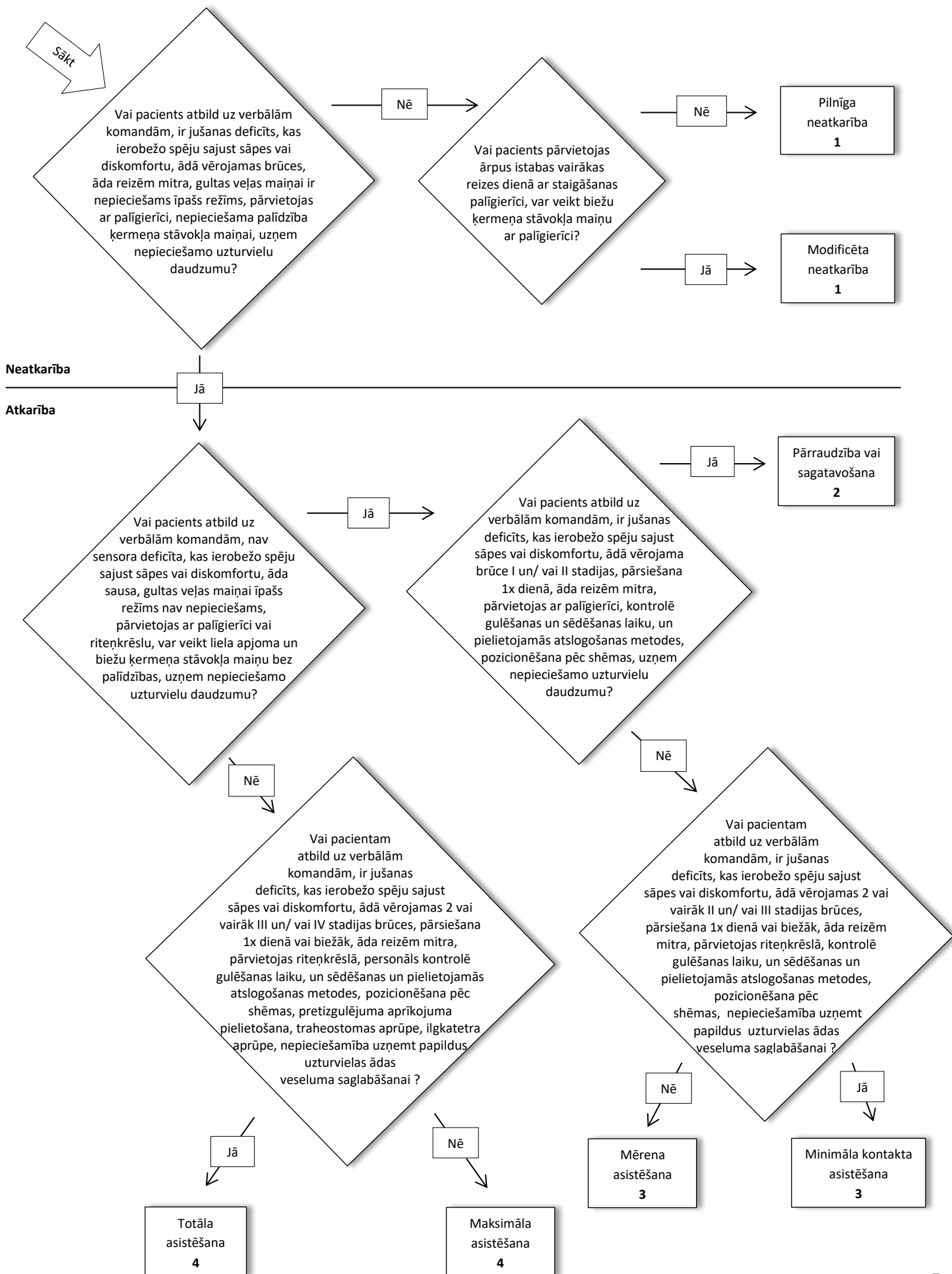
Lai savlaicīgi noteiktu ādas bojājumu rašanās riskus, lēmuma pieņemšanu un veicamās darbības, ir izstrādāts ādas bojājuma paredzēšanas un novērtēšanas algoritms.



Ādas bojājuma risku izvērtē katram pacientam 6 stundu laikā pēc uzņemšanas stacionārā ārstniecības iestādē, izmantojot Braden skalu (pielikums Nr.1). Mainoties pacienta vispārējam stāvoklim (paaugstināta ķermeņa temperatūra, infekcija, u.c.), riska novērtējums jāatkārto vienu reizi diennaktī.

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.



ĢIMENE/ IZGLĪTOŠANA

Izglītības vajadzību novērtējumā ietver pacienta vajadzības, ģimenes un pacienta gatavību mācīties un mācīšanās stilu.

Izglītības vajadzību noteikšana ir daļa no pacienta novērtēšanas procesa, tās var noteikt tieši pajautājot pacientam un arī novērtējot personas fizisko un emocionālo stāvokli.

