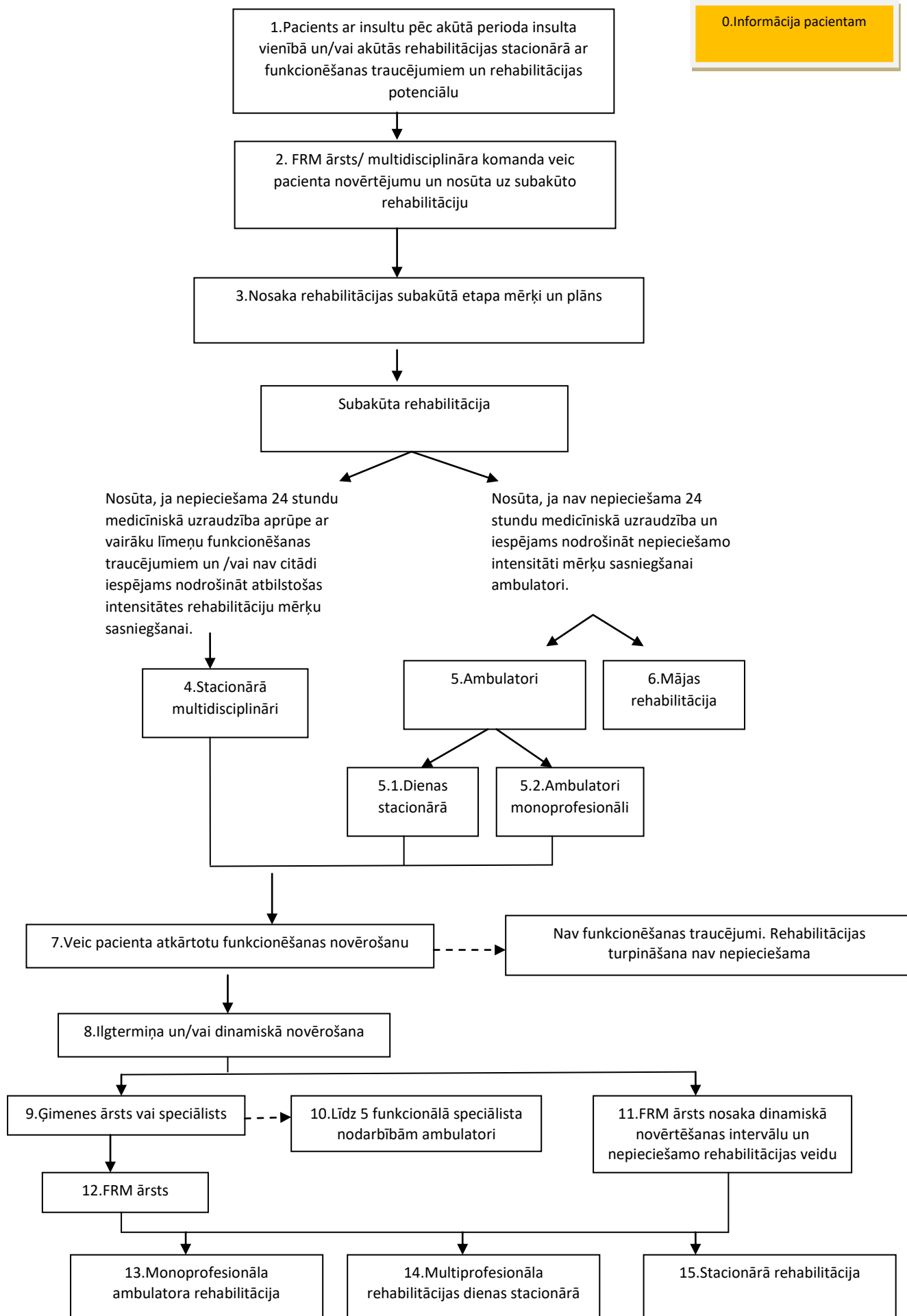


Klīniskais ceļš - Rehabilitācija subakūtā periodā un ilgtermiņā

0. Informācija pacientam



Autore: Anda Nulle, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste un Ingrīda Tambora, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste

