

APSTIPRINĀTS
ar Veselības ministrijas
23.04.2018.
rīkojumu Nr. 82

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

**Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”**

REHABILITĀCIJAS PROCESA ORGANIZĒŠANA PACIENTIEM PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ

**Rīga
2019**

ANOTĀCIJA

Metodiskais līdzeklis “Rehabilitācijas procesa organizēšana pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī” izstrādāts Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros.

Metodiskā līdzekļa izstrādes mērķis ir veidot izpratni par rehabilitācijas procesa organizēšanu pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī un attīstīt spēju organizēt efektīvus, integrētus rehabilitācijas pakalpojumus dažādām mērķa grupām primārās veselības aprūpes līmenī atbilstoši savai profesionālajai kompetencei.

Šis materiāls ir paredzēts ārstiem, ārstu palīgiem, funkcionālajiem speciālistiem, farmaceitiem un aprūpes māsām kā palīgmateriāls tālākizglītības kursa “Rehabilitācijas procesa organizēšana pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī” apguvei.

Materiāls satur informāciju par medicīniskās rehabilitācijas integrāciju veselības aprūpes sistēmā, rehabilitācijas pakalpojumu organizēšanu atbilstoši Latvijas likumdošanai, PVO Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju (SFK), ko iespējams izmantot pacientu atlasei atbilstošiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, kā arī par sadarbības modeļa veidošanu ar funkcionālo speciālistu (monoprofesionāla rehabilitācijas pakalpojuma gadījumā) un / vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu (multiprofesionāla rehabilitācijas pakalpojuma gadījumā) agrīnu monoprofesionālu rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanas nepieciešamības identificēšanu, veselības veicināšanas un profilakses programmu veidošanu (integrējot monoprofesionālus rehabilitācijas pakalpojumus, primārās aprūpes māsu un / vai ārstu palīgu intervences) un ilgtermiņa rehabilitācijas un aprūpes programmu veidošanu (integrējot rehabilitācijas pakalpojumus, primārās aprūpes pakalpojumus, sadarbību ar sociālo dienestu).

Autori: Guna Bērziņa, RSU Rehabilitācijas katedras docētāja, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste, un *Dr. med.* Daina Šmite, RSU Rehabilitācijas katedras docētāja, fizioterapeite.

SAĪSINĀJUMU SARAKSTS

- FRM fizikālā un rehabilitācijas medicīna
- NICE Lielbritānijas Nacionālais veselības un veselības aprūpes kvalitātes institūts
(*The National Institute for Health and Care Excellence*)
- SFK Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija
- SSK-10 Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija

SATURS

IEVADS	1
1. MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS LOMA UN ORGANIZĀCIJA	2
1.1. Medicīniskās rehabilitācijas integrācija veselības aprūpē	2
1.2. Rehabilitācijas pakalpojumu organizēšana	
1.2.1. Mobilās rehabilitācijas komandas pakalpojumi – nerehabilitācijas gultas – akūtās ārstniecības iestādē	3
1.2.2. Akūtās rehabilitācijas gultas akūtās ārstniecības iestādē	4
1.2.3. Subakūtā rehabilitācija stacionārā	5
1.2.4. Rehabilitācija dienas stacionārā	5
1.2.5. Rehabilitācijas pakalpojumi ambulatori	6
1.2.6. Rehabilitācijas pakalpojumi mājās	7
2. PVO STARPTAUTISKĀ FUNKCIONĒŠANAS, NESPĒJAS UN VESELĪBAS KLASIFIKĀCIJA (SFK)	8
2.1. SFK struktūra un tās praktiskais lietojums funkcionēšanas traucējumu aprakstīšanā	8
2.2. Funkcionēšanas traucējumu novērtēšana	11
3. AGRĪNI AMBULATORI MONOPROFESIONĀLI REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMI PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ	13
3.1. Esošie efektivitātes pierādījumi dažādās pacientu grupās	13
3.2. Pacientu atlase un nosūtīšana, pakalpojuma saturs un mērķi, atgriezeniskā saite	14
4. AMBULATORU MONOPROFESIONĀLU REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU INTEGRĀCIJA VESELĪBAS VEICINĀŠANAS UN PROFILAKSES PROGRAMMĀS PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ	19
4.1. Ieguvumi (zinātniskie pierādījumi)	19
4.2. Sadarbības modeļu iespējas un programmu veidošana	21
5. ILGTERMIŅA REHABILITĀCIJAS PROGRAMMAS PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ	26
5.1. Medicīniskā rehabilitācija pie ilgstošiem funkcionēšanas ierobežojumiem ...	26
5.2. Ilgtermiņa rehabilitācijas integrācija primārās veselības aprūpes līmenī, sadarbības modeļu iespējas	30
Literatūras un avotu saraksts	33
PIELIKUMI	41

IEVADS

Medicīniskās rehabilitācijas uzdevums atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas (PVO) piedāvātajai definīcijai ir mazināt veselības traucējumu izraisītus funkcionēšanas ierobežojumus, lai ļautu personai atgriezties ierastajā vidē un dzīvot pēc iespējas neatkarīgu dzīvi. Medicīniskā rehabilitācija ir neatņemama veselības aprūpes sastāvdaļa ļoti plaša spekta veselības traucējumu gadījumā, un to nodrošina gan veselības aprūpes profesionāļi (fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti un funkcionālie speciālisti), gan ar veselības aprūpi saistīti speciālisti. Turklāt tai ir jābūt integētai visos veselības aprūpes līmeņos, t. sk. primārajā veselības aprūpē. Lai mazinātu ar invaliditāti saistītos negatīvos veselības iznākumus gan personas, gan sabiedrības līmenī, svarīga ir rehabilitācijas pēctecība (nodrošinot pakalpojumu nepārtrauktību) un izmaksu efektivitāte. Tādējādi vispārēja izpratne par rehabilitācijas problēmām un šo problēmu risināšanas iespējām optimālā veidā ir svarīga jebkura veselības aprūpes profesionāļa klīniskajā praksē.

Rehabilitācijas pakalpojumu pieejamībai primārās aprūpes līmenī būtu jānodrošina labāka pakalpojumu pieejamība un ātrāk sasniedzami rezultāti, kas savukārt gan tiešā, gan netiešā veidā varētu mazināt ar veselības aprūpi saistītās izmaksas.

1. MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS LOMA UN ORGANIZĀCIJA

1.1. Medicīniskās rehabilitācijas integrācija veselības aprūpē

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas definīcijai rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas palīdz cilvēkam ar **invaliditāti** (nespēju) vai tās risku sasniegt vai uzturēt optimālu **funkcionēšanu** mijiedarbībā ar šī cilvēka vidi [75].

Fizikālā un rehabilitācijas medicīna ir primāra medicīnas specialitāte, kas atbildīga par profilaksi, medicīnisko diagnozi, ārstēšanu un rehabilitācijas tehnoloģiju izmantošanu personām ar invaliditāti (nespēju) izraisošām slimībām un to blakusslimībām jebkurā vecumā. Šī specialitāte specifiski ir vērsta uz bojājumu un aktivitāšu ierobežojumu mazināšanu, lai uzlabotu personas fizisko un kognitīvo funkcionēšanu un līdzdalību (t. sk. dzīves kvalitāti), kā arī modificētu personālos un vides faktorus. [17]

Rehabilitācija ir viena no galvenajām veselības stratēģijām (*skat. 1.1. tabulā*). [62]

1. tabula

Galvenās veselības stratēģijas [62]

Stratēģija	Veselības mērķis	Indikatori	Klasifikācija
Profilaktiskā (<i>preventive</i>)	Veselības stāvokļu profilakse (slimību profilakse)	Saslimstība	SSK*
Veicinošā (<i>promotive</i>)	Optimāla bioloģiskā veselība	Dotumi (<i>capacity</i>)	SFK**
Ārstnieciskā (<i>curative</i>)	Veselības stāvokļu kontrole (slimību kontrole)	Mirstība	SSK*
Rehabilitācijas (<i>rehabilitative</i>)	Optimāla funkcionēšana	Dotumi (<i>capacity</i>) un veiktspēja (<i>performance</i>)	SFK**
Atbalstošā (<i>supportive</i>)	Optimāla veselība	Veiktspēja (<i>performance</i>)	SFK**
Paliatīvā (<i>palliative</i>)	Dzīves kvalitāte un labklājība	Apmierinātība (<i>satisfaction</i>)	—***

* SSK – Starptautiskā slimību klasifikācija.

** SFK – Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija.

*** “—” Informācija nav saistāma ne ar vienu no izmantotajām klasifikācijām.

Rehabilitācijai ir nozīmīga loma visos veselības aprūpes pakalpojumu līmeņos. Izšķir akūtās, subakūtās un ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus, un atlase šo pakalpojumu saņemšanai būtu jāorganizē tā, lai nodrošinātu nepārtrauktību visu ārstēšanas laiku [18].

Kārtību, kādā tiek nodrošināti rehabilitācijas pakalpojumi Latvijā, nosaka Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes un finansēšanas kārtība”.

1.2. Rehabilitācijas pakalpojumu organizēšana

Rehabilitācijas pakalpojumu veidu iedalījums:

1) akūtās ārstēšanas iestādē:

- mobilās rehabilitācijas komandas nerehabilitācijas gultas;
- akūtās rehabilitācijas gultas;

2) subakūtā rehabilitācija stacionārā;

3) rehabilitācija dienas stacionārā;

4) rehabilitācijas pakalpojumi ambulatori;

5) rehabilitācijas pakalpojumi mājās.

Definīcijas un atlases kritēriji ir balstīti uz Eiropas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas organizāciju apvienības (*European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance*) izstrādāto Balto grāmatu fizikālās un rehabilitācijas medicīnai Eiropā (*The White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe*) [17].

1.2.1. Mobilās rehabilitācijas komandas pakalpojumi – nerehabilitācijas gultas – akūtās ārstniecības iestādē

Definīcija

Mobilās rehabilitācijas komandas pakalpojumi – nerehabilitācijas gultas – akūtās ārstniecības iestādē ir zemas vai mērenas intensitātes rehabilitācija akūtās stacionēšanas laikā (0,5–1,5 h/dienā, mono-/multiprofesionālas komandas darba veidā), kur pacienta ārstējošais ārsts ir jebkuras specialitātes ārsts, izņemot FRM ārstu.

Kritēriji

1. Visiem pacientiem, kuri stacionēti ar akūtu epizodi, tiek veikts skrīnings funkcionēšanas traucējumu novērtēšanai un atlase turpmāku rehabilitācijas pakalpojumu plānošanai.
2. Ja pacients ir medicīniski stabils un tam ir funkcionēšanas traucējumi, ne vēlāk kā 24 stundas pēc stacionēšanas pacients saņem rehabilitācijas terapiju.

Uzdevumi

1. Komplikāciju profilakse.
2. Funkcionālo traucējumu novērtēšana un mazināšana.
3. Atlase tālākai rehabilitācijai / izrakstīšanās plānošana.
4. Tehnisko palīgīdzekļu izrakstīšana.
5. Pacienta un viņa ģimenes locekļu izglītošana pacienta funkcionēšanas saglabāšanai / uzlabošanai, pacientam izrakstoties no stacionāra.

1.2.2. Akūtās rehabilitācijas gultas akūtās ārstniecības iestādē

Definīcija

Akūtās rehabilitācijas gultas akūtās ārstniecības iestādē ir vidēji intensīvs (2–3 h/dienā) multiprofesionāls un multidisciplinārs stacionārs pakalpojums, kas tiek nodrošināts rehabilitācijas vienībā akūtā slimnīcā, kas ir kā tiešs turpinājums ārstēšanai akūtajā (t. sk. ķirurģijas) nodaļā. Atbildīgais ārsts ir FRM ārsts. Stacionāra rehabilitācijas vienība darbojas universitātes un reģionālajās slimnīcās.

Kriteriji

1. Pacientam ir akūta nespēja / invaliditāte un nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un aprūpe.
2. Medicīniskais vai ķirurģiskais stāvoklis ir pietiekami stabils un līdzdalība terapijā ir iespējama.
3. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt.
4. Pacientam ir nepieciešams un tas gūs labumu no rehabilitācijas kursa multidisciplināras rehabilitācijas komandas uzraudzībā.
5. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).
6. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam.
7. Nav smagu kognitīvu traucējumu.
8. Pacientam atbilstoši SFK ir funkcionēšanas traucējumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos.
9. Pacientam ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj plānot atgriešanos mājās pēc klīniski nozīmīgas funkcionēšanas uzlabošanās.

1.2.3. Subakūtā rehabilitācija stacionārā

Definīcija

Augstas intensitātes (vismaz 3–6 h/dienā) multiprofesionāls un multidisciplinārs pakalpojums, ko nodrošina rehabilitācijas vienība rehabilitācijas centrā, kur pacienta ārstējošais ārsts ir FRM ārsts. Laiks – līdz 6 mēnešiem no akūtās epizodes sākuma.

Kritēriji

1. Pacientam ir akūta nespēja / invaliditāte un nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un aprūpe vai arī pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājās apstākļos, bet nav iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek sniegti rehabilitācijas pakalpojumi dienas stacionārā.
2. Medicīniskais vai ķirurģiskais stāvoklis ir stabils un līdzdalība terapijā ir iespējama.
3. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt.
4. Pacientam ir nepieciešams un tas gūs labumu no rehabilitācijas kursa multidisciplināras rehabilitācijas komandas uzraudzībā.
5. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).
6. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam.
7. Nav smagu kognitīvu traucējumu.
8. Pacientam atbilstoši SFK ir funkcionēšanas traucējumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos.
9. Pacientam ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj plānot atgriešanos mājās pēc klīniski nozīmīgas funkcionēšanas uzlabošanās.