Izglītības vajadzības var ietvert četras iespējamās problēmu kategorijas:

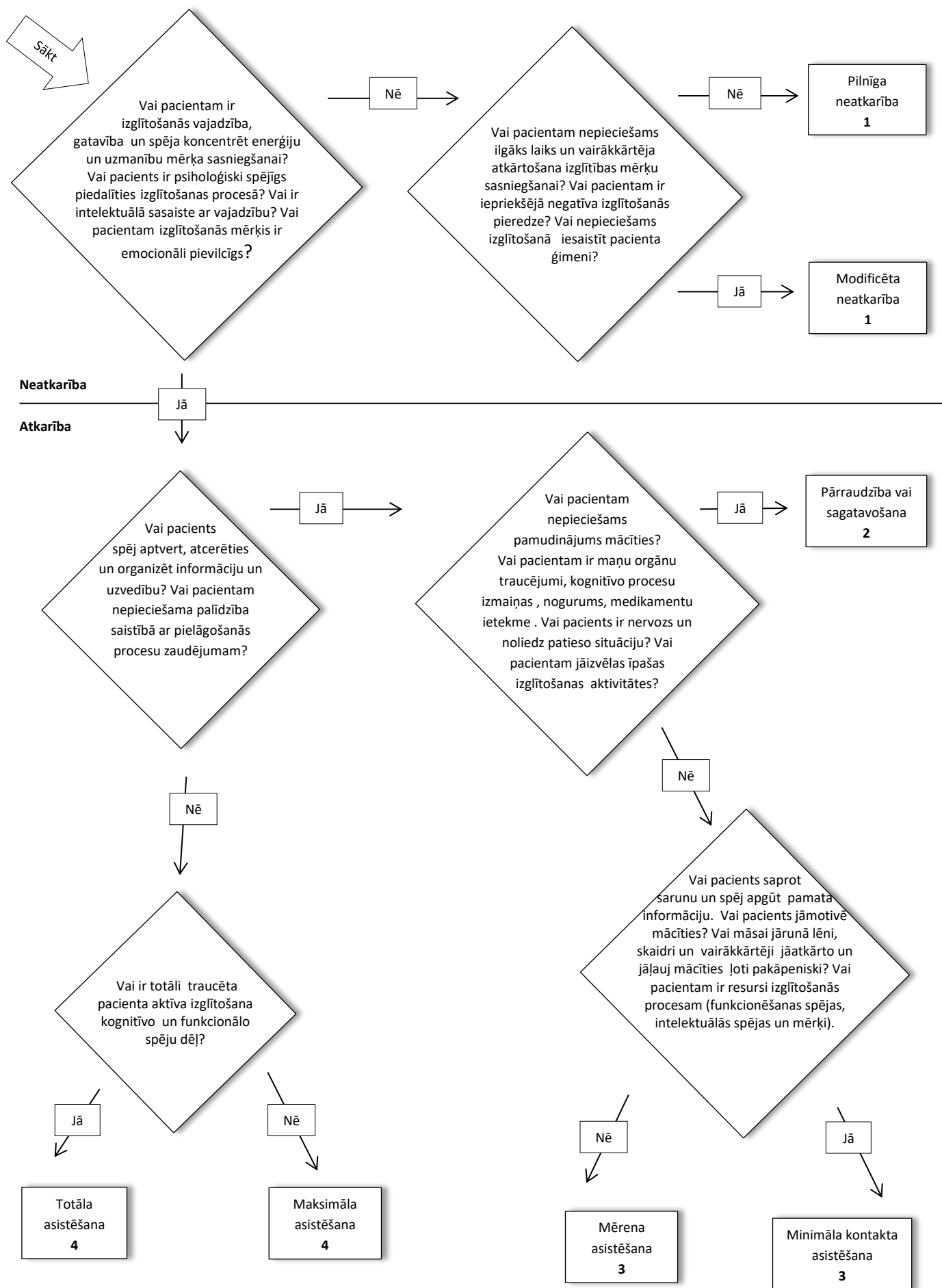
1. Pacienta fiziskās spējas;
2. Pacienta sociālās vajadzības
3. Pacienta psiholoģiskās vajadzības
4. Arodproblēmas jeb ar darbu saistīto prasmju zudums.

Izglītības mērķi ir atkarīgi no pacienta vajadzībām, saturs no mērķiem, vajadzīgie resursi izriet no satura, savukārt izglītošanās plāna izvērtēšana atkarīga no vajadzībām, mērķa un satura. Izglītošanai jābūt no visvienkāršākās informācijas daļas uz sarežģītāko. Izglītošanas plāna izstrādē ņem vērā izglītības vajadzību prioritāti: akūtās izglītības vajadzības- preventīvās izglītības vajadzības – uzturošās izglītības vajadzības.

Vai pacientam ir atbilstošas kognitīvās un intelektuālās spējas, orientācijas spējas un uzmanības ilgums, koncentrēšanās spējas, uztvere un atmiņa. Vai pacients spēj koncentrēt enerģiju un uzmanību izglītošanās mērķu sasniegšanai. Vai pacients spēj saprast sakarību starp izglītošanos un viņa turpmāko labklājību un dzīves kvalitāti?