Darba grupa kardiologa prof. Andreja Ērgļa un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstes Andas Nulles vadībā: neirologs prof. Andrejs Millers; neiroloģe prof. Evija Miglāne; neiroloģe prof. Ināra Logina; neirologs prof. Guntis Karelis; fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste Ingrīda Tambora

0. Informācija pacientam:

Informācija pacientam ir pieejama SPKC mājas lapā par insultu <https://www.spkc.gov.lv/atpazistiinsultu/>

Insults ir pēkšņs smadzeņu bojājums, kas rodas un attīstās asinsvada nosprostojumuma dēļ (to sauc par išēmisku insultu vai cerebrālu insultu) vai asinsvada plīsuma dēļ (to sauc par hemorāģisku insultu). Išēmiska insulta attīstība visbiežāk saistīta ar aterosklerozi un sirds ritma traucējumiem, kas rada embolus asinsvados. Hemorāģiska insulta biežākie cēloņi ir augsts asinsspiediens vai nepareizi veidots asinsvads (aneirisma).

Insulta pazīmes ir runas, līdzsvara, ādas jušanas traucējumi, koordinācijas un kustību traucējumi (no parēzes līdz paralīzei), galvassāpes, reibonis, vemšana, smagākos gadījumos samaņas un dzīvībai svarīgo funkciju traucējumi.

Insults ir neatliekama situācija, kas prasa cietušās personas iespējami ātru nogādāšanu stacionārā - vislabāk slimnīcā, kurā ir speciālā insulta vienība. Tā kā insultu izdzīvojušajiem bieži ir sarežģītas rehabilitācijas vajadzības, progress un atveseļošanās katrai personai ir atšķirīgas.

Rehabilitācija insulta pacientiem tiek sākota jau akūtajā ārstēšanas etapā. Par tās uzsākšanas laiku un apjomu lemj ārstējošais ārsts un akūtās rehabilitācijas komanda. Akūtie rehabilitācijas pakalpojumi var atšķirties pēc intensitātes un iesaistītajiem speciālistiem, sākot ar viena speciālista konsultāciju un/vai nodarbību un beidzot ar multiprofesionālas rehabilitācijas komandas iesaistīšanos.

Ja pacientam pēc izrakstīšanās no akūtā stacionāra ir funkcionēšanas traucējumi un rehabilitācijas potenciāls, tad jāturpina subakūtā rehabilitācija pēc iespējas drīzākā laikā pēc akūtā rehabilitācijas etapa pabeigšanas

Rehabilitācijas speciālisti veic pacienta novērtēšanu un dod slēdzienu, kāda turpmākā rehabilitācija pacientam ir nepieciešama. FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu, ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās. (MK noteikumi Nr. 555)

Pacienti subakūtai stacionārai rehabilitācijai tiek nosūtīti tad, ja nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība/aprūpe ar kompleksi funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai.

Pacienti ambulatorai rehabilitācijai tiek nosūtīti, ja nav nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība un iespējams nodrošināt nepieciešamo rehabilitācijas intensitāti mērķu sasniegšanai ambulatori (t.sk. dienas stacionārā)

Mājas rehabilitācija ir piemērota tiem insulta pacientiem, kuriem ir ierobežots rehabilitācijas potenciāls un kuri nav piemēroti intensīvai stacionārai rehabilitācijai un insulta seku dēļ nespēj apmeklēt ambulatoru iestādi.

Rehabilitācijas process norisinās atbilstoši speciālistu izveidotajam rehabilitācijas plānam un sasniedzamajiem reālajiem mērķiem. Rehabilitācijas process subakūtajā periodā ir vērsts uz pacienta neatkarības līmeņa paaugstināšanu un insulta seku mazināšanu.

Ja izrakstoties no akūtā stacionāra pacientam nav funkcionēšanas traucējumu, tad pacients ar stacionāra izrakstu griežas pie ģimenes ārsta un turpina pasākumus sekundārai insulta profilaksei ģimenes ārsta kontrolē, kas ietver asinsspiediena un glikozes līmeņa kontroli, adekvātu antitrombotisku un lipīdus pazeminošu terapiju un ievēro dzīves veida rekomendācijas.