1.2.4. Rehabilitācija dienas stacionārā

Definīcija

Multiprofesionāls mērenas vai augstas intensitātes pakalpojums pacienta dzīvesvietas tuvumā.

Kritēriji

1. Pacientam ir akūta nespēja / invaliditāte un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.
2. Pacientam atbilstoši SFK ir funkcionēšanas traucējumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos.

3. Pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos, vai pacientam ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj viņam dzīvot mājās, un viņam ir iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek veikts šis pakalpojums.
4. Medicīniskais vai ķirurģiskais stāvoklis ir pietiekami stabils un līdzdalība terapijā ir iespējama.
5. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt.
6. Pacientam ir nepieciešams un tas gūs labumu no rehabilitācijas kursa multidisciplināras rehabilitācijas komandas uzraudzībā.
7. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).
8. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam.
9. Nav smagu kognitīvu traucējumu.

1.2.5. Rehabilitācijas pakalpojumi ambulatori

Definīcija

Multiprofesionāls vai monoprofesionāls zemas vai mērenas intensitātes pakalpojums ārstniecības iestādē pacienta dzīvesvietas tuvumā.

Kritēriji

1. Pacientam ir akūta nespēja / invaliditāte un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.
2. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts to darīt.
3. Pacientam ir nepieciešams un tas gūs labumu no rehabilitācijas kursa.
4. Pacientam atbilstoši SFK ir vismaz viens funkcionēšanas traucējums aktivitāšu līmenī.
5. Ir pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā.
6. Pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos, un spēj nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek veikts šis pakalpojums.

1.2.6. Rehabilitācijas pakalpojumi mājās

Definīcija

Monoprofesionāls vai multiprofesionāls zemas intensitātes rehabilitācijas pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

Kritēriji

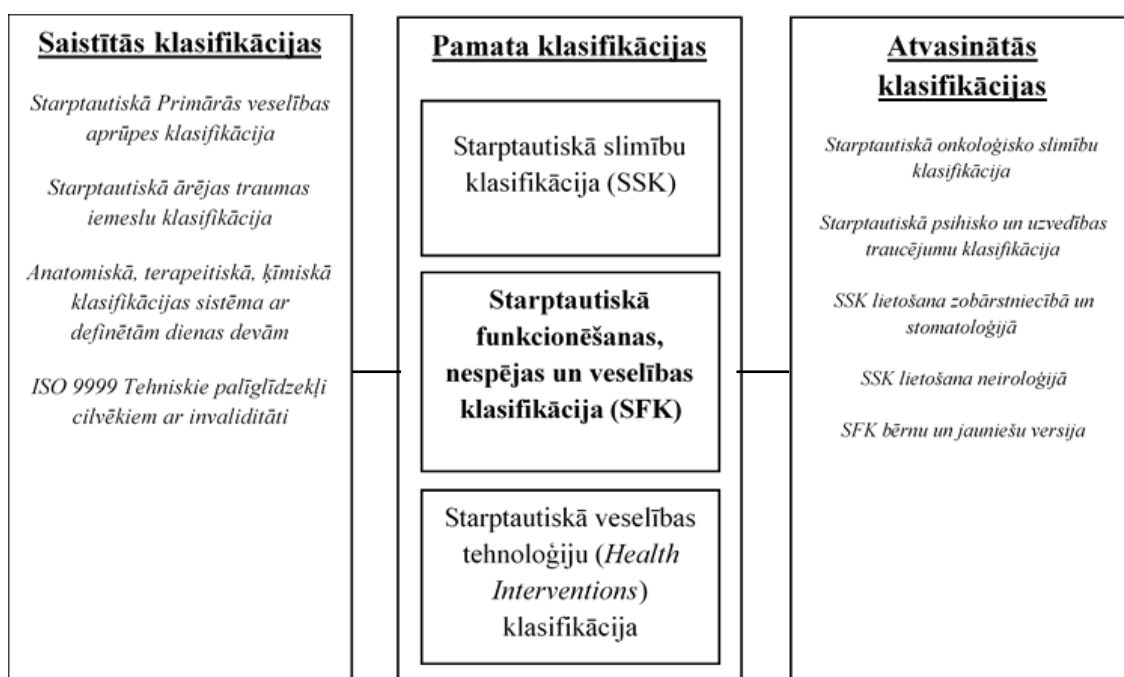
1. Pacientam ir akūta nespēja / invaliditāte un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.
2. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts to darīt.
3. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).
4. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam.
5. Nav smagu kognitīvu traucējumu.
6. Pacientam ir pārvietošanās traucējumi un zema fiziskās slodzes tolerance (tādēļ ir ierobežota aktīva rehabilitācija), kas neļauj rehabilitācijas pakalpojumus saņemt citā veidā.

2. PVO STARPTAUTISKĀ FUNKCIONĒŠANAS, NESPĒJAS UN VESELĪBAS KLASIFIKĀCIJA (SFK)

2.1. SFK struktūra un tās praktiskais lietojums funkcionēšanas traucējumu aprakstīšanā

SFK ir Pasaules Veselības organizācijas izveidota klasifikācija, kas pieder PVO starptautisko klasifikāciju saimei [68].

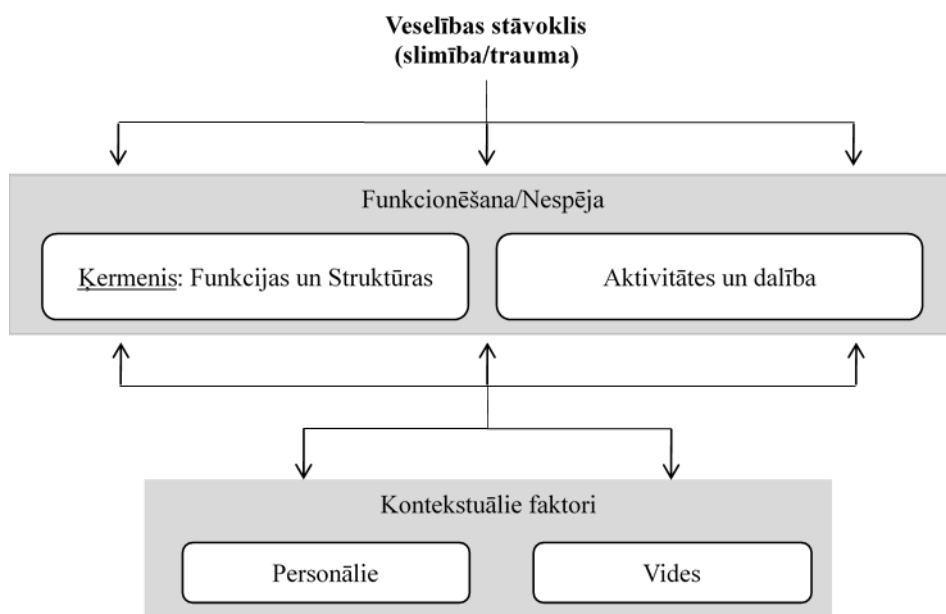
Atbilstoši SFK konceptuālajam modelim rehabilitācijas galvenais uzdevums ir uzlabot funkcionēšanu un mazināt invaliditāti (nespēju) [18].



2.1. attēls. PVO starptautiskās klasifikāciju saimes struktūra

Starptautiskajās PVO klasifikācijās veselības stāvokļu (slimību, traucējumu, ievainojumu utt.) grupējumu galvenokārt nodrošina SSK-10 (saīsināts Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcijas nosaukums) [72], kuras pamatā ir slimību etioloģija. SFK nodrošina funkcionēšanas un nespējas klasifikāciju saistībā ar veselības stāvokļiem.

SFK sastāv no divām daļām. Pirmā daļa attiecas uz funkcionēšanu un nespēju, bet otrā aptver kontekstuālos faktorus. Katrai daļai ir divi komponenti (SFK daļu un komponentu shematisku attēlojumu skat. 2.2. attēlā).



2.2. attēls. SFK daļu un komponentu shematiskais attēlojums

Funkcionēšanas un nespējas daļas komponenti ir “ķermenis” un “aktivitātes un dalība”. Komponenti “ķermenis” ietver divas klasifikācijas: vienu – par ķermeņa sistēmu funkcijām un otru – par ķermeņa struktūrām. Abu klasifikāciju nodaļas ir veidotas atbilstoši ķermeņa sistēmām. Komponenti “aktivitāte un dalība” aptver pilnu domēnu diapazonu, kuri apzīmē funkcionēšanas aspektus no individuālās un sabiedrības perspektīvas.

Kontekstuālo faktoru daļa ietver “vides faktoru” un “personālo faktoru” komponentus.

Katrs komponents sastāv no dažādiem domēniem, un katra domēna ietvaros – no kategorijām, kas ir klasifikācijas vienības. Individīda veselības stāvokļa un ar veselību saistīto stāvokļu rādītāji var tikt fiksēti, atlasot piemērotas kategorijas kodu vai kodus un tad pievienojot apzīmētājus. Tie ir cipariski kodi, kas norāda funkcionēšanas un nespējas pakāpi (apjomu) vai lielumu šajā kategorijā, kā arī pakāpi, kādā vides faktors darbojas kā veicinātājs vai šķērslis.

SFK aprakstīta personas funkcionēšana un tās traucējumi, kā arī kontekstuālie faktori tikai veselības stāvokļa (slimības / traumas) kontekstā. Veselības stāvoklis ir integratīvā funkcionēšanas, nespējas un veselības modeļa komponents, un to var klasificēt, izmantojot Starptautisko slimību klasifikāciju (SSK) [72]. Tādējādi SSK un SFK savstarpēji viena otru papildina, un tiek ieteikts tās izmantot kopā, lai aprakstītu gan veselības stāvokli, gan tā ietekmi uz personas funkcionēšanas spējām [6].

Katras daļas un komponenta definīcija pozitīvā un negatīvā aspektā aprakstīta 2.1. tabulā [73].

SFK* daļu un komponentu definīcijas

Pozitīvais aspekts	Negatīvais aspekts	
Funkcionēšana – visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un dalību (SFK).	Nespēja (<i>disability</i>) – bojājumu un aktivitāšu un līdzdalības ierobežojumu visaptverošs termins, kas attiecināms uz indivīdu un viņa kontekstuālo faktoru mijiedarbību negatīvā aspektā. [2]	
Ķermeņa funkcijas – ķermeņa sistēmu fizioloģiskas funkcijas (iekļaujot psihiskās funkcijas).	Neveselība – ķermeņa funkciju vai struktūras problēmas, piemēram, nozīmīga novirze vai to zudums.	
Ķermeņa struktūras – anatomiskas ķermeņa daļas, piemēram, orgāni, locekļi un to komponenti.		
Aktivitātes – indivīda uzdevuma vai darbības veikums.	Aktivitātes ierobežojumi – grūtības, kas var būt indivīdam, izpildot aktivitāti.	
Dalība – indivīda iesaistīšanās dzīves situācijās.	Dalības ierobežojumi – problēmas, ar ko indivīds var sastapties, iesaistoties dzīves situācijās.	
Kontekstuālie faktori – atspoguļo vispusīgu fonu, kurā dzīvo un eksistē indivīds. Tie iekļauj divus komponentus: vides faktorus un personālos faktorus, kas var ietekmēt indivīda veselības stāvokli un ar veselību saistītos stāvokļus.		
	Veicinātāji	Kavētāji (šķēršļi)
Vides faktori – fiziskā, sociālā un attieksmju vide, kurā cilvēki dzīvo un pavada savu mūžu.	Veicinātāji ir vides faktori, kas ar savu esamību vai neesamību uzlabo funkcionēšanu un samazina nespēju.	Šķēršļi ir vides faktori, kas ar savu neesamību vai esamību ierobežo funkcionēšanu un izraisa nespēju.
Personālie faktori – indivīda dzīves un eksistences pamats, kas ietver indivīda pazīmes, kuras nav veselības apstākļu vai veselības stāvokļa daļa.		

* Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK) ir tulkota latviešu valodā un ir brīvi pieejama PVO mājaslapā: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_lav.pdf

SFK var tikt izmantota dažādiem mērķiem, piemēram, kā:

- 1) statistikas instruments – datu vākšanai un saglabāšanai (piemēram, populācijas pētījumos un apsekojumos vai pārvaldības informācijas sistēmās);
- 2) pētniecības instruments – novērtējot galarezultātu, dzīves kvalitāti vai vides faktorus;

- 3) klīniskais instruments – novērtējot vajadzības, saskaņojot ārstēšanu ar specifiskiem apstākļiem, veicot profesionālās darbības novērtējumu, rehabilitācijas un gala rezultātu novērtēšanu;
- 4) sociālās politikas instruments – sociālās drošības plānošanā, kompensācijas sistēmās, politikas veidošanā un īstenošanā;
- 5) izglītības instruments – studiju plānu veidošanā, kā arī lai palielinātu izpratni un uzņemtos sabiedrisku darbu;
- 6) citās nozarēs: apdrošināšanā, sociālajā drošībā, darbiekārtošanā, izglītībā, ekonomikā, vispārējo normatīvo aktu uzlabošanā, vides pārveidošanā, cilvēktiesību jautājumos.