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

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



MAZGĀŠANĀS/ ĢĒRBŠANĀS/ ZARNAS/ URĪNPŪSLIS

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

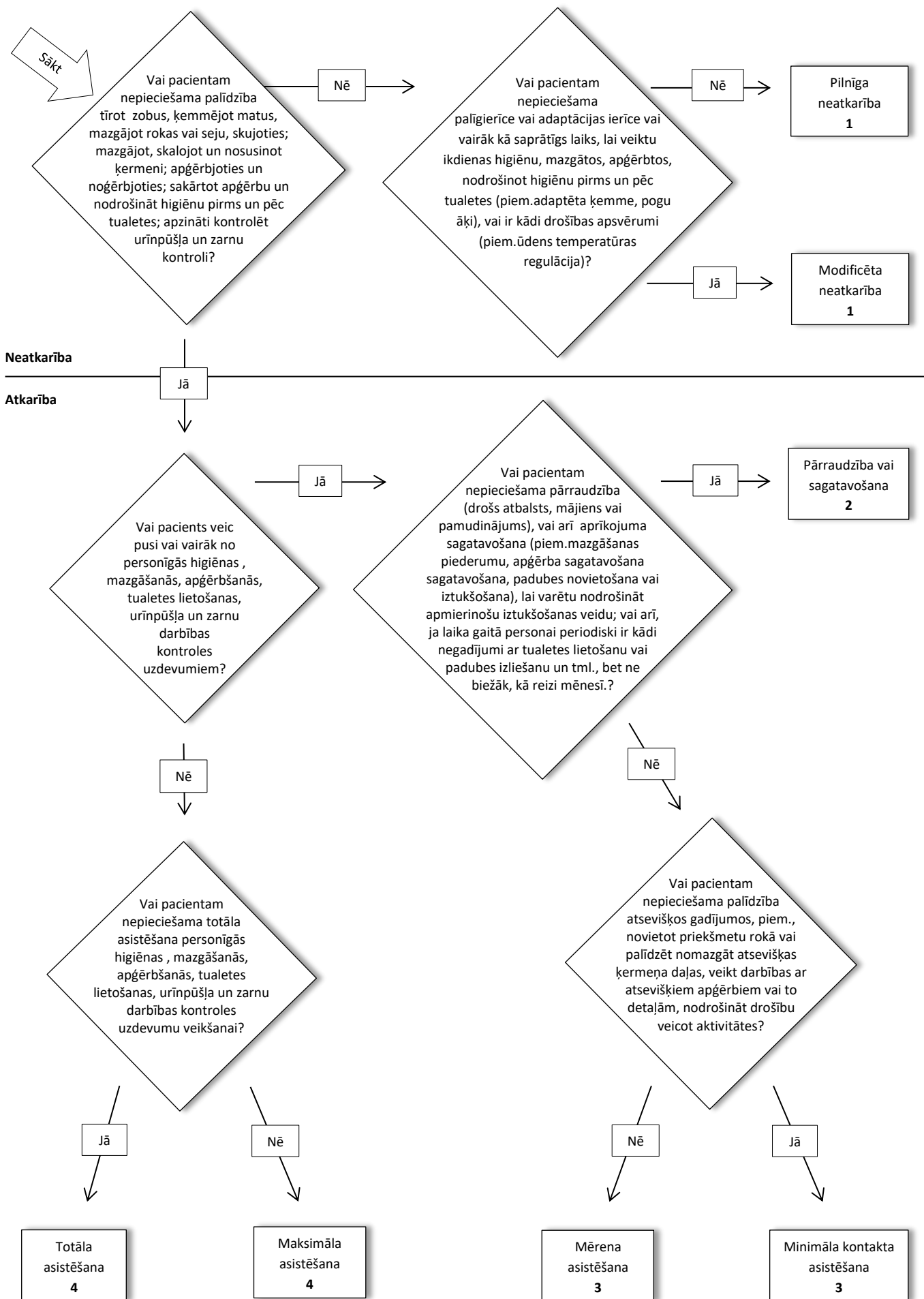
Pilnīga neatkarība – pacients tīra zobus vai smaganas, ķemmējas vai sukājas, mazgā rokas un seju, skujas vai „krāsojas”, ietverot visus sagatavošanas darbus, mazgā (noberž, noskalo, nosusina) ķermeni, apģērbjas un noģērbjas, lietojot savas iecienītās drēbes, lieto apakškreklus un krūšturus, pār galvu velkamus vai priekšā atveramus apģērbus, apakšbikses, korsetes, svārkus, jostas, zeķes, kurpes, lieto rāvējslēdzējus, pogas vai spiedpogas, pieliek vai noņem protēzes un ortozes; notīra sevi pēc zarnu vai urīnpūšļa iztukšošanas, pieliek higiēniskās paketes, ievieto tamponus (ja nepieciešams), sakārto drēbes pirms un pēc tualetes vai „šībera” 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. Nepieciešams padube, katetrs, absorbents, „pampers”, 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 palīgīdzekļus, 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.