Ja pacienta neiroloģiskais vai vispārējais medicīniskais stāvoklis neatbilst rehabilitācijai, tad pacientam ir turpināma aprūpe vai nu mājās vai aprūpes gultā ārstniecības iestādē vai sociālās aprūpes iestādē. Mainoties pacienta stāvoklim, tiek veikta atkārtota pacienta novērtēšana un lemts par turpmākajiem atveseļošanās pasākumiem.

Ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumus pēc insulta, t.sk. dinamiskās novērošanas veidā, plāno fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts. Neskaidros jautājumus vienmēr palīdz atrisināt ģimenes ārsts.

1. Pacients ar insultu pēc akūtā perioda insulta vienībā un/vai akūtās rehabilitācijas stacionārā ar funkcionēšanas traucējumiem un rehabilitācijas potenciālu

Pacients uz subakūto rehabilitāciju tiek nosūtīts tad, ja pacientam izrakstoties no akūtā stacionāra ir funkcionēšanas traucējumi un ir nepieciešama rehabilitācija. Rehabilitācijas komanda veic pacienta novērtēšanu un dod slēdzieni, kāda turpmākā rehabilitācija pacientam ir nepieciešama. Pēc literatūras datiem 2/3 izdzīvojušo insulta pacientu ir vajadzīga subakūta vai ilgtermiņa rehabilitācija dažādos veidos un intensitātē atkarībā no klīniskā neiroloģiskā sindroma.

FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu, ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās. (MK not. 555)

Pacienti subakūtai stacionārai rehabilitācijai tiek nosūtīti tad, ja nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība/aprūpe ar vairāku līmeņu funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai.

Pacienti ambulatorai vai mājas rehabilitācijai tiek nosūtīti, ja nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un iespējams nodrošināt nepieciešamo rehabilitācijas intensitāti mērķu sasniegšanai ambulatori (t.sk. dienas stacionārā)

Algoritmā „Subakūtā rehabilitācija” shēmā ir precīzi shematiski attēlots, kādos gadījumos pacientam pēc insulta tiek nozīmēta multiprofesionāla stacionāra rehabilitācija, multiprofesionāla ambulatora dienas stacionārā vai monoprofesionāla ambulatora vai mājas rehabilitācija

Papildus speciālisti un novērtēšanas instrumenti: papildus speciālisti disfāģijas, aspirācijas pneimonijas u.c. gadījumos tiek piesaistīti atbilstoši klīniskai situācijai pēc ārstējošā ārsta aicinājuma, kad pacienta rehabilitācijā un ārstēšanā tas nepieciešams. Piem., ne katras disfāģijas gadījumā nepieciešams piem., gastroenterologs vai ķirurgs, kurš lemtu par PEG (perkutānas endoskopiskas gastrostomas) izveidi. Tāpat arī citu komplikāciju gadījumā jāvērtē klīniskā situācija.

2. FRM ārsts/ multidisciplināra komanda veic pacienta novērtējumu un nosūta uz subakūto rehabilitāciju

Pacientu uz subakūto rehabilitāciju nosūta FRM ārsts pēc akūtā etapa, novērtējot pacienta:

- funkcionēšanas traucējumus,
- rehabilitācijas potenciālu (medicīnisko stabilitāti, motivāciju)

un pamatojoties uz izvirzītajiem rehabilitācijas mērķiem un sagatavoto plānu, FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu subakūtajā etapā. Pacienti subakūtai stacionārai rehabilitācijai tiek nosūtīti tad, ja nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība/aprūpe ar vairāku līmeņu funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai.

Pacienti ambulatorai vai mājas rehabilitācijai tiek nosūtīti, ja nav nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība un iespējams nodrošināt nepieciešamo rehabilitācijas intensitāti mērķu sasniegšanai ambulatori (t.sk. dienas stacionārā)

3.Nosaka rehabilitācijas subakūtā etapa mērķi un plāns.