2.2. Funkcionēšanas traucējumu novērtēšana

SFK klasificē veselības iznākumu (*health outcome*) jeb veselības aprūpes beigu iznākumu, respektīvi, to, kas notiek ar pacientu slimības kontroles vai seku mazināšanas, aprūpes un rehabilitācijas kontekstā. SFK piedāvā ietvaru šo veselības iznākumu klasificēšanai dažādos funkcionēšanas līmeņos. Tas atbild uz jautājumu “ko mērīt”, bet nepasaka “kā to darīt?” [12].

Savā praktiskajā darbā veselības aprūpes profesionāļi var izmantot plašu novērtēšanas instrumentu (mērījumu) klāstu. Tas ietver tehniskus (laboratoriskos un elektrofizioloģiskos izmeklējumus), klīniskus (fizisku vai kognitīvu traucējumu novērtēšanai) un uz pacientu orientētus (dzīves kvalitātes izvērtēšanas) instrumentus. Šie mērījumi ir vispārīgi vai konkrētai slimībai specifiski, un tie no veselības iznākumu viedokļa var savstarpēji pārklāties, t. i., novērtēt vienu un to pašu informāciju. SFK definē veselības iznākumus. Klīniskajā darbā izmantotie novērtēšanas instrumenti var tikt saistīti ar SFK, kas palīdz definēt veselības iznākumus, ko konkrētais instruments mēra. [12]

Lai uzlabotu SFK klīnisko lietojamību, *ICF Research branch* ir izveidojusi īsās un visaptverošās SFK pamatkopas (*Brief and Comprehensive ICF Core Sets*). Šajās pamatkopās tiek saglabāta SFK pamata struktūra, bet tās ietver tikai tās kategorijas, kas ir svarīgas konkrētām diagnožu grupām. Šo pamatkopu attīstības process ir balstīts uz iepriekšējiem zinātniskiem pierādījumiem, formālu lēmumu pieņemšanu un *consensus* procesu. [11] Tādējādi SFK pamatkopa piedāvā kategorijas, kas apraksta specifiska veselības stāvokļa funkcionēšanas traucējumu spektru.

Pamatkopas, kā arī to attīstības process un lietošanas pamācība pieejama *ICF Research Branch* mājas lapā (<https://www.icf-research-branch.org/>).

Izmantojot SFK klīniskajā darbā:

- 1) tiek nodrošināta biopsihosociāla pieeja, vienoti standarti klīniskā stāvokļa aprakstīšanā pacientiem ar dažādām diagnozēm un slimības iznākumu aprakstīšanai un salīdzināšanai;
- 2) tā kalpo par pamatu, lai uzlabotu interdisciplināro komunikāciju;
- 3) tā palīdz izšķirt multiprofesionālās komandas lomas;
- 4) tā kalpo par līdzekli novērtēšanai, mērķu uzstādīšanai un rehabilitācijas pieeju plānošanai;
- 5) tiek uzlabota uz pacientu orientēta rehabilitācijas pieeja.

3. AGRĪNI AMBULATORI MONOPROFESIONĀLI REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMI PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ

3.1. Esošie efektivitātes pierādījumi dažādās pacientu grupās

Ņemot vērā citu valstu pieredzi un pieejamos publicētos pierādījumus, šajā nodaļā tiks aplūkota vienu no funkcionālo speciālistu – fizioterapietu – agrīnie ambulatorie monoprofesionālie pakalpojumi primārajā veselības aprūpes līmenī.

Agrīni iekļaujot fizioterapiju primārās veselības aprūpes līmenī, pacientiem ar muskuloskeletāliem traucējumiem uzlabojas ārstēšanas kvalitāte un līdz ar to – pacientu apmierinātība ar ārstēšanas procesu un rezultātu [16]. Pēc akūtas muskuloskeletālu sāpju epizodes, kas tikusi ārstēta, izmantojot fizioterapijas tehnoloģijas, ar atkārtotām sāpēm turpmāko 12 mēnešu laikā pēc palīdzības vērsušies vien 43% pacientu, tādejādi samazinot slogu veselības aprūpes sistēmai (piem., mazāks konsultāciju skaits pie ārstiem speciālistiem un ģimenes ārstiem, mazāks skaits stacionārās ārstēšanas epizožu). Kā nosakošie lielumi minētajiem ieguvumiem šajā populācijā ir sākotnējais nespējas līmenis un sāpju mazināšanās apjoms pirmajās četrās nedēļās pēc epizodes sākuma [38].

Piemēram, Zviedrijas primārās aprūpes klīnikas (komandas) pacienti ar muskuloskeletāliem traucējumiem, kuri uzreiz nonāca pie fizioterapeita, salīdzinot ar pacientiem, kuri sākotnēji nonāca pie primārās aprūpes ārsta, mazāk izmantoja veselības aprūpes pakalpojumus (t. i., atkārtotas vizītes pie ģimenes ārsta, kā arī mazāk nosūtījumu pie speciālistiem, uz izmeklējumiem, mazāk medikamentu izrakstīšanas) tuvākā gada laikā pēc akūtās epizodes, bet, uzrādīja līdzvērtīgus vai nedaudz pārākus ārstēšanas rezultātus (sasniedzot labāku un ātrāku funkcionālo uzlabojumu un tendenci ātrāk mazināt sāpes un novērst to atkārtošanos) [9; 10], līdz ar to uzrādot fizioterapijas iespējas optimālā pacientu, kuriem ir muskuloskeletāli traucējumi, agrīnā ārstēšanā.

Ir pierādīts, ka fizioterapeitus ir mērķtiecīgi iekļaut pirmreizēju muguras sāpju pacientu novērtēšanā, veicot t.s. diagnostisko triādi (*diagnostic triage*), ko rekomendē primārajā aprūpē muguras sāpju pacientiem, lai izšķirtu, vai pacientam ir specifiska spināla patoloģija, radikulārs sindroms vai nespecifiskas muguras lejasdaļas sāpes [4].

Ir pierādīts, ka agrīna fizioterapija (tūlītējs nosūtījums, uzsākšana trīs dienu laikā pēc vērsšanās pie fizioterapeita) pacientiem ar akūtām nespecifiskām muguras lejasdaļas sāpēm ir efektīvāka izmaksu ziņā (galvenokārt samazinot veselības aprūpes izmantošanu un ar to

saistītās izmaksas) viena gada griezumā, salīdzinot ar ierasto praksi primārajā aprūpē [22; 39; 58].

Agrīnai fizioterapijas uzsākšanai (pirmo 4 nedēļu laikā kopš epizodes sākuma) ir pierādīta efektivitāte, mazinot kakla daļas sāpju (t. sk. saistībā ar “pātagas cirtiena” traumu) izraisītus funkcionēšanas ierobežojumus un pašas sāpes [29; 63].

Fizioterapijas un dažādu tās metožu efektivitāte ir pierādīta atsevišķu pleca reģiona sāpju mazināšanai un funkciju atjaunošanai. Piemēram, rotatoru aproces tendinopātijas ārstēšanā terapeitiski vingrinājumi ir efektīvi, salīdzinot ar situāciju, kad nenotiek nekāda ārstēšana, un vienlīdz efektīvi, salīdzinot to kombināciju ar fizikālo un/vai manuālo terapiju vai ķirurģisku ārstēšanu, vai kortikosteroīdu injekcijām [40]. Terapeitiskiem vingrinājumiem ir tikpat liela efektivitāte kā subakromiālas dekompresijas ķirurģiskai manipulācijai [35].

Miofasciālo tehniku izmantošana kopā ar pareiza kustību stereotipa veicināšanu ir efektīva laterālā epikondilīta ārstēšanā. Plantārā fascīta gadījumā miofasciālas tehnikas samazina sāpes un uzlabo kustību apjomu potīšu locītavās [55]. Fizisku vingrinājumu izmantošana palīdz mazināt sāpes un funkciju ierobežojumu cilvēkiem, kuri cieš no patellofemorālā sāpju sindroma [27]. Nav statistiski nozīmīgu atšķirību starp fizioterapijas un meniskektomijas ietekmi uz sāpju un funkcionēšanas rādītājiem cilvēkiem ar meniska bojājumu. Pēc meniskektomijas ārstēšanai, kas ietver terapeitiskos vingrinājumus, salīdzinot ar ārstēšanu bez terapeitiskajiem vingrojumiem, nav pārliecinošs statistiski ticams pārkums attiecībā uz sāpju mazināšanu vai muskuļu spēka uzlabošanu īstermiņā, taču tā ir efektīvāka, vērtējot apakšējās ekstremitātes funkciju uzlabošanos ilgtermiņā [64].

Fizioterapijas pakalpojumus ir svarīgi saņemt maksimāli tuvu pacienta dzīvesvietai, lai pacients varētu turpināt strādāt, jo darba turpināšana ir viena no rekomendācijām muskulo-skeletālo sāpju ārstēšanā primārajā veselības aprūpē [39]. Tie ir pakalpojumi, kuriem raksturīga uz pacientu centrēta pieeju, ierobežots radioloģisko izmeklējumu lietojums un kvalitatīva konservatīva ārstēšana pirms nosūtīšanas ķirurģiskai ārstēšanai.

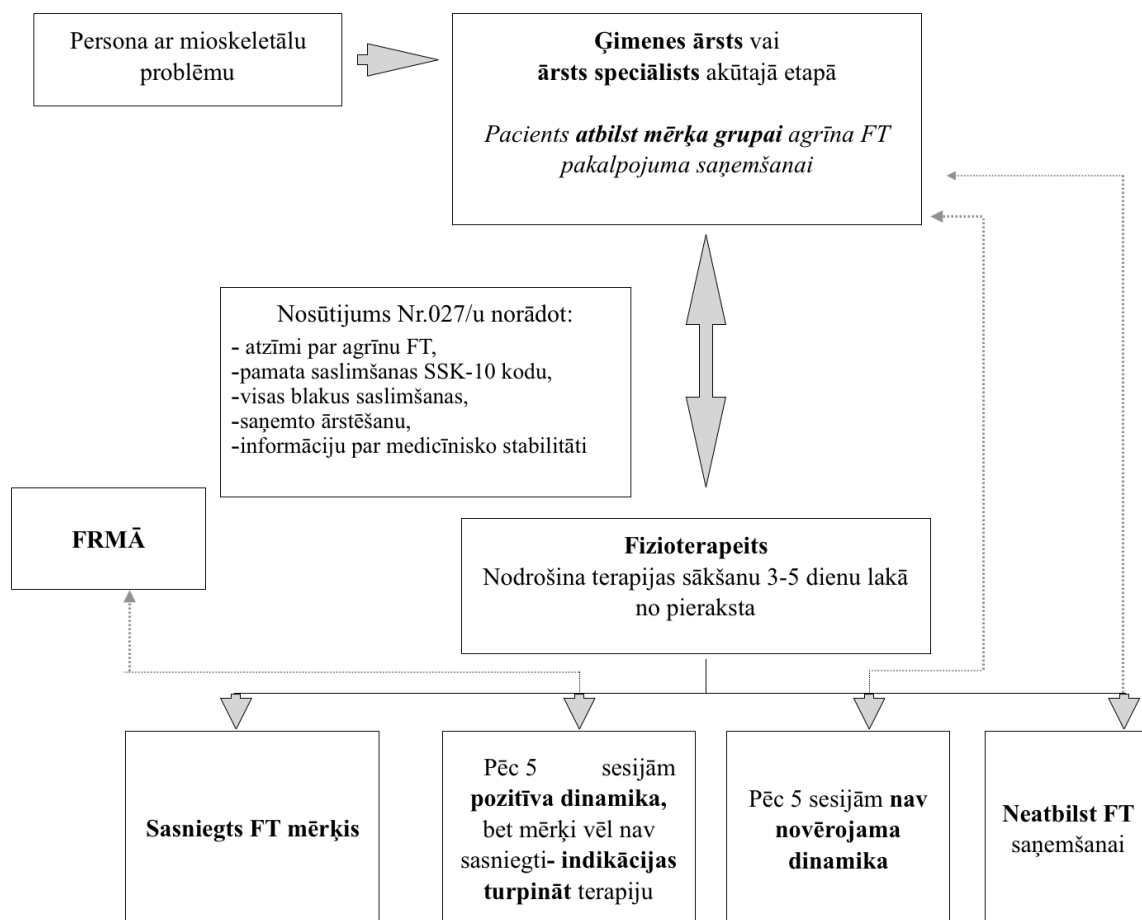
3.2. Pacientu atlase, nosūtīšana, pakalpojuma saturs un mērķi, atgriezeniskā saite

Rehabilitācijas procesa organizēšanai pacientiem primārās veselības aprūpes līmenī ir šādas mērķa grupas:

- 1) pacienti ar akūtām vai subakūtām muskuloskeletālām sāpēm (diagnožu kodi M00-M99 pēc SSK-10 un sāpes, kuru ilgums nepārsniedz 12 nedēļas);
- 2) pacienti pēc traumatiska bojājuma (diagnožu kodi T92, T93, T98.2 pēc SSK-10) agrīnā periodā ar sāpēm un/vai funkcionālu ierobežojumu vienā vai vairākās

funkcijās (b710-b789 pēc SFK 7. nodaļas “Nervu, muskuļu un skeleta sistēmas un ar kustībām saistītās funkcijas”).

Pastāv noteikta kārtība, kādā notiek nosūtīšana uz rehabilitāciju un šī pakalpojuma saņemšana (*skat. 3.1. att.*).



3.1. att. Kārtība, kādā notiek nosūtīšana agrīnai fizioterapijas pakalpojuma saņemšanai un tā saņemšana

Pakalpojumu sniedz sertificēts fizioterapeits, izmantojot spēkā esošās apstiprinātās medicīniskās tehnoloģijas un darbojoties saskaņā ar Ārstniecības likumu, nozari regulējošajiem normatīvajiem aktiem un profesijas standartu.