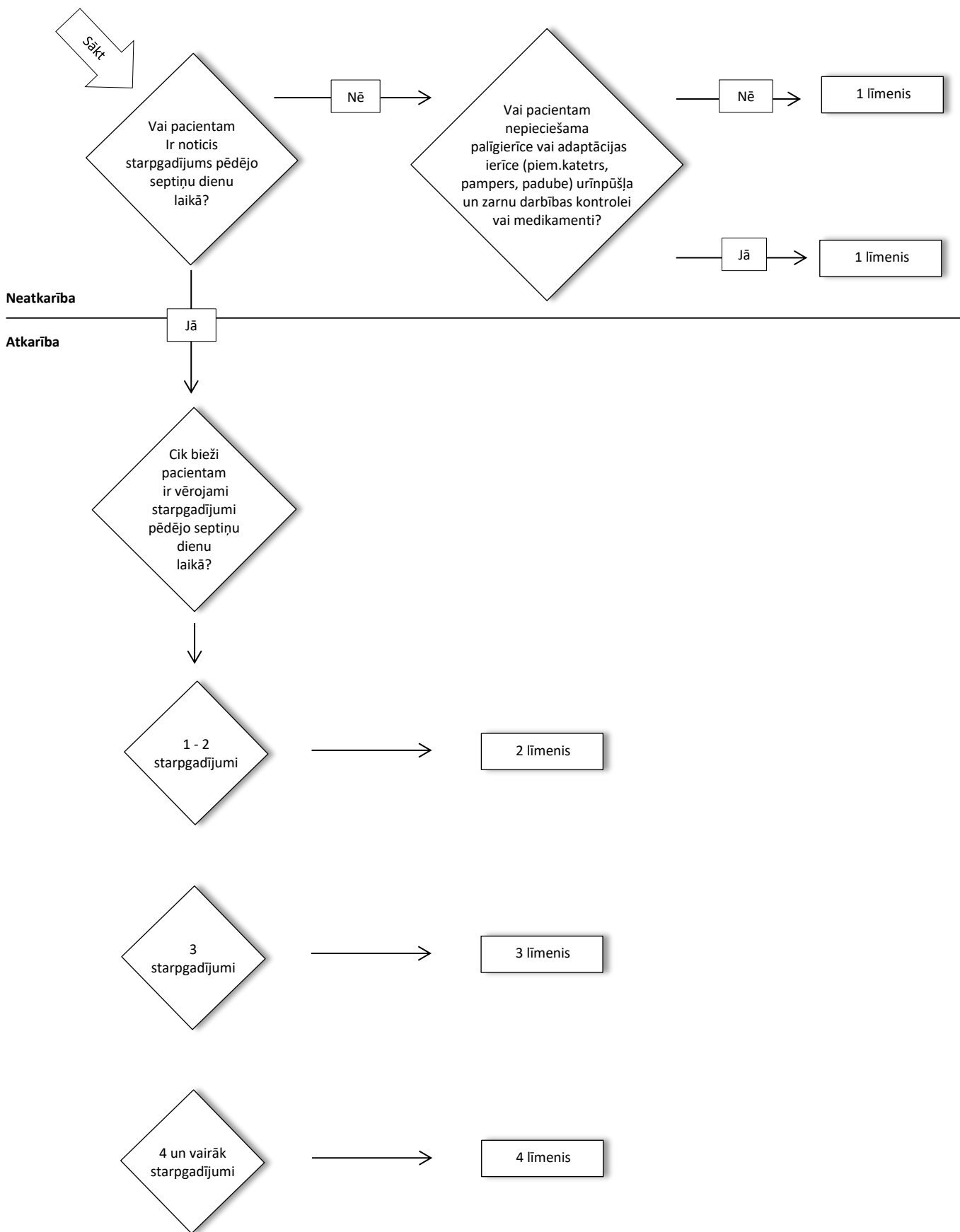
PIEZĪMES. Ja pacientam vajadzīga palīdzība rīkoties ar higiēniskajām paketēm (parasti 3 – 5 dienas mēnesī), asistēšanas līmenis ir 2 (pārraudzība vai sagatavošana). Urīnpūšļa un zarnu trakta darbības vadīšanas funkcionālais mērķis ir – atvērt urīna vai anālo sfinkteri tikai tad, kad tas ir nepieciešams, un turēt to slēgtu pārējā laikā. Tam var būt nepieciešamas ierīces, zāles vai citas personas palīdzība. Šim punktam ir divi varianti:

1. urīnpūšļa kontroles sekmju līmenis;
2. nepieciešamās palīdzības līmenis.