Veic FRM ārsts kopā ar multidisciplināru komandu. Mērķi ir īstermiņa, ilgtermiņa. Izmērāmi, sasniedzami, reāli un noteiktā laikā. Plānā atspoguļo plānotās rehabilitācijas tehnoloģijas.

Rehabilitācijas plāns tiek veidots pacientiem, kuri saņem gan monoprofesionālus gan multiprofesionālus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus. Rehabilitācijas process tiek organizēts atbilstoši ārsta (ja tiek nosūtīts uz monoprofesionālu rehabilitāciju) vai multiprofesionālas/multidisciplināras rehabilitācijas komandas izveidotajam plānam. Plānā tiek noteikti rehabilitācijas īstermiņa un ilgtermiņa mērķi. Rehabilitācijas mērķi ir specifiski, izmērāmi, sasniedzami, reāli un laikā noteikti. Mērķus fiksē rehabilitācijas plānā, kuru veido SFK kategorijās. Plānā atspoguļo plānotās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas izvirzīto rehabilitācijas mērķu sasniegšanai.

4.Stacionārā multidisciplināri.

Subakūtā rehabilitācija tiek īstenota vispārējā stacionārā vai specializētā stacionārā. SFK pamatkopa, FIM, Bartela indekss, motoro iemaņu novērtēšanas skala, vizuālā analogā sāpju skala, numeriskā analogā skala, verbālā sāpju intensitātes skala, modificētā Ašforda skala, Berga līdzsvara skala, psihodiagnostiskā analīze, Beka depresijas pašnovērtēšanas aptauja, minimentālā skala, MOCA tests, Braden skala, aprūpes līmeņa noteikšana pēc pacientu aprūpes klasifikācijas sistēmas.

5.Ambulatori.

5.1.Dienas stacionārā.FRM ārsts koordinē multidisciplinārās komandas darbu. Bāzes pakalpojums ilgst 2-3 h, kas ietver funkcionālo speciālistu darbu personu intensīvās rehabilitācijas kurss ilgst 3-4 h, kas ietver funkcionālo speciālistu darbu ar personu. Atkārtota novērošana.

5.2. Ambulatori monoprofesionāli. Katrs funkcionālais speciālists sniedz terapiju līdz 45 min. dienā 2-5x nedēļā. Iesaista ģimenes locekļus.

6.Mājas rehabilitācija.

Saņem ar FRM ārsta nosūtījumu, kam pievienots medicīniskās rehabilitācijas plāns.

Ja insulta pacientam nepieciešama medicīniskā rehabilitācija, bet medicīnisku indikāciju dēļ tā nespēj ierasties ārstniecības iestādē šī pakalpojuma saņemšanai, ir paredzēti rehabilitācijas pakalpojumus mājās personai ar cerebrovaskulāra insulta sekām, ja medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšana uzsākta triju mēnešu laikā pēc insulta.(MK noteikumi Nr. Nr.555)

Rehabilitāciju saņem ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu, kam pievienots medicīniskās rehabilitācijas plāns.

Rehabilitācijas pakalpojumus mājās sniedz – sertificēts fizioterapeits, ergoterapeits vai audiologopēds.

Personai, kurai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniedz līdz laikam, kas norādīts nosūtījumā un medicīniskās rehabilitācijas

plānā, bet ne ilgāk par 60 kalendāra dienām. Ieteikumi ambulatorai vai mājas rehabilitācijai ir nodarbības 2-5x nedēļā, pamatojoties uz pacientu mērķiem un vajadzībām.

7. Veic pacienta atkārtotu funkcionēšanas novērošanu

Vairāk informācijas algoritmā „Subakūta insulta rehabilitācija”

SFK pamatkopa, FIM, Bartela indekss, motoro iemaņu novērtēšanas skala, vizuālā analogā sāpju skala, numeriskā analogā skala, verbālā sāpju intensitātes skala, modificētā Ašforda skala, Berga līdzsvara skala, psihodiagnostiskā analīze, Beka depresijas pašnovērtēšanas aptauja, minimentālā skala, MOCA tests, Braden skala, aprūpes līmeņa noteikšana pēc pacientu aprūpes klasifikācijas sistēmas

8. Ilgtermiņa un/vai dinamiskā novērošana

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.

Ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, kurus sniedz ilgāk par sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža, iekļaujot pacientu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus organizē, ievērojot šādus nosacījumus:

1. stacionārās ārstniecības iestādes saskaņā ar ārstniecības iestāžu profiliem un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu programmām;
2. dienas stacionārā – akūtus (tikai bērniem), subakūtus un ilgtermiņa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;
3. ambulatori – akūtus, subakūtus un ilgtermiņa medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus.

(MK noteikumi Nr. 555)

9. Ģimenes ārsts vai speciālists

Personu atlasī valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai veic fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kurš, personai ārstējoties stacionārā ārstniecības iestādē vai izrakstoties no stacionāras ārstniecības iestādes vai personu konsultējot ambulatori, izmeklē personu vai izvērtē cita ārsta nosūtījumu vai funkcionālā speciālista sagatavotu medicīnisko dokumentāciju. (MK noteikumi Nr. 555)

10. Līdz 5 funkcionālā speciālista nodarbībām ambulatori

Personu atlasī valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai veic ģimenes ārsts vai speciālists, ja nepieciešami funkcionālā speciālista sniegti rehabilitācijas pakalpojumi līdz pieciem apmeklējumiem pacientam, kura funkcionēšanas ierobežojumi vienā funkcionēšanas veidā atbilst Starptautiskajai funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijai. (MK noteikumi Nr. 555)

11. FRM ārsts nosaka dinamiskā novērtēšanas intervālu un nepieciešamo rehabilitācijas veidu

FRM ārsts nosaka nepieciešamo rehabilitācijas veidu un dinamiskās novērtēšanas intervālu

Veicot personu atlasi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts novērtē:

1. personas veselības stāvokli un ar to saistītos funkcionēšanas ierobežojumus;
2. medicīniskās rehabilitācijas potenciālu;
3. personas un viņas piederīgo motivāciju;
4. veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;
5. personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu, ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās. (MK noteikumi Nr. 555)

Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā. Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, īstenojot medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu:

1. nosaka personas veselības stāvokļa un funkcionēšanas kontroles intervālus, organizē rehabilitācijas plāna sagatavošanu vai pārskatīšanu (ne retāk kā reizi gadā) un organizē tā īstenošanu;
2. ordinē nepieciešamās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas, medikamentus, izmeklējumus un konsultācijas;
3. nosūta personu saņemt valsts apmaksātus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;
4. ja nepieciešams, saskaņo izstrādāto ārstniecības un rehabilitācijas plānu ar ģimenes ārstu un pašvaldības sociālo dienestu un koordinē tā izpildi. (MK. noteikumi Nr. 555 r)

Ārstniecības iestāde, kura iekļāvusi personu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā, nodrošina:

1. medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā iekļauto personu uzskaiti;
2. personu veselības un funkcionālā stāvokļa novērtēšanas un rehabilitācijas rezultātu apkopošanu. (MK noteikumi Nr.555)

12.FRM ārsts

Personām, kuras saņem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus stacionāri vai dienas stacionārā vai kurām nepieciešams vairāk par piecām ambulatorām funkcionālā speciālista nodarbībām, un personām, kuras ir iekļautas dinamiskajā medicīniskās rehabilitācijas novērošanā, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts izstrādā medicīniskās rehabilitācijas plānu. Vienu plāna eksemplāru izsniedz pacientam un otru pievieno ambulatorajai vai stacionārajai medicīniskajai kartei. Plānā ietver:

1. pacienta novērtējumu, nosakot funkcionēšanas ierobežojumus un aktivitāšu ierobežojumus;
2. medicīniskās rehabilitācijas mērķi;
3. plānoto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidu;
4. iesaistāmos speciālistus un sasniedzamos medicīniskās rehabilitācijas mērķus;
5. nepieciešamos tehniskos palīg līdzekļus;
6. plānoto medicīniskās rehabilitācijas intensitāti.