Agrīns fizioterapijas pakalpojums sākas ar pirmo konsultāciju, kas ietver:

- 1) mērķtiecīgas, aktuālajam stāvoklim un vajadzībām atbilstošas pacienta izmeklēšanas metodes (būtiski pievērst uzmanību “sarkanā karoga” simptomu izvērtēšanai), kā arī analīzes, slēdziena formulēšanas un ārstēšanas plānošanas fizioterapijā medicīniskās tehnoloģijas izmantošanu; pacientiem ar muguras sāpēm analīzes procesā vēlams izmantot diagnostisko triādi (*skat. 2. pielikumu*);

- 2) atbilstošas fizioterapeitiskās ārstēšanas tehnoloģijas izmantošanu atbilstoši aktuālajai situācijai un izvirzītajiem mērķiem;
- 3) pēc pirmās konsultācijas (ja tai seko ārstēšana) notiek protokolēšana, dokumentējot noteiktus datus.

Agrīnas fizioterapijas pirmajā konsultācijā protokolētie dati

1. Datums.
2. Pacienta identifikācija.
3. Sākotnējo novērtēšanu veikušā fizioterapeita identifikācija.
4. Pacienta aktuālās (līdz 3) sūdzības un funkcionālie ierobežojumi (ietverot izteiktības vērtējumu).
5. “Sarkano karogu” simptomu novērtējuma rezultāti.
6. Funkcionālās izmeklēšanas slēdziens (t. sk. konstatētās kontrindikācijas terapijai).
7. Ārstēšanas plāns, kas ietver:
 - izvirzītos mērķus (ietverot laika griezumu, sasniegšanas kritērijus, sasniegšanas veidu (tehnoloģijas), SMART principu (*skat. 1. pielikumu*));
 - plānoto nodarbību (sesiju) biežumu un ilgumu.
8. Atkārtotās izvērtēšana laiks., vadoties pēc mērķiem (bet ne vēlāk kā pēc 5 nodarbībām).
9. Atgriezeniskā saite speciālistam, kurš nosūtījis pie fizioterapeita.

Fizioterapeita nodarbība

Lai sasniegtu ārstēšanas mērķus, nodarbībā tiek izmantota viena vai vairākas fizioterapijas ārstēšanas metodes (parasti kombinējot gan pasīvās, gan aktīvās). Agrīnā fizioterapijas pakalpojuma ietvaros tiek veiktas individuālas nodarbības, kuru laikā tiek vērots pacienta aktuālais stāvoklis un tam atbilstoši pielāgotas metodes.

Katra nodarbība tiek dokumentēta, atainojot ārstēšanas plāna izpildes gaitu, pacienta stāvokļa izmaiņas, izmaiņas lietotajās tehnoloģijās. Var atainot arī nākamās nodarbības plānu un mērķus, kā arī pacientam patstāvīgi veicamos uzdevumus.

Agrīnas fizioterapijas nodarbībā protokolētie dati:

1. Nodarbības datums.
2. Pacienta identifikācija.
3. Fizioterapeita identifikācija.
4. Kopējais nodarbības laiks.
5. Pacienta aktuālā stāvokļa (sūdzību, klīniskie simptomi, vispārējā stāvokļa) novērtējums (pirms nodarbības).

6. Nodarbības plāns un saturs (lietotās tehnoloģijas, to dozēšana un pielāgošana, ilgums, secība).

7. Pacienta ziņotais par savām sajūtām un attieksmi (piem., sūdzības (piem., par sāpēm), attieksme pret piepūli, grūtībām, atgriezeniskās saites informācija).

8. Fizioterapeita novērojumi (piem., par vingrojumu izpildi, pacienta iesaisti, sadarbību un līdzestību, pacienta reakciju uz izmantotajām tehnoloģijām (piem., sirds un asinsvadu sistēmas reakcija – arteriālā asinsspiediena un pulsa izmaiņas, subjektīvās piepūles vērtējums u.c.).

Atkārtota pacienta novērtēšana

Atkārtotu novērtēšanu veic iepriekš noteiktā datumā, primāri vadoties pēc izvirzītā mērķa. Atkārtotas izvērtēšanas laikā notiek:

- 1) mērķu izpildes izvērtēšana un tālākā rīcības plāna izstrāde;
- 2) atkārtota “sarkano karogu” simptomu un sāpju hronifikācijas riska faktoru izvērtēšana;
- 3) atbilstības fizioterapijas pakalpojuma saņemšanai izvērtēšana.

Dokumentācija ietver atkārtotas vai jaunas novērtēšanas protokolu, ar atkārtotiem vai jauniem – atkarībā no terapijas gaitas – novērtēšanas instrumentiem. Mērķis ir sekot terapijas plāna izpildei, pieņemt lēmumu par plāna maiņu vai terapijas noslēgšanu. Atkārtotas novērtēšanas dokumentācija ietver atgriezenisko saiti nosūtītājam.

Terapijas noslēgums

Terapijas noslēguma fāzē tiek konstatēti terapijas pārtraukšanas apstākļi, tās iemesli (sasniegts terapijas rezultāts, novērota pozitīva dinamika, kontraindikācijas fizioterapijai, norādes par papildu izmeklējumu nepieciešamību vai cita veida ārstēšanu), kā arī pacientam tiek sniegtas rekomendācijas tālākai rīcībai.

Agrīnas fizioterapijas noslēguma dokumentācijas saturs:

1. Sniegtā pakalpojuma apjoms.
2. Pacienta pašreizējais funkcionālais stāvoklis.
3. Mērķu sasniegšana (sasniegts pilnībā, daļēji, nav sasniegts).
4. Mērķu nesasniegšanas iemeslu izvērtējums.
5. Pacienta terapijas pārtraukšanas iemesli.
6. Rekomendācijas tālākai rīcībai.
7. Fizioterapeita kontroles plāns.

Noslēdzot agrīnu fizioterapijas pakalpojumu, speciālists protokolē šādus sniegtā pakalpojuma apjoma kritērijus: kopējais nodarbību skaits un forma (specifisko tehnoloģiju lietojums), vienas nodarbības ilgums, biežums (reizes/nedēļā)).

Atgriezeniskās saites nodrošināšana nosūtītājam

Ja pakalpojuma sniegšanas laikā visi protokolētie dati tiek ievadīti e-veselībā, tad nosūtītājs uzreiz saņems atgriezenisko saiti. Kamēr tas nenotiek, fizioterapeits pēc ārstēšanas noslīguma aizpilda veidlapas Nr. 027/u formu, tajā ietverot vai tai pievienojot terapijas noslīguma plāna dokumentāciju.

4. AMBULATORU MONOPROFESIONĀLU REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMU INTEGRĀCIJA VESELĪBAS VEICINĀŠANAS UN PROFILAKSES PROGRAMMĀS PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ

4.1. Ieguvumi no rehabilitācijas

Optimāla fizisko aktivitāšu līmeņa veicināšana (balstoties uz PVO rekomendācijām [70]) ir viens no veselības veicināšanas pasākumu galvenajiem elementiem gan relatīvi veseliem cilvēkiem, gan personām ar hroniskām saslimšanām. Fizioterapeiti kā fizisko aktivitāšu eksperti [66] iesaistās dažāda veida un formu veselības veicināšanas pasākumos pacientu dzīvesvietās (gan sadarbībā ar pašvaldībām, gan nevalstiskajām organizācijām).

Ir pierādīts, ka regulāras optimālas fiziskās aktivitātes mazina saslimstības risku ar biežākajām neinfekciozajām saslimšanām (kardiovaskulārajām slimībām, 2. tipa cukura diabētu, aptaukošanos), var novērst kognitīvo traucējumu attīstību un palēnināt to progresiju vecāka gadagājuma cilvēkiem [57]. Fiziskās aktivitātes pozitīvi ietekmē ar veselību saistīto dzīves kvalitāti [7]. Bērniem ar fiziskiem funkcionēšanas traucējumiem aptaukošanās profilaksei izmanto fiziskās aktivitātes (pēc bērna izvēles), motivācijas stratēģijas, pakāpenisku slodzes palielināšanu un iesaisti spēka treniņā (> par 15 min) [44].

Ir pierādīts, ka, lai uzlabotu iesaisti fiziskajās aktivitātēs pacientiem ar hroniskām saslimšanām (piem., HOPS, 2. tipa cukura diabētu), fizioterapeiti papildus izglītojošām sesijām var izmantot mobilās aplikācijas, kas ietver gan monitorēšanu, gan atgriezenisko saiti [67].

Fizisko aktivitāšu monitorēšana (gan ar aptaujas anketām (subjektīvi), gan ar objektīvām metodēm (izmantojot pedometrus, akselometrus)) ir viens no elementiem, ko fizioterapeiti var iekļaut primārajā aprūpē, gan lai veiktu vispārējo novērtēšanu, gan novērtētu dažādu intervenču rezultātus, gan lai motivētu, dodot atgriezenisko saiti [5].

Pierādījumi liecina, ka dažādu fizisku (gan aerobu, gan līdzsvara, gan spēka) treniņu regulāra piekopšana gados ļoti veciem cilvēkiem uzlabo funkcionēšanu ikdienas aktivitātēs un darbojas kā kritienu riska mazinātājs un kopējās veselības veicinātājs [34]. Fizisko treniņu regulāra piekopšana palīdz mazināt gan sarkopēnijas risku (primāra profilakse), gan arī novērst tās pastiprināšanos vai atkārtotu izpausmi (sekundāra profilakse) cilvēkiem, kuri ir vecāki par 60 gadiem [15].

Ar dažādu fizisku treniņu veidu kombināciju ir iespējams panākt osteoporozes un ar to saistītu veselības traucējumu risku samazināšanu sievietēm pēc menopauzes [33]. Regulāra nodarbošanās ar muskuļu spēka treniņu (atbilstoši PVO rekomendācijām – vismaz 2 reizes / nedēļā) samazina iespēju piedzīvot muguras jostas daļas sāpes (tomēr kā nozīmīgs modulējošs faktors jāatzīmē smēķēšana) [1].

Fizisko aktivitāšu veicināšanas intervences bieži tiek kombinētas ar uztura paradumu maiņas stimulēšanu, un tas liecina par uztura speciālistu iesaistes nozīmi.

Optimālu uztura paradumu veicināšana ir otrs būtiskais veselības veicināšanas programmu elements [69].

Ir pierādījumi, ka pieaugušajiem bez zināmiem kardiovaskulāro slimību riska faktoriem intervence uztura un fizisko aktivitāšu uzvedībā dod dažādus veselības uzlabojumus (optimāla arteriālā asinsspiediena un lipīdu līmeņa saglabāšana, adipozitātes novēršana), turklāt lielāku uzlabojumu dod augstākas intensitātes intervences. Tās, ja turpināsies to izmantošana, ilgtermiņā var mazināt kardioloģisko notikumu iespēju [54]. Ir liecības, ka papildu olbaltumu un D vitamīna uzņemšana kopā ar fizisko treniņu programmu uzlabo kaulu un muskuļu veselību senioriem [15]. Būtiska ir uztura paradumu un to modifikācijas nozīme, lai uzturētu optimālu ķermeņa masu un kompozīciju, aptaukošanās un 2. tipa cukura diabēta profilaksei un tā risku mazināšanai (gan primārā, gan sekundārā profilakse) [61].

Uztura novērtēšana (ar uztura dienasgrāmatas u. c. palīdzību) un uztura paradumu modifikācija ir būtiska ikvienas hroniskas saslimšanas un ilgstošu funkcionālo ierobežojumu gadījumā, un tādējādi tā aktualizēt uztura speciālistu lomu. Uztura paradumu modifikācijai arī uztura speciālisti lieto dažādas mobilās aplikācijas un attālinātas metodes.

Veselības veicināšanā, īpaši (bet ne tikai) personām ar hroniskām saslimšanām, ilgstošiem vai paliekošiem funkcionāliem ierobežojumiem, primārajā veselības aprūpes modelī efektīvi var līdzdarboties arī ergoterapeits [28]. Ir pierādīta ergoterapijas klīniskā un izmaksu efektivitāte, primārajā un sekundārajā profilaksē risinot senioru veselības jautājumus [49]. Piemēram, grupu un mājas fizisko vingrojumu programmu pildīšana kopā ar mājas vides pielāgošanu sekmē kritienu skaita un to risku samazināšanos senioriem, un tas liecina par fizioterapeita un ergoterapeita sadarbības nozīmi primārajā aprūpes līmenī [23; 42].

Kardiovaskulāru slimību primārai un sekundārai profilaksei nepieciešama dažāda veida profesionāļu (gan veselības aprūpē, gan ārpus tās) iesaistīšanās, kas veicinātu vismaz minimālo fizisko aktivitāšu apjoma (> 30 min mērenas intensitātes slodzes 5 dienas nedēļā) sasniegšanu dažādos apstākļos – speciālistu tiešā vai attālinātā uzraudzībā, mājas apstākļos vai apkaimes / kopienas ietvaros [65].

4.2. Sadarbības modeļu iespējas un programmu veidošana

Veselības veicināšanas un primārās profilakses pasākumi visbiežāk iekļauj izglītojošus pasākumus dažādos līmeņos, primārās veselības aprūpes līmeni sasaistot ar sabiedrības veselības aktivitātēm, politikas un pārvaldes plānotājiem pašvaldību un valstiskā līmenī.