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



Urīnpūšļa un zarnu darbības kontrole – starpgadījumu biežuma novērtēšana



MOBILITĀTE/ PĀRVIETOŠANĀS/DROŠĪBA

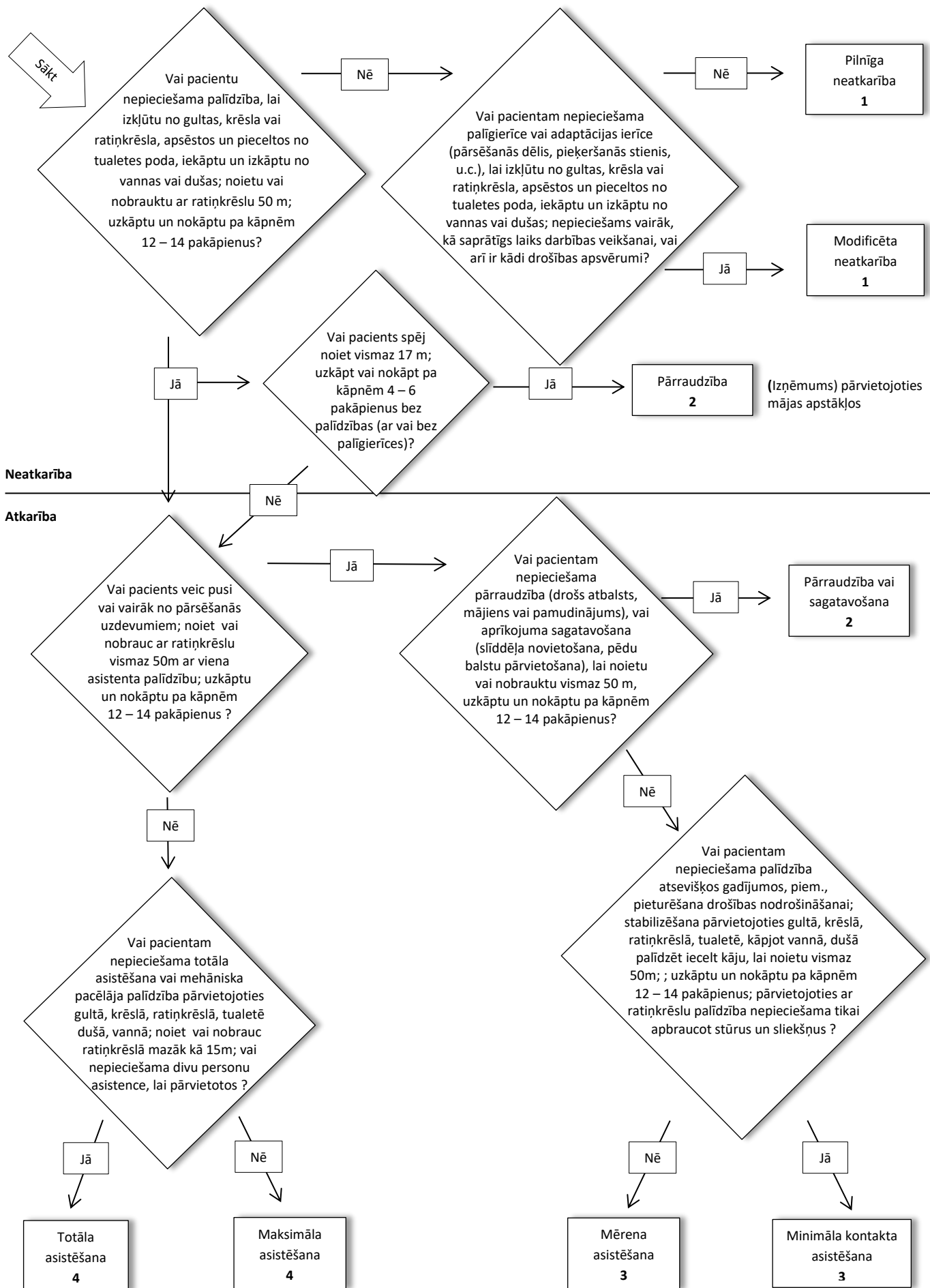
Ietver visus pārsēšanās aspektus „uz un no” gultas, krēsla, riteņkrēsla vai piecelšanās stāvus, ja staigāšana ir tipiskais pārvietošanās veids, iešanu „uz un no” tualetes, „iekšā un ārā” no vannas vai dušas, staigāšanu stāvus, vai sēdus riteņkrēslā (novērtē biežāk lietoto) uz līdzēnas virsmas, kāpšana augšā un lejā pa kāpnēm 12 – 14 pakāpienus (vienu stāvu) ēkas iekšējās. Darbības tiek veiktas droši. **Pilnīga neatkarība** – ja pacients staigā, viņš pieiet, apsēžas un pieceļas no parasta krēsla; pārsēžas no gultas uz krēslu; pieiet, apsēžas un pieceļas no standarta tualetes poda; pieiet, iekāpj un izkāpj no vannas vai dušas.

Ja pacients pārvietojas riteņkrēslā, 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 slīdēšanas dēļa) 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 slīdēšanas dēļa) 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 slīdēšanas dēļa) un atgriežas atpakaļ; spēj noiet vismaz 50 metrus bez palīgierīces (nelietojot riteņkrēslu); 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 slīdēšanas dēlis, lifts, pieķeršanās stienis, vai arī speciāls krēsla sēdekļis vai krukļi; 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 priekš pārsēšanās. Pacients noiet vismaz 50 metrus, bet lieto ortozi vai kājas protēzi, speciāli pielāgotus apavus, spieķi, krukus 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 riteņkrēslu 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., riteņkrēsls, protēze, „staigulis”, spieķis, ortoze, adaptētie apavi utt., šī punkta vērtējums nevar būt 1. Pārvietošanās veidam, kuru vērtē, iestājoties un izrakstoties jābūt tam pašam. Ja rehabilitācijas laikā persona mainu savu pārvietošanās veidu (parasti no riteņkrēsla uz staigāšanu), atzīmējiet pārvietošanās veidu iestājoties un punktu vērtēšanu balstiet uz biežāk lietoto pārvietošanās veidu izrakstoties.

