



Eksperta atzinums par iespējamo un labāko medicīniskās rehabilitācijas modeli, kas ir balstīts uz citu Eiropas valstu pieredzi un vienlaikus atbilst Latvijas iedzīvotāju vajadzībām

Līgums par eksperta konsultāciju pakalpojuma sniegšanu uzņēmējdarbības, konkurences un labas pārvaldības jomā, valsts un pašvaldību kapitālsabiedrību darbībā, nozares politikas jomā (veselības sektorā)

Rīga, 2018

Ievads

Medicīniskā rehabilitācija Latvijā ir veidojusies kopš 20. gadsimta 90. gadu vidus, pakāpeniski attīstot rehabilitācijas speciālistu izglītību (fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti, funkcionālie speciālisti, ārstniecība atbalsta personas). Līdz ar rehabilitācijas speciālistu izglītošanu, viņiem uzsākot profesionālo darbību, paralēli Latvijā ir attīstījušies arī medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, kuriem vajadzētu būt integrētiem veselības aprūpes sistēmā kā pilnvērtīgiem un būtiskiem sistēmas elementiem. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas iespējas (stacionārā, ambulatori u.c.) ir dažādojušās, arī pakalpojumu pieejamība Latvijas reģionos pakāpeniski ir paplašinājusies, taču jāatzīst, ka pakalpojumu attīstību ir ietekmējusi gan vispārējā situācija veselības aprūpē, gan valstī kopumā (piemēram, ekonomiskā krīze 2008. gadā).

LR Veselības ministrijas (VM) Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija¹ (2017), aprakstot veselības aprūpes funkcionēšanas modeli, izmanto Donabediana pieeju “struktūra-process-rezultāts”². Ja LR Veselības ministrija atzīst šo pasaulē, veselības aprūpē, plaši pazīstamo pieeju, tad **to varētu attiecināt arī uz medicīnisko rehabilitāciju, lai analizētu, strukturētu un pilnveidotu esošo pakalpojumu organizāciju un īstenošanu, un rezultātus**. Donabediana pieeja rehabilitācijas jomā ārvalstīs ir pazīstama, piemēram, Wade un kolēģi³ 2000. gadā aprakstīja rehabilitāciju šādi:

Struktūra – rehabilitācijas pakalpojumus nodrošina multidisciplināra komanda, kurā speciālisti:

- strādā kopīgi un vienoti, lai sasniegtu katra pacienta mērķus;
- rehabilitācijas procesā iesaista pacientu un viņa piederīgos;
- speciālistiem ir atbilstošas zināšanas un prasmes;
- var atrisināt lielāko daļu raksturīgo funkcionēšanas problēmu, ar kurām sastopas pacienti.

Process – rehabilitācija ir iteratīvs, aktīvs, izglītojošs, problēmu risināšanā balstīts process, vērsts uz pacienta uzvedību, lai mazinātu nespēju (invaliditāti – *disability*) un iekļauj šādus komponentus:

- novērtēšana – identificē pacienta problēmu raksturu un apjomu, kā arī faktorus, kas var ietekmēt šo problēmu risināšanu;
- mērķu nosprašana;
- iejaukšanās, kas var iekļaut a) ārstēšanu, kas rada izmaiņas un/vai b) atbalstu, kas uztur pacienta dzīves kvalitāti un drošību;
- atkārtota novērtēšana – pārbauda iejaukšanās efektus.

Rezultāts – rehabilitācijas procesa mērķis ir:

- veicināt maksimālu pacienta funkcionēšanu viņa sociālajā vidē;
- mazināt sāpes un distresu, ko piedzīvo pacients;
- mazināt distresu pacienta piederīgajiem un aprūpētājiem un viņiem uzlikto slogu.

¹ http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/aktualitates/VM_KONCEPCIJA_KV_PD_01-01-2017_100417.pdf

² <https://sph.umich.edu/glc/news/pdf/Donabedian%20NEJM%202016.pdf>

³ Wade DT, De Jong BA (2000) Recent advances in rehabilitation. British Medical Journal.320: 1385–1388.

Pēdējos gados, analizējot rehabilitāciju dažādām pacientu grupām un norises dažādos rehabilitācijas posmos, Donabediana pieeju izmantojuši arī citi autori, piemēram Jesusa un Hoeniga (2015)⁴, konceptuāli raksturojot kvalitāti pēcakūtā rehabilitācijā. Domājot par medicīniskās rehabilitācijas pieejamību un pakalpojumu kvalitāti Latvijā, kā arī domājot par pakalpojumu tālāko attīstību nākotnē, ir svarīgi izanalizēt šī brīža situāciju gan Latvijā, gan arī tendences medicīniskās rehabilitācijas jomā Eiropā un pasaulē.

Rehabilitācija veselības aprūpes plānošanas dokumentos Latvijā

Pasaules Veselības organizācija (PVO) kā vienus no pastāvošajiem šķēršļiem, kas kavē rehabilitācijas stiprināšanu un paplašināšanu valstīs⁵, min prioritāšu noteikšanu no valdības puses starp konkurējošām prioritātēm un rehabilitācijas politikas trūkumu un plānošanu valsts un vietējā līmenī.

Latvijā VM plānotās darbības, kas tieši vai netieši būtu attiecināmas uz rehabilitācijas jomu laika posmā no 2012. gada līdz 2016. gadam, identificētas šādos politisko vadlīniju un VM politikas plānošanas dokumentos:

- ✓ Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam⁶;
- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam⁷;
- ✓ Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovka vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai⁸;
- ✓ Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015.gadam⁹;
- ✓ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam¹⁰;
- ✓ Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai¹¹.