Literatūrā ir aprakstīta veselīga dzīvesveida medicīna (*healthy lifestyle medicine*) veselības veicināšanai pat iesaka veidot speciālus veselīga dzīvesveida centrus, kur pieejami dažādi speciālisti [76]. Rezultāta sasniegšanai nepieciešama uzvedības modeļa maiņa, kas ir laikietilpīgs process un liels izaicinājums. Vienmēr ir jāizvērtē kontekstuālo faktoru ietekme (piem., ģimenes loma, kas jāņem vērā ne tikai saistībā ar ietekmi uz bērna uzvedības modeli, bet arī saistībā ar jebkuru pieaugušā, kurš dzīvo ģimenē, uzvedības stereotipu un tā maiņu; lokālās kopienas, tradīciju un kultūras nozīme; personības īpatnības).

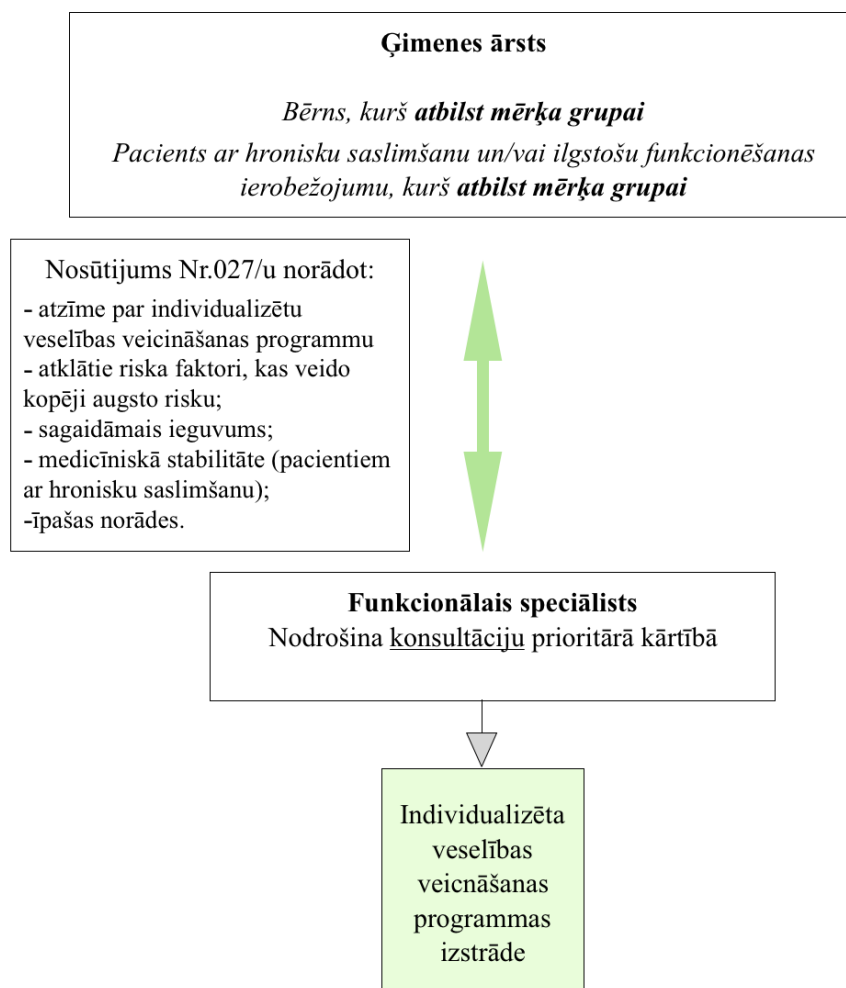
Primārajā veselības aprūpes līmenī, integrējot funkcionālā speciālista (fizioterapeita, ergoterapeita, uztura speciālista) pakalpojumu, ir iespējams realizēt veselības veicināšanas programmas, kas var būt individualizētas vai uz mērķa grupām orientētas.

Individualizētas veselības veicināšanas programmas

Mērķa grupas:

- 1) relatīvi veseli bērni un pieaugušie ar augstu saslimšanu risku, ko var ietekmēt ar veselīga dzīvesveida intervencēm;
- 2) personas ar ilgtermiņa funkcionēšanas ierobežojumiem un pacienti ar hroniskām saslimšanām, ar augstu saslimšanu risku, ko var ietekmēt ar veselīga dzīvesveida intervencēm.

Nosūtīšana uz pakalpojuma saņemšanu un tā saņemšanas kārtība (*skat. 4.2. attēlu*).



4.2. att. Individualizētas veselības veicināšanas programmas saņemšanas kārtība

Saturs: individualizēta veselības veicināšanas un primārās profilakses programma ietvers funkcionālā speciālista konsultāciju (pirmreizēju izvērtēšanu un individuāli pielāgotas rekomendācijas). Individuālo rekomendāciju izpildei tiks izveidota īpaša programma (skat. 4.3. att.).

- Ietver monitorēšanu un pārraudzību, atgriezenisko saiti;
- Atkārtotu kontroli (-es) - paredzot kad, kurš veiks un ko izvērtēs;
- Programmas kopējais ilgums un rezultātu vērtēšanas kritēriji;
- Informēšana un izglītošana, apmācība, motivēšana un iedrošināšana;
- Var iekļaut:
 - ✓ strukturētas pārraudzītas aktivitātes (piem., fizisko treniņu programmas, ko vada fitnesa treneris un/ vai fizioterapeits un/ vai ergoterapeits un/ vai pielāgoto aktivitāšu speciālists);
 - ✓ citu funkcionālo speciālistu konsultācijas;
 - ✓ mājas programmu un tās monitorēšanu (piem., diensagrāmata vai aplikācija, fiksējot izpildi, pašsajūtu, TA, u.c.);
- Monitorēšanā un personas motivēšanā ilgtermiņā var paredzēt ģimenes ārsta un/ vai māsas iesaisti (kontroles vizītes);
- Programmas noslēgumā tiek izvērtēta gan izpilde, gan sasniegtie rezultāti un dota atgriezeniskā saite nosūtītājam.



4.3. att. Individualizētas veselības veicināšanas programmas saturs

Veiksmīgas sadarbības nodrošināšanai pēc sākotnējās konsultācijas tiek sagatavots izraksts pacientam un ģimenes ārstam (nosūtītājam), iekļaujot izvērtēšanas kopsavilkumu, izvirzīto programmas mērķi (sagaidāmo ilgtermiņa rezultātu), sastādītās programmas saturu (aktivitātes un to monitorēšana, pārraudzība; atkārtota kontrole un rezultātu vērtēšana (kas, kurš, kad to darīs?). Savukārt programmas noslēgumā tiek dota atgriezeniskā saite par izpildi un sasniegtajiem rezultātiem un dotas turpmākās rekomendācijas.

Uz mērķa grupām orientētas veselības veicināšanas programmas

Grupu veidi. Funkcionālie speciālisti primārajā veselības aprūpes līmenī, sadarbojoties ar ģimenes ārstu un/vai primārās aprūpes māsām, var veidot, koordinēt un vadīt veselības veicināšanas programmas dažādām mērķa grupām ar potenciāliem specifiskiem veselības riskiem (*skat. 4.4. att.*).

PIEMĒRI VESELĪBAS VEICINĀŠANAS MĒRĶA GRUPĀM

- ◆ Strādājošajiem, lai mazinātu mioskeletālo sūdzību (sāpju) attīstības risku;
- ◆ Bērniem (pieaugušajiem) ar paaugstinātu ķermeņa masu;
- ◆ Skolas vecuma bērniem;
- ◆ Pusaudžu psihiskās veselības veicināšanai;
- ◆ Topošajām un jaunajām māmiņām;
- ◆ Senioriem kognitīvo funkciju saglabāšanai
- ◆ utt.

Pacientiem ar hroniskām saslimšanām, iekļaujot specifisku risku modifikāciju, *piemēram*,

- ◆ Fizisko aktivitāšu veicināšana pacientiem ar smagām psihiskām saslimšanām;
- ◆ Uzturs pacientiem pēc onkoloģiskām saslimšanām
- ◆ utt.



4.4. att. Piemēri veselības veicināšanas programmām, kas vērstas uz mērķa grupām

Saņemšanas kārtība. Dalībai grupā var pieteikties pats interesents, kā arī to var ieteikt veselības aprūpes profesionālis (t. sk. ģimenes ārsts vai māsa).

Saturs. Programmas tiek realizētas kā **grupu nodarbības** (parasti 1,5–2,5 stundas, 1–2 reizes mēnesī). Nodarbībās tiek kombinēta informēšana un izglītošana, apmācības un praktiski treniņi. Fizioterapeitu / ergoterapietu vadītās programmas papildus izglītojošiem pasākumiem var ietvert arī vingrojumu nodarbības, dažādu relaksācijas tehniku (vienā nodarbībā vai atsevišķās), kustību kvalitātes apguvi. Programmas kopējais ilgums būs atkarīgs no mērķa grupas.

Programmas sākumā tiek veikts specifisko riska faktoru (uz ko orientēta mērķa grupa) izvērtējums katram dalībniekam, kā arī tiek plānota atkārtota novērtēšana (atkārībā no mērķa grupas un riska faktora rādītāju mainības laikā).

Sākotnējā un atkārtotā novērtēšana tiek veikta sadarbībā ar ģimenes ārstu.

Sadarbības nodrošināšana. Par dalībnieka dalību grupā (pabeidzot programmu) tiek sniegta informācija (izraksta veidā) gan pašam dalībniekam, gan ģimenes ārstam: par programmas saturu, ilgumu, vadītāju, izpildi (vai dalībnieks pabeidza pilnu programmu, vai apmeklēja tikai atsevišķas nodarbības (cik), iemesli nepilnai programmas izpildei) ; riska izvērtēšanas rezultātu sākumā (ja to veicis funkcionālais speciālists) un plānoto atkārtoto vērtēšanu.

Lai veidotos veiksmīga sadarbība un dalībnieku iesaiste, būtiska ir informācijas pieejamība par programmām visiem iesaistītajiem – potenciālajiem dalībniekiem, ģimenes ārstam un primārās aprūpes mā sai, iesaistītajiem rehabilitācijas speciālistiem, norādot:

- 1) programmas mērķi un saturu;
- 2) realizācijas laiku un vietu.

Dažās no šīm programmām var būt iesaistīti arī ārpus veselības aprūpes sistēmas esoši profesionāļi, piem., veselības sporta (fitnesa) treneri un/vai pielāgoto aktivitāšu speciālisti (sadarbībā ar fizioterapeitu vai ergoterapeitu).

Ņemot vērā, ka veselības veicināšanas pasākumiem ir jāveicina uzvedības maiņa ikdienas dzīvē, tad to realizācijai vajadzētu notikt ārpus ārstniecības iestādes telpām, proti, realizācija kopienā, piem., darba vietās strādājošajiem, skolās, interešu centros, sporta klubos / centros. Ilgtermiņā jādomā par citu valstu pieredzes izmantošanu, sekmējot veselīga dzīvesveida centru veidošanu, piemēram, pie primārās veselības centriem vai koppraksēm.

5. ILGTERMIŅA REHABILITĀCIJAS PROGRAMMAS PRIMĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES LĪMENĪ

5.1. Medicīniskā rehabilitācija ilgstošu funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā

Pēdējās desmitgadēs, ņemot vērā demogrāfiskās pārmaiņas, pieaugošo saslimstību ar neinfekciozām saslimšanām, kā arī augstāku izdzīvojušo skaitu pēc akūtām smagām saslimšanām, palielinās cilvēku skaits ar hroniskām saslimšanām un ilgstošiem funkcionāliem ierobežojumiem. Tas savukārt palielina nepieciešamību pēc ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumiem un aprūpes [74].

Biežākās saslimšanas, kas izraisa ilgstošus funkcionālos ierobežojumus un ir ar augstu mirstību, augstu ienākumu valstīs ir **cerebrovaskulāras saslimšanas, sirds išēmiskā slimība (SIS) un hroniska obstruktīva plaušu slimība (HOPS)** [48]. Ir pietiekoši daudz pierādījumu, kas liecina par kvalitatīvu rehabilitācijas pakalpojumu pozitīvu ietekmi uz pacientiem ar minētajām saslimšanām. Turklāt vienlīdz būtiski ir gan agrīni, intensīvi stacionāri rehabilitācijas pasākumi, lai sekmētu funkcionālo atjaunošanos, uzlabotu dzīves kvalitāti, neatkarību un samazinātu hospitalizācijas ilgumu, gan rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšana visā aprūpes nepārtrauktībā, tādējādi novēršot funkcionālo pasliktināšanos [60].

Ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšanā izšķiroša ir efektīva to integrācija primārajā veselības aprūpes sistēmā. Citu valstu pētījumos minēts, ka tikai maza daļa (21%) pacientu ar HOPS tiek ģimenes ārstu nosūtīti pulmonārās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai [25], bet pēc akūta saasinājuma, jau pēc izrakstīšanas no slimnīcas – tikai 5–15% [32]. Visbiežāk ambulatori **pulmonārās rehabilitācijas pakalpojumi** (programmas) primārās aprūpes līmenī sastāv no fizioterapijas intervencēm (uz pierādījumiem balstītām vingrojumu programmām, kurās iekļauti individuāli dozēti aerobie, spēka, elpošanas vingrojumi individuālās vai grupu nodarbībās, kā arī mājas programmās ar pārraudzību), kas tiek kombinētas ar pacientu izglītošanu un motivēšanu (rekomendējot pašpalīdzības un paškontroles pasākumus, veselīgu dzīvesveidu, sekundāro profilaksi) [8].