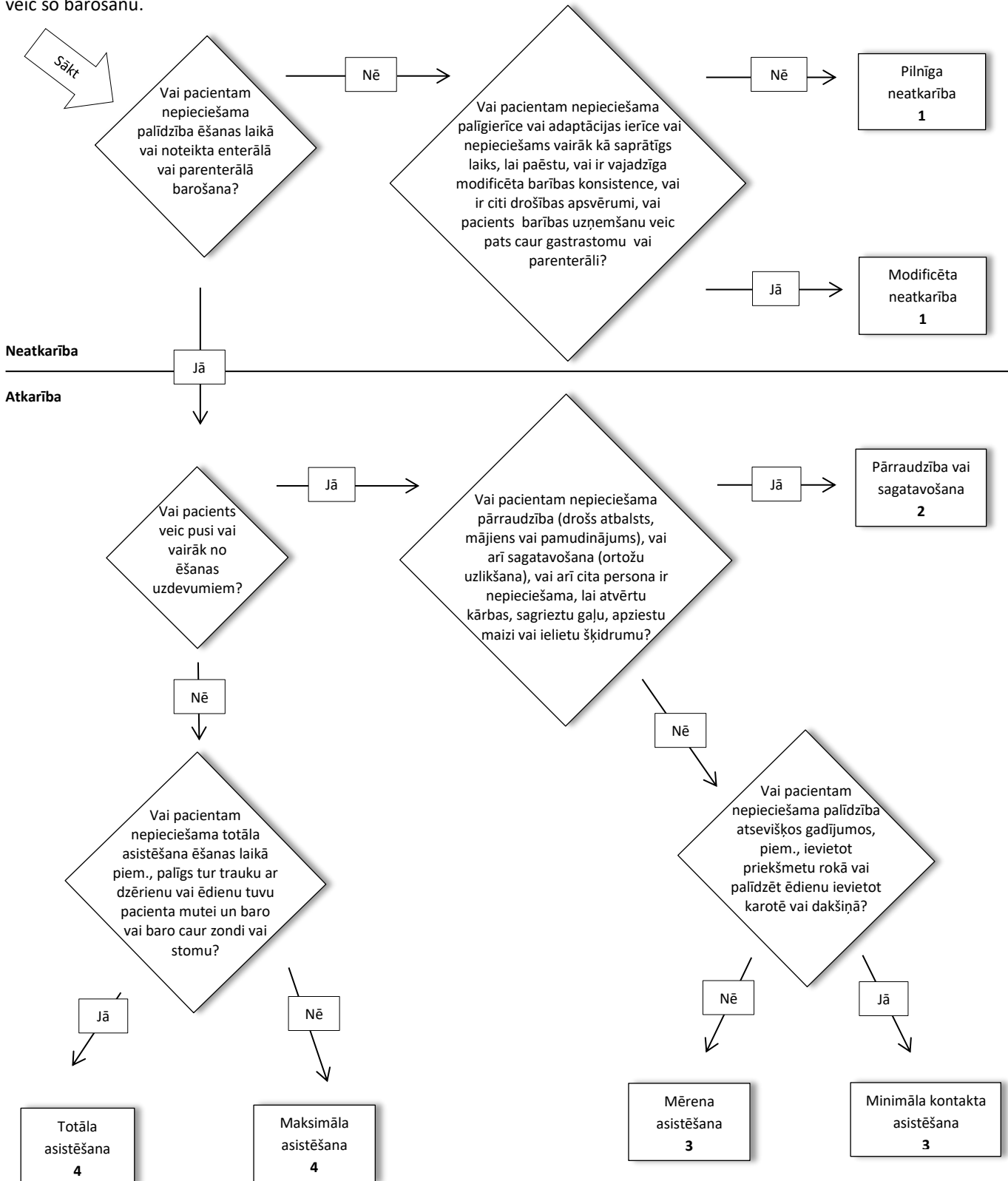


ĒŠANA/ UZTURS

Ietver atbilstošu galda piederumu lietošanu, lai nogādātu barību mutē, barības sakošļāšanu, norīšanu. Maltītei jābūt servētai parastā veidā uz galda vai paplātes. Darbības veikšana ir droša.