Pēc medicīniskās rehabilitācijas kursa pabeigšanas ārstniecības persona novērtē medicīniskās rehabilitācijas rezultātu, nosakot, vai medicīniskās rehabilitācijas mērķis ir sasniegts, daļēji sasniegts vai nav sasniegts, un izvērtē nepieciešamību personai arī turpmāk saņemt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu.

Ja personas stāvoklis stabilizējas (atbilstoši fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta atzinumam), pēc personas iniciatīvas vai personai pārceļoties uz ilgstošas sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūciju, medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu var atcelt. (MK noteikumi Nr. 555)

13.Monoprofesionāla ambulatora rehabilitācija

Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz tikai ambulatori (MK noteikumi Nr.555)

Insulta pacientam atbilstoši konkrētā pacienta funkcionēšanas traucējumiem un rehabilitācijas mērķiem var tikt izvēlētas fizioterapijas, ergoterapijas vai audiologopēda tehnoloģijas. Katrs funkcionālais speciālists sniedz terapiju ≥ 45 minūtes dienā 2-5 reizes nedēļā, pamatojoties uz pacientu mērķiem un vajadzībām. Ambulatoras rehabilitācijas ilgums: ≥ 8 nedēļas (8) Nepieciešams iesaistīt pacientu un ģimeni rehabilitācijas mērķu noteikšanā un rehabilitācijas plānošanā.

14.Multiprofesionāla rehabilitācijas dienas stacionārā

Pacientiem ar funkcionālā stāvokļa pozitīvu dinamiku, kuri gūtu labumu no papildus rehabilitācijas, var realizēt multiprofesionālu ambulatoro rehabilitāciju dienas stacionārā. Rehabilitācija iespējama intensīva, vispusīga, koordinēta. Īpaši svarīgi ir tiem pacientiem, kuriem ir kognitīvi, atmiņas, psiholoģiski traucējumi.

Multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā tāpat kā stacionārajā subakūtajā rehabilitācijā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kurš koordinē multiprofesionālās komandas darbu.

Multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā un stacionārā sniedz atbilstoši pacienta funkcionēšanas ierobežojumiem un vispārējam stāvoklim:

- kā bāzes pakalpojumu, kas ilgst divas līdz trīs stundas un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas;
- kā intensīvas rehabilitācijas kursu, kas ilgst trīs līdz četras stundas un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas (MK noteikumi Nr.555)

Ārstēšanas kurss ilgst 2-3 nedēļas.

15.Stacionārā rehabilitācija

Multiprofesionālas/multidisciplināras rehabilitācijas komanda strādā interdisciplinārā veidā un regulāri tiek organizētas komandas sapulces vismaz 1x nedēļā. Komandas sapulces vadītājs ir FRM ārsts, bet FRM ārsts var pilnvarot citu komandas speciālistu vai FRM māsu veikt šo pienākumu. Sapulces tiek organizētas strukturētā veidā ar vai bez pacienta klātbūtnes un nepieciešamības gadījumā ar pacienta piekrišanu var tikt iesaistīti tuvinieki vai aprūpētāji. Rehabilitācijas plāna īstenošanai tiek veikta nepieciešamo tehnisko palīglīdzekļu izvēle un izsniegts nosūtījums tehnisko palīglīdzekļu saņemšanai (sk.pielikumā).

Komandas sapulces laikā var lemt par rehabilitācijas pagarināšanu vai pārtraukšanu (izrakstīšana, novirzīšana uz citu rehabilitācijas un aprūpes līmeni) un dinamiskas kontroles programmas turpināšanu, rekomendāciju saskaņošanu pirms pacienta izrakstīšanas.

Pirms pacienta izrakstīšanas veic pacienta funkcionēšanas atkārtotu novērtēšanu un tiek sagatavoti izraksti ar esošā funkcionālā stāvokļa izvērtējumu un norādēm par tehniskiem palīglīdzekļiem, rekomendācijām nākamajam etapam. Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā (MK noteikumi Nr.555)

Visi klīniskajā ceļā minētie rehabilitācijas pasākumi ir pieejami par valsts finansējumu atbilstoši piešķirtajam finansējumam (t.s. kvotām)