Ja ir pieejami resursi, tad pulmonārās rehabilitācijas programmā iekļauj arī uztura speciālista, psihologa konsultācijas un nodarbības. Ambulatorie pulmonārās rehabilitācijas pakalpojumi palīdz ne tikai pacientiem ar HOPS, bet arī ar citām hroniskām plaušu saslimšanās (piem., astmu), turklāt tie ir piemērojami jebkurai saslimšanas smaguma pakāpei, un arī kardioloģiskas blakusslimības neizslēdz tās izmantošanu un efektivitāti [8].

Arī ambulatori **kardioloģiskās rehabilitācijas pakalpojumi** netiek pietiekoši plaši izmantoti un integrēti primārajā veselības aprūpē, lai gan pacientiem ar koronārajām sirds slimībām uz fiziskajiem vingrojumiem balstīta kardioloģiskā rehabilitācija samazina mirstību no kardiovaskulārām saslimšanām, samazina hospitalizāciju skaitu un uzlabo dzīves kvalitātes rādītājus (t. sk. psihiskās veselības komponentes) [3]. Diemžēl kardioloģisko rehabilitāciju saņem tikai vidēji 30–50% no pacientiem, kuriem tā varētu palīdzēt [60].

Fizisko vingrojumu programmas kardioloģiskajiem pacientiem iekļauj gan individuāli dozētu aerobu slodzi, gan muskuļu spēka treniņu, gan elpošanas vingrojumus. Jāņem vērā, ka vingrojumu programmām jābūt pietiekami ilgstošām (parasti vismaz 12 nedēļu ilgām), tādēļ būtiska ir pacientu līdzestība. Savukārt, lai nodrošinātu drošību, jābūt atbilstoši monitorēšanai. Ja sākotnēji apmāca paškontrolei (kā sekot piepūlei, pārbaudīt pulsu, SpO₂, arteriālo asinsspiedienu u.c.), tad pakāpeniski vingrojumus var integrēt ikdienas fiziskajās aktivitātēs, tādējādi nodrošinot optimālu fizisko aktivitāšu līmeni ikdienā (sekundāro profilaksi, veselības veicināšanu). Ir pierādīts, ka stacionārā, ambulatori vai mājās veiktas atbilstoši monitorētas programmas ir vienlīdz efektīvas [3]. Ambulatori un mājās veiktu programmu monitorēšanā (gan drošības pārbaudei, gan izpildes kontrolei) iesaka izmantot attālinātu pieeju (piem., mobilās aplikācijas, tiešsaistes vai telefonisku saziņu) [21].

Rehabilitācija ir būtiska veselības aprūpes daļa pacientiem pēc insulta [45]. Ilgtermiņā **rehabilitācijas pasākumi pacientiem pēc insulta hroniskajā fāzē** ir vērsti uz pārmaiņām dzīvesveidā – ir jāmazina riski, kas varētu radīt atkārotu iespēju rasties insultam, kā arī jānodrošina pielāgošanās pārmaiņām fiziskajā, saskarsmes, attiecību sfērā. Tāpat ir jāpielāgo dzīvesvieta un vide, jāveicina personas reintegrācija sabiedrībā un darba vidē, dalība personai nozīmīgās aktivitātēs dažādās dzīves jomās. Vienlaikus ir būtiski nodrošināt informācijas pieejamību (piem., par lokālajām brīva laika aktivitāšu iespējām, sociālajiem pakalpojumiem, pacientu biedrībām, darba rehabilitācijas iespējām, tehniskajiem palīgīdzekļiem, transportu un auto vadīšanu). Nepieciešams arī sniegt atbalstu pacienta ģimenei / aprūpētājiem. Būtiski ir veicināt pacientu fokusēšanos uz dzīvi pēc insulta un palīdzēt sasniegt viņu mērķus [51].

Līdzīgi kā pacientiem pēc insulta, ambulatori ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumi ir lietderīgi arī **pacientiem ar citiem iegūtiem neiroloģiskajiem stāvokļiem** ar ilgtermiņa funkcionālo ierobežojumu: piem., pacientiem pēc citiem iegūtiem galvas vai muguras smadzeņu bojājumiem (traumām, infekcijām, neinfekcijas saslimšanām u. c.) hroniskajā fāzē, pacientiem ar neirodeģeneratīvām saslimšanām (Parkinsona slimību, demenci), multiplo sklerozi u. c. [30].

Primārajā aprūpē integrēti ilgtermiņa reabilitācijas pasākumi ir būtiski **pacientiem ar onkoloģiskajām saslimšanām** jebkurā ārstēšanās un atveseļošanās posmā. Ilgstošā ārstēšana, ārstēšanas izraisīto blakņu saglabāšanās ilgtermiņā, augstais psihoemocionālais distress un grūtā adaptācija pēc ārstēšanas pacientiem rada dalības ierobežojumus dažādās dzīves jomās. Viņiem nepieciešama ilgtermiņa rehabilitācija, kurā svarīga loma ir ergoterapijas pakalpojumiem tuvu pacienta dzīvesvietai un ergoterapeita sadarbībai ar ģimenes ārstu; abi minētie speciālisti var būt ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu koordinētāji pacientiem ar onkoloģiskajām saslimšanām [2]. Ir pierādījumi arī par citu funkcionālo speciālistu (mākslas terapeitu, audiologopēdu) iesaistes lomu ilgtermiņa programmās simptomu mazināšanai, funkciju un dzīves kvalitātes uzlabošanai pacientiem. Ir daudz pierādījumu par onkoloģisko pacientu ikdienas fizisko aktivitāšu veicināšanas un strukturētu fizisko vingrojumu programmu efektivitāti ne tikai dzīves kvalitātes dažādu aspektu uzlabošanā, bet arī ārstēšanas radīto blakņu, recidīva un mirstības mazināšanā [14].

Pacientiem ar smagiem psihiskās veselības traucējumiem, kuriem, iespējams, diagnoze noteikta jau pirms vairākiem gadiem un tiek veikta optimāla terapija, bieži ir būtiski funkcionālie traucējumi un simptomi, kā arī funkcionāli ierobežojošas blakus saslimšanas (gan psihiskās, gan fiziskās). Arī viņiem nepieciešami ilgtermiņa ambulatorie rehabilitācijas pakalpojumi dzīvesvietā, kas ļaus uzlabot viņu neatkarību un dalību dažādās aktivitātēs. Ir pierādīta dažādu rehabilitācijas intervenču efektivitāte, piemēram, *NICE* vadlīnijās ir iekļauta mākslu terapija negatīvo simptomu mazināšanai pacientiem ar šizofrēniju [50], taču kā galvenais atslēgas punkts ir ergoterapijas pakalpojumi, kas vērsti uz pašaprūpi, ikdienas dzīves prasmēm, jēgpilnām nodarbēm, veicinot pacientu iesaisti brīvā laika aktivitātēs dzīvesvietas tuvumā, kā arī sociālajās un rehabilitācijas aktivitātēs (piem., izglītībā un apmācībā, algota darba veikšanā). Būtiska ir sadarbība ar klīnisko psihologu, māsām, sociālajiem darbiniekiem un sociālajiem aprūpētājiem [31].

Pacienti ar hroniskiem mioskeletālās sistēmas bojājumiem, kas izraisa sāpes un funkcionālos ierobežojumus, arī iegūs no ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumiem primārās aprūpes līmenī. Piemēram, osteoartrīta rehabilitācijā centrālā loma ir fiziskajiem vingrojumiem, kas tiek kombinēti ar izglītojošiem, veselības veicināšanas un profilakses pasākumiem, ikdienas aktivitāšu modifikāciju un palīglīdzekļu pielāgošanu, lai maksimāli saglabātu funkcionālo stāvokli un kavētu ierobežojuma progresiju, nodrošinot ikdienas autonomiju un aktivitātes [13; 53].

Ambulatori ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumi tuvu pacienta dzīvesvietai ir būtiski bērniem ar iedzimtām saslimšanām vai anomālijām, kas izraisa funkcionēšanas ierobežojumu, taču tie šajā nodaļā netiks tuvāk aplūkoti.

Kopīgie mērķi un uzdevumi

Ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumi pacienta dzīvesvietā vienmēr ietver tādus elementus kā 1) pašpārvaldes spēju attīstīšana, 2) sekundārā profilakse, dzīvesveida modifikācija, 3) ikdienas autonomijas atgūšana, 4) dalības veicināšana, iedrošinot un atbalstot piedalīšanos sev svarīgās un jēgpilnās aktivitātēs. Tas viss kopā ir vērsts uz katra pacienta kā personas adaptāciju (uz pacientu centrēta pieeja) un fokusēts uz dzīvi, atbalstot pacientu viņa dzīves mērķu īstenošanā.

Pacientiem ar hroniskām saslimšanām un ilgstošiem (paliekošiem vai progresējošiem) funkcionāliem traucējumiem ir būtiski attīstīt pašpārvaldes spēju, apgūstot un lietojot pašpārvaldības metodes vienlaikus ar veselīga dzīvesveida paradumiem un sekundārās profilakses pasākumiem, ko var panākt, izmantojot uz pacientu centrētas intervences, apzinot katra pacienta vajadzības, vērtības un pieredzi, lai atbaslītū viņu un iedrošinātu [56; 60]. Pēdējā laikā aizvien biežāk, lai uzlabotu paškontroli (piem., monitorētu fizioloģiskos rādītājus (arteriālo asinsspiedienu, HbA1c., SpO₂ u. c.), fizisko aktivitāšu apjomu (piem., soļu skaitu)) un veicinātu pašpalīdzības pasākumu lietošanu, veicinātu veselīga dzīvesveida izmaiņas, tiek izmantotas dažādas mobilās aplikācijas, kas dod labākus rezultātus, salīdzinot ar klasiskajām metodēm (konsultācijām, grupu nodarbībām). Šādu aplikāciju izmantošana un efektivitāte visvairāk ir pētīta 2. tipa cukura diabēta pacientiem [41; 77].

Pašpārvaldības attīstīšanai ir būtiska loma simptomu kontrolē un funkcionālo ierobežojumu progresēšanas novēršanā vai palēnināšanā, tā veicina maksimālu neatkarību ikdienā un iesaisti sev nozīmīgās aktivitātēs dažādu hronisku saslimšanu gadījumā (tādu kā, piemēram, artrīts un hroniskas sāpes, hroniskas elpošanas un sirds saslimšanas, depresija, diabēts). Programmas, kuru mērķis ir pašpārvaldes attīstīšana, ietver izglītošanu, pašpalīdzības (paškontroles) metožu apguvi un lietošanu, fiziskus vingrojumus, kognitīvas simptomu pārvaldības metodes (piem., stresa kontrole, progresīvā neiromuskulārā relaksācija), negatīvo emociju (trauksmes, dusmu, bezspēcības) un medikamentu lietošanas režīma izstrādi, komunikāciju ar citiem pacientiem (atbalsta grupās).

Programmu vidējais ilgums ir 6–8 nedēļas, visbiežāk tās ietver iknedēļas 1,5–2 stundu grupu nodarbības [20]. Būtiski šādas programmas ir realizēt primārajā aprūpes līmenī, tuvu pacienta dzīvesvietai, sadarbojoties rehabilitācijas speciālistiem (fizioterapeitam, ergoterapeitam, mākslu terapeitam, psihologam) un primārās aprūpes ārstam vai māsai. Vairākās valstīs šādas programmas primārajā veselības aprūpes sistēmā vada ergoterapeits, kura kompetence ir atbilstoša, lai sasniegtu optimālu rezultātu [26].

Autonomijas un dalības atgūšana, sekmējot piedalīšanos sev svarīgās un jēgpilnās aktivitātēs, ir centrālais dzīvesvietā īstenotā ilgtermiņa rehabilitācijas pasākuma uzdevums.

Rehabilitācijas mērķiem jābūt atbilstošiem pacienta ikdienas dzīves vajadzībām un fokusētiem uz dalības atjaunošanu. Ņemot vērā funkcionēšanas traucējumu veidu un kompleksumu, nepieciešama viena vai vairāku funkcionālo speciālistu iesaiste, kuri darbojas kopā ar aprūpes speciālistiem un sociālajiem darbiniekiem. Veiksmīgai ikdienas neatkarības un dalības atjaunošanai būtiska ir vides barjeru mazināšana. Ergoterapija var uzlabot gan ikdienas aktivitāšu veikšanas spēju un samazināt šo spēju samazināšanās risku, kā arī uzlabot dalību dažādās pacientam svarīgās nodarbēs pēc insulta un citiem ilgstošiem funkcionēšanas ierobežojumiem un hroniskām saslimšanām [37; 19].

Dalību sociālajās aktivitātēs veicina arī fizisko (aerobo, spēka, līdzsvara) vingrojumu programmas (parasti ilgst 4–12 nedēļas), kuru labvēlīgā ietekme uz sociālo dalību tiek skaidrota gan ar fizisko spēju (mobilitātes, līdzsvara, izsturības) uzlabošanu, gan ar depresijas simptomu mazināšanu, kas kopā veicina pacienta pārliecību par savām spējām. Papildu labumu dod arī grupu nodarbības un nodarbību vadītāja motivējošā ietekme [52; 46]. Nereti veiksmīgu reintegrāciju sociālajā dzīvē pacientiem ar hronisku fiziskās veselības traucējumu un fizisko funkciju ierobežojumu nosaka dažādi psihosociālie faktori (piem., kognitīvie traucējumi, noteikti uzvedības modeļi, emocionālas problēmas (depresija vai tās simptomi), nekvalitatīvas interpersonālās attiecības, sociālā atbalsta trūkuma izjūta), tāpēc ir svarīgi tos atpazīt un veikt mērķtiecīgus rehabilitācijas pasākumus [59].