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

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



SAPRATNE/ KOMUNIKĀCIJA/ SOCIĀLĀ INTEGRĀCIJA

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

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

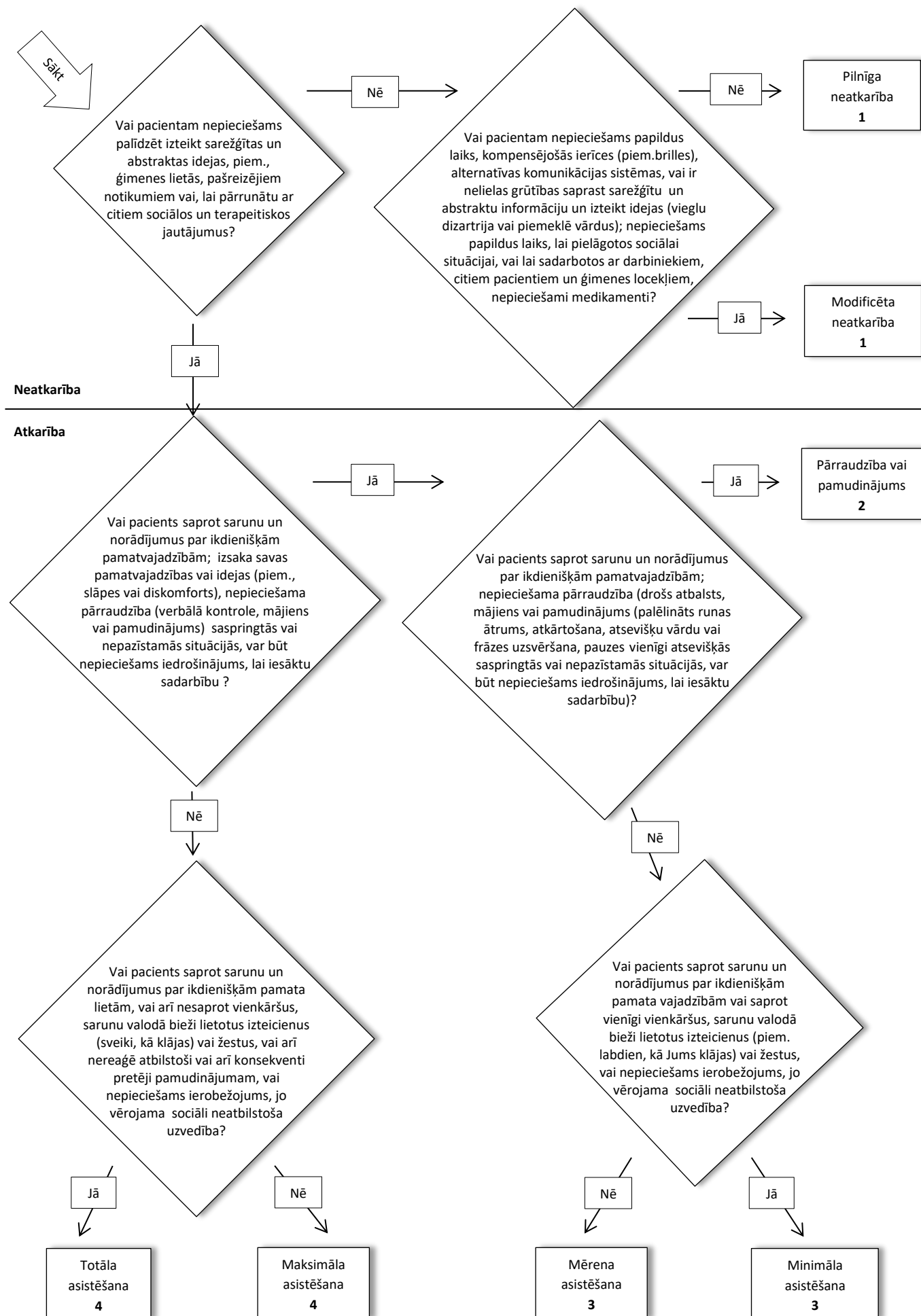
Pilnīga neatkarība – pacients saprot kompleksas vai abstraktas sarunas un norādījumus; saprot runātu un rakstītu valodu; izsaka kompleksas vai abstraktas idejas skaidri un tekoši, mijiedarbojas atbilstoši ar personālu, citiem pacientiem un ģimenes locekļiem (kontrolē garastāvokli, piekrīt kritikai, apzinās, 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 vai avīžu rakstos, 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. Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas, Veselības ekonomikas centrs, 2010.
2. Veselība ministrija, Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu", 2017.
3. Braddoms physical medicine&rehabilitation/ edited by David X Cifu; associate editors, Darry L.Kaelin. Karen J Kowalske, Henry L.Lew, Michelle A.Miller, Kristjan T.Ragnarson, Gregory Worsowicz-Fifth edition. Philadelphia: Elsevier, 2016.
4. Development of a Patient Acuity Model for an Inpatient Rehabilitation Unit, Incesti S., Bender S., Delunas LR, Rehabil Nurs. 2015 May-Jun;40(3):133-8. doi: 10.1002/rnj.179. Epub 2014 Sep 15.
5. Shirley P. Hoeman, Rehabilitation nursing, process and application, Mosby, 1996.
6. The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument (IRF – PAI) training manual: effective 10/01/2014, USA: Centers for medicare and medicaid services, 2014.

Bradena skala izgulējumu riska paredzēšanai

Pielikums Nr.1

Pacienta vārds, uzvārds _____

Stacionārās kartes Nr. _____

Datums								
Sensorā uztvere. Spēja atbildēt uz spiediena izraisītu diskomfortu.	1. Pilnīgi ierobežota: Neatbild (nevaids, 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. Pārvietošanas rītenkrēslā: 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 VAI Tiek uzturēts uz šķidrumiem vai intravenozi vairāk kā 5 dienas.	2. Neatbilstoša: Reti apēd visu maltīti, parasti apēd pusi no piedāvātās maltītes, reizēm piekrīt apēst diētisko papildinājumu, VAI saņem mazāk kā optimālo daudzumu šķidrās diētas vai parenterālā veidā.	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.				
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)								
Kopā:								
Medicīnas māsa:								