5.2. Ilgtermiņa rehabilitācijas integrācija primārās veselības aprūpes līmenī, sadarbības modeļu iespējas

Pacientiem ar ilgtermiņa funkcionēšanas ierobežojumu rehabilitācijas pasākumus ir būtiski realizēt tuvu pacienta dzīvesvietai – ambulatori (dažādās vidēs) vai pašā dzīvesvietā (mājas vidē) – ciešā mijiedarbībā ar primārās veselības aprūpes sniedzējiem un sadarbojoties ar sociālo dienestu, izglītības un darba devēju pārstāvjiem. Tieši veiksmīga sadarbība būs pamats optimālam rezultātam.

Sadarbība

Klīniskā darbība, kas balstīta sadarbībā starp daudziem veselības aprūpes darbiniekiem, stiprina veselības sistēmu (*health system*), palielina pacientu apmierinātību un uzlabo pacientu ārstēšanas rezultātus [71], it īpaši pacientiem ar dažādām hroniskās saslimšanām un kompleksās rehabilitācijas un aprūpes vajadzībām [36; 43].

Kā jau minēts iepriekš, lai notiktu sadarbība, **nepieciešams nodrošināt informācijas pieejamību** (visām iesaistītajām pusēm – pacientiem un viņu tuviniekiem, primārās veselības aprūpes sniedzējiem, rehabilitācijas profesionāļiem, sociālajiem darbiniekiem u. c.) un

optimālu **informācijas apriti** – tiešo un netiešo komunikāciju, dokumentāciju (izrakstus un atgriezenisko saiti, procesa pierakstus – līdzīgi kā agrīno monoprofesionālo pakalpojumu gadījumā, kas bija aprakstīti 3. nodaļā), **izpratni par funkcionālo speciālistu kompetencēm**, iespējām integrēt SSK un SFK klasifikācijas sistēmas, lai izprastu hronisku saslimšanu radītos funkcionēšanas ierobežojumus un katra pacienta individuālos kontekstuālos faktoros [60].

Rehabilitācijas pakalpojumiem, to plānošanai un sniegšanai jābūt orientētai uz pacienta individuālajām vajadzībām un mērķiem, respektējot viņa izēli un vērtības. Interdisciplināra sadarbība nozīmē iespēju dažādiem profesionāļiem sadarboties vienādu īstermiņa mērķu sasniegšanai ar līdzīgām metodēm (kompetenču pārklāšanās), kā arī atsevišķu uzdevumu savstarpēju deleģēšanu, integrētas apmācības veicināšanu.

Integrētas prakses modeļi

Citu valstu pieredze liecina, ka ilgtermiņa rehabilitācijas pasākumu koordinēšanā un sniegšanā pacienta dzīvesvietā kā “atslēgas” profesionālis efektīvi darbojas ergoterapeits vai fizioterapeits, kurš iekļaujas primārās aprūpes komandā (*primary care team*) [43; 47].

Primārās aprūpes komanda jeb klīnika, kurā ģeogrāfiski ir lokalizēta un sadarbojas ģimenes ārsta prakse un fizioterapeita (FT) un/vai ergoterapeita (ET) prakse, ir viens no biežākajiem integrētas rehabilitācijas un primārās aprūpes modeļiem, kuru ieguvums ir profesionāļu savstarpējā komunikācija, koordinācija un uzticēšanās, savukārt no pacientu perspektīvas tas ir ērts modelis, jo viena lokalizācija mazina transporta un citus izdevumus, atvieglo plānošanu. Šāds modelis var tikt īstenots lokālajos veselības centros, primārās aprūpes komandās, koppraksēs u. c.

Savukārt, lai nodrošinātu ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus pacienta mājās vai specializētus pakalpojumus, kā efektīvs modelis darbojas **mobilās komandas** (*mobile teams*) **un satelītās vienības** (*satellite units*), kas darbojas pie terciārās aprūpes institūcijām (rehabilitācijas klīnikām / centriem), tomēr šādu modeļi visbiežāk ierobežo profesionālo resursu trūkums, kā arī augstās izmaksas. Alternatīvs risinājums varētu būt **telerehabilitācijas pakalpojumu attīstīšana** [24].

Lai uzlabotu ne tikai ilgstošu rehabilitācijas pakalpojumu pieejamību, bet arī rezultātus, svarīga ir pašvaldības institūciju (t. sk. sociālo dienestu) un neformālo organizāciju (pacientu biedrību u. c.), darba devēju un citu sabiedrības locekļu līdzdalība, izpratne un atbalsts. Tādējādi rehabilitācijas profesionāļiem jāveido abpusēji vērsta informācijas aprite (gan izglītojot sabiedrību un veicinot atbalstošu aktivitāšu veidošanu, gan iegūstot informāciju par esošajām iniciatīvām un iespējām), kā arī jāinformē pacienti par viņu iespējām, atbalstot **iesaistīšanos lokālajās sabiedrības aktivitātēs** [47].

Šobrīd Latvijā darbojas t. s. **dalītās aprūpes modelis**, jo ilgtermiņa rehabilitācijas pakalojumus koordinē FMR ārsts (sastādot rehabilitācijas plānu un nosūtot pie funkcionālajiem speciālistiem pakalpojuma saņemšanai). Primārās aprūpes sniedzēji šāda modeļa ietvaros vai nu vispār netiek iesaistīti vai tiek iesaistīti pastarpināti, saņemot informāciju par rehabilitācijas norisi. Līdz ar to modelis neveicina sadarbību un rada primārās veselības aprūpes un rehabilitācijas fragmentāciju [47].

Izmantotās literatūras un avotu saraksts

1. Alnojeidi, A. H., Johnson, T. M., Richardson, M. R., & Churilla, J. R. (2017). Associations between low back pain and muscle-strengthening activity in U.S. adults. *SPINE*, 42(16), 1220–1225. Retrieved from EBSCO, doi.org/10.1097/BRS.0000000000002063.
2. The American Occupational Therapy Association. (2011). *Fact sheet: The role of occupational therapy in oncology*. Retrieved from: <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/RDP/Facts/Oncology%20fact%20sheet.pdf>
3. Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., Taylor, S. R. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1–12. Retrieved from ScienceDirect, doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044.
4. Bardin, L. D., King, P., Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust*, 206(6), 268–273.
5. Barrett, E. M., Hussey, J., Darker, C. D. (2017). Feasibility of a physical activity pathway for Irish primary care physiotherapy services. *Physiotherapy*, 103(1), 106–112. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1016/j.physio.2016.02.001.
6. Birckenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., and Stucki, G. (2012). *ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice*. ICF Research Branch in cooperation with the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany (at DIMDI).
7. Bize, R, Johnson, J. A., Plotnikoff, R. C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population. A systematic review. *Prev Med*, 45, 401–415.
8. Bolton, C. E., Bevan-Smith, E. F., Blakey, J. D., Crowe, P., Elkin, S. L., Garrod, R., Greening, N. J. et al. (2013). British Thoracic Society Pulmonary Rehabilitation Guideline Development Group; British Thoracic Society Standards of Care Committee. British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. *Thorax*. 68, Suppl 2, ii1-30. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1136/thoraxjnl-2013-203808.
9. Bornhöft, L., Larsson, M. E., Nordeman, L., Eggertsen, R., Thorn, J. (2019). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1177/1759720X19827504.

10. Bornhöft, L., Larsson, M. E. H., & Thorn, J. (2018). Physiotherapy in Primary Care Triage – the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1), 45–52. Retrieved from EBSCO, <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.932035>
11. Cieza, A., Ewert, T., Ustun, B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., and Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*, 44 Suppl, 9–11.
12. Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., and Stucki, B. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*, 37(4), 212–218.
13. Collins, N. J., Hart, H. F., Mills, K. A. G. (2019). Osteoarthritis year in review 2018: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis and Cartilage*, 27(3), 378–391. Retrieved from EBSCO, <https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.11.010>.
14. Cormie, P., Zopf, E. M., Zhang, X., Schmitz, K. H. (2017). The impact of exercise on cancer mortality, recurrence, and treatment-related adverse effects. *Epidemiol Rev*, 39, 1–22.
15. Daly, R. M. (2017). Exercise and nutritional approaches to prevent frail bones, falls and fractures: an update. *Climacteric*, 20(2), 119–124. Retrieved from EBSCO, <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1286890>
16. Dufour, S. P., Brown, J., Deborah Lucy, S. (2014). Integrating physiotherapists within primary health care teams: perspectives of family physicians and nurse practitioners. *J Interprof Care*, 28(5), 460–465. Retrieved from Medline, <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.915210>
17. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 156–165.
18. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54(2), 261–278.
19. Foley, E. L., Nicholas, M. L., Baum, C. M., Connor, L. T. (2019). Influence of environmental factors on social participation post-stroke. *Behav Neurol*, 2606039. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1155/2019/2606039.
20. Franek, J. (2013). Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 13(9), 1–60.

21. Frederix, I., Vanhees, L., Dendale, P., Goetschalckx, K. (2015). A review of telerehabilitation for cardiac patients. *J Telemed Telecare*, 21(1), 45–53. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.1177/1357633X14562732.
22. Fritz, J. M., Kim, M., Magel, J. S., Asche, C. V. (2017). Cost-effectiveness of primary care management with or without early physical therapy for acute low back pain: economic evaluation of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 42(5), 285–290. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1097/BRS.0000000000001729.
23. Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, (9), CD007146. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
24. Gruen, R. L., Weeramanthri, T. S., Knight, S. E., Bailie, R. S. (2004). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD003798.
25. Hakamy, A., McKeever, T. M., Gibson, J. E., Bolton, C. E. (2017). The recording and characteristics of pulmonary rehabilitation in patients with COPD using The Health Information Network (THIN) primary care database. *NPJ Prim Care Respir Med*, 27(1), 58. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1038/s41533-017-0058-2.
26. Halle, A. D., Mroz, T. M., Fogelberg, D. J., Leland, N. E. (2018). Occupational therapy and primary care: updates and trends. *Am J Occup Ther*, 72(3), 7203090010p1–7203090010p6. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.5014/ajot.2018.723001.
27. van der Heijden, R. A., Lankhorst, N. E., van Linschoten, R., Bierma-Zeinstra, S. M., van Middelkoop, M. (2015). Exercise for treating patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD010387. Retrieved from PubMed, doi.org/10.1002/14651858.CD010387.pub2.
28. Hildenbrand, W. C., Lamb, A. J. (2013). Occupational therapy in prevention and wellness: retaining relevance in a new health care world. *Am J Occup Ther*, 67(3), 266–271.
29. Horn, M. E., Brennan, G. P., George, S. Z., Harman, J. S., Bishop, M. D. A (2016). Value proposition for early physical therapist management of neck pain: a retrospective cohort analysis. *BMC Health Services Research*, 16, 253. Retrieved from EBSCO, doi.org/10.1186/s12913-016-1504-5.
30. Jackson, K., Hamilton, S., Jones, S., Barr, S. (2018). Patient reported experiences of using community rehabilitation and/or support services whilst living with a long-term

- neurological condition: a qualitative systematic review and meta-aggregation. *Disability and Rehabilitation*. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.1080/09638288.2018.1473508.
31. Joint Commissioning Panel for Mental Health. (2016). *Guidance for commissioners of rehabilitation services for people with complex mental health needs*. Retrieved from <https://www.jcpmh.info/resource/guidance-for-commissioners-of-rehabilitation-services-for-people-with-complex-mental-health-needs/>
 32. Jones, S. E., Green, S. A., Clark, A. L., Dickson, M. J., Nolan, A. M., Moloney, C., et al. (2014). Pulmonary rehabilitation following hospitalisation for acute exacerbation of COPD: Referrals, uptake and adherence. *Thorax*, 69, 181–182.
 33. Kerschán-Schindl, K. (2016). Prevention and rehabilitation of osteoporosis. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 166(1–2), 22–27. Retrieved from EBSCO, doi.org/10.1007/s10354-015-0417-y.
 34. de Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T., Millán-Calenti, J. C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, 5(1), 154. Retrieved from EBSCO, <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0155-4>.
 35. Lähdeoja, T., Karjalainen, T., Jokihaara, J., Salamh, P., Kavaja, L., Agarwal, A., Ardern, C. L. (2018). Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 100486. Retrieved from PubMed, <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100486>
 36. Lee, L., Hillier, L., Weston, W. (2014). Ensuring the success of interprofessional teams: key lessons learned in memory clinics. *Can J Aging*, 33(1), 49–59. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.1017/S0714980813000652.
 37. Legg, L., Drummond, A., Leonardi-Bee, J., et al. (2007). Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ*, 335(7626), 922.
 38. Lentz, T. A., Beneciuk, J. M., & George, S. Z. (2018). Prediction of healthcare utilization following an episode of physical therapy for musculoskeletal pain. *BMC Health Services Research*, 18(1), 648. Retrieved from EBSCO, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3470-6>
 39. Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L. et al. (2019). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1136/bjsports-2018-099878.

40. Littlewood, C., May, S., Walters, S. (2013). A review of systematic reviews of the effectiveness of conservative interventions for rotator cuff tendinopathy. British Elbow and Shoulder Society. *Shoulder and Elbow*, 5, pp.151–167. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1111/sae.12009.
41. Lunde, P., Nilsson, B. B., Bergland, A., Kværner, K. J., Bye, A. (2018). The effectiveness of smartphone apps for lifestyle improvement in noncommunicable diseases. Systematic review and meta-analyses. *J Med Internet Res*, 4;20(5), e162. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.2196/jmir.9751.
42. Mackenzie, L., Clemson, L. (2014). Can chronic disease management plans including occupational therapy and physiotherapy services contribute to reducing falls risk in older people? *Aust Fam Physician*, 43(4), 211–215.
43. McColl, M. A., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., Donnelly, C. (2009). Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Arch Phys Med Rehabil*, 90, 1523–1531. Retrieved from ScienceDirect, doi:10.1016/j.apmr.2009.03.017.
44. McPherson, A. C., Keith, R., Swift, J. A. (2014). Obesity prevention for children with physical disabilities: a scoping review of physical activity and nutrition interventions [with consumer summary]. *Disability and Rehabilitation*, 36(19), 1573–1587.
45. Mendis, S. (2013). Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. *Int J Stroke*, 8, 3–4.
46. Meshe, O. F., Claydon, L. S., Bungay, H., Andrew, S. (2017). The relationship between physical activity and health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 39(8), 746–756. Retrieved from EBSCO, doi: 10.3109/09638288.2016.1161842.
47. Mulvale, G., Embrett, M., Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*, 17, 83. Retrieved from: ScienceDirect, doi:10.1186/s12875-016-0492-1.
48. Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2197–2223.
49. Nagayama, H., Tomori, K., Ohno, K., Takahashi, K., Yamauchi, K. (2016). Cost-effectiveness of occupational therapy in older people: systematic review of randomized

- controlled trials. *Occupational Therapy International*, 23(2), 103–120. Retrieved from EBSCO, doi.org/10.1002/oti.1408.
50. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2009). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline*, 82. NICE: London.
 51. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). (2013). *Stroke rehabilitation in adults: Clinical guideline* [CG162]. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162>
 52. Obembe, A. O., Eng, J. J. (2015). Rehabilitation interventions for improving social participation after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neurorehabil Neural Repair*, 30(4), 384–392.
 53. Østerås, N., Kjekken, I., Smedslund, G., Moe, R. H., Slatkowsky-Christensen, B., Uhlig, T., Hagen, K. B. (2017). *Exercise for Hand Osteoarthritis*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD010388. Retrieved from PubMed, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010388.pub2>
 54. Patnode, C. D., Evans, C. V., Senger, C. A., Redmond, N., Lin, J. S. (2017). *Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Report No.: 15-05222-EF-1.
 55. Piper, S., Shearer, H. M., Cote, P. et al. (2015). The effectiveness of soft-tissue therapy for the management of musculoskeletal disorders and injuries of the upper and lower extremities: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury management (OPTIMa) collaboration. *Manual Therapy*, 18e34. Retrieved from PubMed, <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.08.011>.
 56. Rees, S., Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Libr Syst Rev*, 7(13), 492–582.
 57. Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D., Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity--a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1186/1471-2458-13-813.
 58. Saha, S., Grahn, B., Gerdtham, U. G., Stigmar, K., Holmberg, S., Jarl, J. (2018). Structured physiotherapy including a work place intervention for patients with neck

- and/or back pain in primary care: an economic evaluation. *Eur J Health Econ*. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.1007/s10198-018-1003-1.
59. Sashika, H., Takada, K., Kikuchi, N. (2017). Rehabilitation needs and participation restriction in patients with cognitive disorder in the chronic phase of traumatic brain injury. *Medicine (Baltimore)*, 96(4), e5968.
 60. Scrutinio, T. D., Giardini, A., Chiovato, L., Spanevello, A., Vitacca, M., Melazzini, M., Giorgi, G. (2019). The new frontiers of rehabilitation medicine in people with chronic disabling illnesses. *European Journal of Internal Medicine*, 61, 1–8.
 61. Steyn, N. P., Mann, J., Bennett, P. H., Temple, N., Zimmet, P., Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Louheranta, A. (2016). Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutrition*, 7(1A), 147–165. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.1079/PHN2003586.
 62. Stucki, G., and Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53, 134–138.
 63. Sutton, D. A., Cote, P., Wong, J. J. et al. (2016). Is multimodal care effective for the management of patients with whiplash-associated disorders or neck pain and associated disorders? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *The Spine Journal*, 16, 1541–1565. Retrieved from EBSCO, doi.org/10.1016/j.spinee.2014.06.019.
 64. Swart, N. M., Van Oudenaarde, K., Reijnierse, M. et al. (2016). Effectiveness of exercise therapy for meniscal lesions in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 19 (2016) 990–998. Retrieved from EBSCO, doi.org/10.1016/j.jsams.2016.04.003.
 65. Varghese, T., Schultz, W. M., McCue, A. A., Lambert, C. T., Sandesara, P. B., Eapen, D. J., Sperling, L. S. (2016). Physical activity in the prevention of coronary heart disease: implications for the clinician. *Heart*, 102(12), 904–909. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308773>
 66. WCPT (World Confederation for Physical Therapy). (2017). *Policy statement: Description of physical therapy*. London: World Confederation for Physical Therapy. Retrieved from https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_Description_of_physical_therapy_FINAL.pdf
 67. van der Weegen, S., Verwey, R., Spreeuwenberg, M., Tange, H., van der Weijden, T., de Witte, L. (2015). It's LiFe! Mobile and web-based monitoring and feedback tool embedded in primary care increases physical activity: a cluster randomized controlled

- trial. *J Med Internet Res*, 24;17(7), e184. Retrieved from EBSCO, doi: 10.2196/jmir.4579.
68. WHO. (2019). *About WHO*. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/en/>
69. WHO. (2018). *Fact sheet: Healthy diet*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
70. [26] WHO. (2018). *Fact sheet: Physical activity*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
71. WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
72. WHO. (2016). *ICD-10 Version: 2016*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
73. WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
74. WHO. Rehabilitation 2030: A call for action. Meeting report. (2017). Retrieved from https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf
75. WHO. (2001). *World Report on Disability*. Retrieved from https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
76. Williams, M. A., Kaminsky, L. A. (2017). Healthy lifestyle medicine in the traditional healthcare environment – primary care and cardiac rehabilitation. *Prog Cardiovasc Dis*, 59(5), 448–454. Retrieved from EBSCO, doi: 10.1016/j.pcad.2017.01.008.
77. Wu, X., Guo, X., Zhang, Z. (2019). The efficacy of mobile phone apps for lifestyle modification in diabetes. Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 15; 7(1), e12297. Retrieved from ScienceDirect, doi: 10.2196/12297.

PIELIKUMI

SMART princips mērķu izvirzīšanā

SMART – akronīms no angļu valodas, kas apzīmē piecus kritērijus, kuri attiecas uz jebkuru rehabilitācijas mērķi:

S (*specific*) – noteikts

M (*measurable*) – izmērāms

A (*achievable*) – sasniedzams

R (*realistic / relevant*) – nozīmīgs

T (*timed*) – noteiktās laika robežās

1. Lai izvirzītu pacientam piemērotu mērķi, tam ir jābūt **noteiktam**, nepieciešams noteikt plānoto rīcību, uz ko iedarboties (tā var būt pacienta rīcība aktivitāšu līmenī (ēšana, ģērbšanās), tā var būt pacienta ziņotā iekšēji izjustā pieredze, (sāpes) vai paša cilvēka sniegtā interpretācija par kādu aktivitāti vai pieredzi (dzīves kvalitāte, sociālā loma)). Viegļāk mērķi izvirzīt, nosakot to specifiskai – piemēram, pārvietošanās – aktivitātei. Šai rīcībai jābūt izteiktai pēc iespējas skaidrāk un nepārprotamāk: “spēt neatkarīgi pārvietoties iekštelpās”, nevis “pārvietoties”; vai “spēt neatkarīgi apģērbties”, nevis “neatkarība ikdienas aktivātēs”. Mērķa rīcības definēšanai var izmantot SFK kodus.

2. Mērķis ir jāizvirza tā, lai var objektīvi novērtēt progresu – tam ir jābūt **izmērāmam**. Tāpēc jāizvēlas tāds standartizēts novērtēšanas instruments, kas ir atbilstošs gan pacientam, gan mērāmajai rīcībai. Rīcību var mērīt gan laika dimensijā (cik ilgu laiku aizņem kāda rīcība, piemēram, TUG, apģērbšanās), gan telpas dimensijā (cik metrus var noiet noteiktā laika nogrieznī – 6 mwt), kā arī atkārtojumos – cik atkārtotas darbības var paveikt laika nogrieznī. Būtiski, lai mērinstruments, ko izmanto šī mērķa uzraudzībai, būtu pieejams, gan uzsākot terapiju, gan to pabeidzot, lai iegūtie dati būtu salīdzināmi.

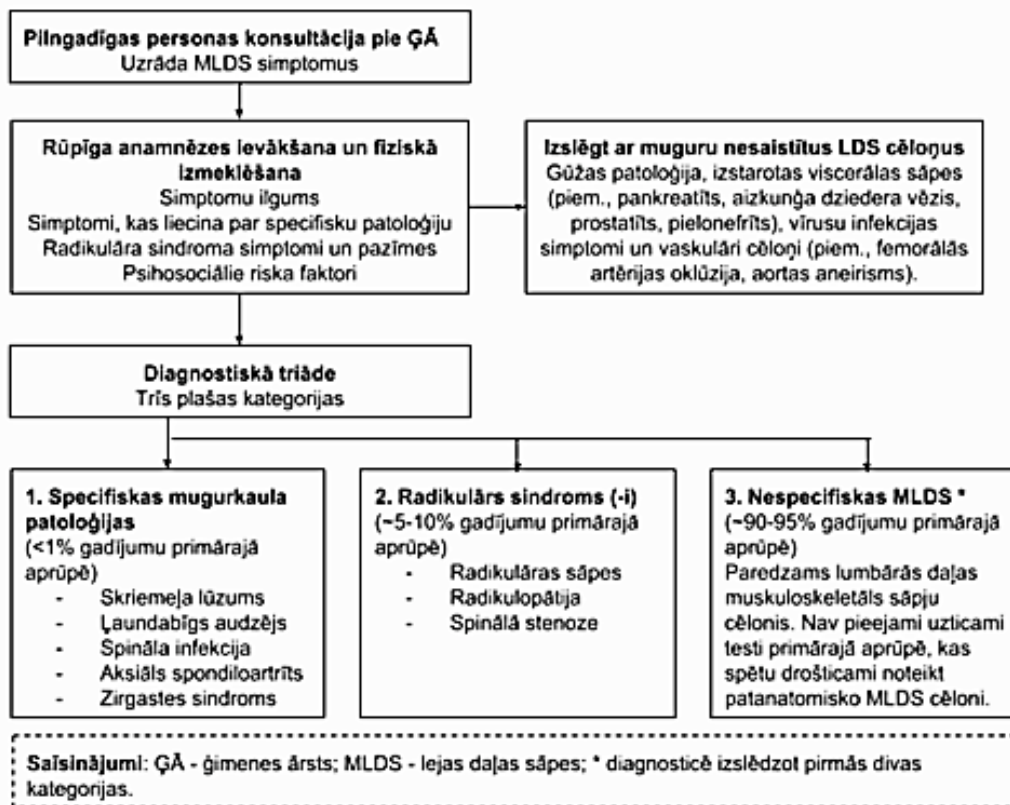
3. Mērķim ir jābūt **sasniedzamam**, citiem vārdiem – iespējamam. Izvirzot mērķi, ir jāspēj paredzēt, vai tas vispār ir sasniedzams tieši šim cilvēkam, kā arī resursus, ko nepieciešams iesaistīt, lai cilvēks spētu sasniegt šo mērķi. Šie resursi attiecas gan uz katra pacienta individuālajām spējām un īpašībām, gan arī uz resursiem no malas, ko nepieciešams piesaistīt, lai mijiedarbībā jau ar minētajiem pacienta resursiem nonāktu līdz vēlamajam iznākumam. Šie resursi no malas var izpausties kā fizisks atbalsts – fiziska asistēšana, veicot uzdevumus, vai kā emocionāls atbalsts, kas var palīdzēt stiprināt pašpārliecinātību un pašefektivitāti, vai kā kognitīvs atbalsts – veicināšana, atgādināšana un iedrošināšana.

4. Mērķim ir jābūt **nozīmīgam**. Cilvēkam, kura rehabilitācijā šis mērķis ir izvirzīts, ir jāspēj šim mērķim saskatīt jēgu un nozīmi savā dzīvē. Tādēļ mērķi ir jāizvirza kopīgi visām iesaistītajām pusēm, pirms tam rūpīgi izzinot pacietna un piederīgo pieredzi, vēlmes un uzskatus.

5. Mērķim ir jābūt **noteiktam laikā**. Izvirzot mērķi, jāspēj prognozēt, cik daudz laika tā sasniegšanai nepieciešams. Šajā klīniskajā spriešanā jāiekļauj pacietna objektīvais stāvoklis, reāli iespējamās izmaiņas ķermenī, balstoties uz neurofizioloģijas zinātnei, kā arī pieejamie resursi. Laika aprēķinā ir jāatspoguļo arī paredzamais nodarbību / aktivitāšu biežums un apjoms.

Avots: Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352–361. Retrieved from doi:10.1177/0269215508101741.

Diagnostiskā triāde



Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *The Medical Journal of Australia*, 206(6), 268–273.
doi:10.5694/mja16.00828