REHABILITĀCIJAS PACIENTU APRŪPES LĪMEŅA NOVĒRTĒJUMS						
Nodaļa, istaba						
Pacienta kartes Nr.						
Pacienta vārds, uzvārds						
		Datums				
		# 1	# 2	# 3	# 4	# 5
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						
MEDIKAMENTI						
PN/ MN: PO, PR, SC/ IM (1 - 5x Dn); IVT (1x Dn)	1					
S: PO, PR, SC/ IM (6 - 8x Dn); IVT (1 - 2x Dn);	2					
Min/ Mod: PO, PR, SC/ IM (9 - 11x Dn); IVT (2x vai > Dn)	3					
Max/ Total: PO, PO, SC/ IM (12x vai > Dn); IVT (4x vai > Dn), apgrūtināta medikamentu uzņemšana; rīšanas deficīts, kognitīvais deficīts	4					
STARPSUMMA						
ĀDAS APRŪPE						
PN/ MN: brūces nenovēro, āda sausa, pārvietojas bez/ar palīgierīci	1					
S: Brūce I un/ vai II stadija, pārsiešana 1x Dn, pozicionēšana pēc shēmas	2					
Min/ Mod: 2 vai vairāk II un/ vai III pakāpes brūces, pārsiešana pārsiešana 1x Dn, pozicionēšana pēc shēmas	3					
Max/ Total: 2 vai vairāk III un/ vai IV pakāpes brūces, pārsiešana 1x Dn vai biežāk atkarībā no nekrozes,u.c. ; pozicionēšana pēc shēmas, traheostomas aprūpe, ilgkatetrs, pretizgulējumu aprīkojums	4					
STARPSUMMA						
ĢIMENE/ IZGLĪTOŠANA						
PN/ MN: izpratne/ vēlmes par rehabilitāciju. Sāpju vadīšanas apmācība	1					
S: izglītošanas nepieciešamība: piem. diabēts, ilgtermiņa zondes barošana, PEG, kateterizācija, rīšanas traucējumi, drošības/ kritienu riski	2					

Min/ Mod: ģimenes izglītošana attiecībā uz profilaksi un aprūpi mājās, sociālās vajadzības/ emocionālais atbalsts	3					
Max/ Total: padziļināta izglītošana: piem. nesēns noteikts diabēts, zondes barošana, PEG, PO/IV medikamentu nozīmēšana, stoma, brūces, katetrs, gļotu atsūkšana, O ₂ ; emocionālais atbalsts	4					
STARPSUMMA						
MAZGĀŠANĀS/ ĢĒRBŠANĀS/ TUALETE/ ZARNAS/ URĪNPŪSLIS						
PN/ MN: saturēšana/ neatkarība/ palīgierīces/ bez starpgadījumiem; medikamenti kontrolei, bez asistēšanas/ pats spēj nomainīt velu, uzvilkt/ novilkt, un sakārtot apģērbu, apmazgāties	1					
S: stāv atbalstoties/ pārraudzība/ aprīkojuma sagatavošana: pīle/padube/ papīrs, personāls iztukšo aprīkojumu	2					
Min/ Mod: aprīkojuma sagatavošana/ asistēšana, tualetes aprūpes asistēšana	3					
Max/ Total: intermitējošā kateterizācija, katetra/stomas aprūpe, atkarība dēļ nesaturēšanas epizodēm/ vairākkārtēji negadījumi/ aprūpe pēc tualetes	4					
STARPSUMMA						
MOBILITĀTE/ PĀRVIETOŠANĀS/ DROŠĪBA						
PN/ MN: bez ierobežojumiem/ bez asistēšanas/ ilgstoši/ droši. Rokturi/balsti. Droši pagriežas	1					
S: nepieciešams verbāls uzmundrinājums. Ratiņkrēsls/ pārvietošanās palīgierīces, pleca atbalsta soma. Standarta kritienu piesardzība. Droši pagriežas.	2					
Min/ Mod: pieceļas ar 1 personas palīdzību/ patstāvīga asistēšana, apmulsums, drošības ierīces, adaptīvo piederumu pielikšana/ noņemšana. Droši pagriežas.	3					
Max/ Total: 2 personu sistēšana/ mehāniska celšana; pozicionēšana, 1:1 pārraudzība, "aizklīšanas" risks, anamnēzē kritieni, drošības/kritienu ierīču izmantošana.	4					
STARPSUMMA						

ĒŠANA/ UZTURS						
PN/ MN: ēd pats/ varbūt nepieciešams vairāk laika. Lieto palīgierīces.	1					
S: galda servēšana, ortožu uzlikšana, ēdiena sagriešana, uzraudzība, pamudinājums. Aizrīšanās risks.	2					
Min/ Mod: asistēšana ēdot; nepieciešama palīdzība lietojot palīgierīces.	3					
Max/ Total: augsts aizrīšanās risks; PB; 1:1 ēdināšana. Atkarība no personāla.	4					
STARPSUMMA						
SAPRATNE/ KOMUNIKĀCIJA/ SOCIĀLĀ INTEGRĀCIJA						
PN/ MN: deficītu nenovēro, saprot norādījumus, komandas/ piedalās sarunā.	1					
S: nepieciešams pamudinājums vai nedaudz vairāk laika, lai izteiktu vajadzību.	2					
Min/ Mod: nepieciešams pamudinājums vai vairāk laika, lai izteiktu vajadzību, impulsīva uzvedība.	3					
Max/ Total: vāja komunikācija - nepieciešams pamudinājums vai daudz vairāk laika, lai izteiktu vajadzību, impulsīva uzvedība	4					
STARPSUMMA						
KOPĒJAIS APRŪPES LĪMENIS						

Izmantotie saīsinājumi:

- PO - perorāli lietojami medikamenti
- SC - subkutāni lietojami medikamenti
- IM - intramuskulārās injekcijas
- IVT - intravenozā terapija
- Dn - diennakts
- PEG - perkutānā endoskopiskā gastrostomija
- PB - parenterālā barošana
- O2 - skābekļa terapija