Onkoloģisko slimību kontroles programmā 2009.–2015.gadam norādīts, ka Latvijā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu nodrošināšana onkoloģiskajiem slimniekiem visos veselības aprūpes līmeņos un visās slimības stadijās ir neapmierinoša speciālistu trūkuma, kā arī garo gaidīšanas rindu dēļ. Programma paredzēja izstrādāt onkoloģiskās aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizācijas (pacientu plūsmas) vadlīnijas un iekļaut medicīniskās rehabilitācijas pasākumus un izstrādāt vadlīnijas (13.1) kā arī izstrādāt obligātās prasības medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai daudzprofila slimnīcās (13.3).

⁴ Jesus T.S., Hoenig H. Postacute Rehabilitation Quality of Care: Toward a Shared Conceptual Framework. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2015; 96: 960-969.

⁵ Rehabilitation 2030: A Call for Action. Pieejams:

<http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, skatīts 20.10.2017.

⁶ Onkoloģisko slimību kontroles programma 2009.–2015.gadam, apstiprināta ar Ministru kabineta 29.01.2009. rīkojumu Nr.48 (*status – nav aktuāls*).

⁷ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojumu Nr. 504 (*status – nav aktuāls*).

⁸ Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovka vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2012. rīkojumu Nr.84 (spēkā līdz 06.04.2014.).

⁹ Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015.gadam, apstiprināts ar Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojumu Nr.359 (*status – nav aktuāls*).

¹⁰ Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam, apstiprinātas ar Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojumu Nr.589 (*status – aktuāls*).

¹¹ Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78 (spēkā līdz 02.05.2016.).

Izvērtējot pieejamo informāciju¹² par pasākuma īstenošanu, var secināt, ka pasākums 13.1. nav izpildīts, jo pārskata periodā vadlīnijas netika izstrādātas, savukārt obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām, tai skaitā medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanai, noteiktas MK 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”.

VĒRTĒJUMS – būtiski pietrūkst rehabilitācijas pakalpojumu onkoloģiskiem pacientiem un vērtējumā ietvertajā laika periodā tā nav bijusi prioritāte. Saistībā ar onkoloģiskām saslimšanām un piemērotiem medicīniskās rehabilitācijas pasākumiem ilgstoši nav bijusi sekmīga sadarbība starp dažādiem iesaistītajiem speciālistiem. Situācija pakāpeniski mainās tikai kopš 2014. gada, kad uzsākta ES fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3. specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši, sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros un 2014.gada 5.novembrī NVD ir uzsācis ESF līdzfinansētā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešanas prioritāro jomu ietvaros” īstenošanu. Viena no prioritārām projekta jomām ir onkoloģija; projekta mērķis ir nodrošināt veselības tīklu attīstības vadlīniju izstrādi un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu. Periodiski rehabilitācijas speciālisti tiek pieaicināti dažādu programmu un plānu izstrādē. VM ar 2014.gada 24.jūlija rīkojumu Nr.93 izveidotā darba grupa, lai izvērtētu normatīvajos aktos noteikto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas kārtību un izstrādātu priekšlikumus medicīniskās rehabilitācijas jautājumu pilnveidošanai, sagatavoja priekšlikumus arī onkoloģisko pacientu rehabilitācijas organizācijai¹³. Tomēr četru gadu laikā nekādi būtiski uzlabojumi onkoloģijas rehabilitācijas jomā nav realizējušies, iespējams, prioritāte pamatā ir agrīna slimību diagnostika un ārstēšana¹⁴. No pacientu viedokļa, noteikti būtiski ir saņemt atbilstošus un pilnvērtīgus plaša spektra veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumus¹⁵. 2018. gadā valsts uzsāka apmaksāt psihosociālo rehabilitāciju (LR Labklājības ministrijas budžets)¹⁶, taču pakalpojums paredzēts paliatīvā aprūpē esošiem bērniem un viņu ģimenes locekļiem, personām ar draudošu invaliditāti vai invaliditāti (hroniskais posms). Onkoloģiskiem pacientiem, atkarībā no diagnozes, būtu nepieciešama gan agrīna, gan pēcakūta rehabilitācija, kā arī literatūrā tiek minēta prehabilitācijas nozīme^{17,18}. **Faktiski Latvijā šobrīd valsts atbalsta pasākumus pacientiem onkoloģisko slimību seku mazināšanai, nevis pasākumus, kas ļautu novērst šādas sekas.**

¹² 03.10.2016. Informatīvais ziņojums “Par Onkoloģisko slimību kontroles programmas 2009.–2015.gadam izpildi”.

¹³ VM darba grupas “Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšanas un priekšlikumu izstrāde” ziņojums, darba grupas vadītājs prof. Aivars Vētra, 7.10.2016.

¹⁴ <https://www.mk.gov.lv/lv/aktualitates/apstiprinats-plans-onkologijas-pacientu-aprupes-uzlabosana>

¹⁵ <http://nra.lv/latvija/158357-veza-pacientu-aprupe-tikai-nosacita.htm>

¹⁶ <https://www.mk.gov.lv/lv/aktualitates/tiks-nodrosinata-psihosociala-rehabilitacija-paliativa-aprupe-esosiem-berniem-un-veza>

¹⁷ Silver JK1, Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013 Aug;92(8):715–27.

¹⁸ Shioh-Ching S. Cancer Prehabilitation for Patients Starting from Active Treatment to Surveillance. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2016 Jan-Mar; 3(1): 37–40.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.–2017.gadam¹⁹ paredzēja izstrādāt un ieviest kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm, veicot grozījumus normatīvajos aktos (6.1.7.). Atbilstoši Ministru kabineta 20.01.2009. noteikumos Nr.60 “Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” noteiktajam ar 01.01.2012. stājās spēkā prasība, ka, lai nodrošinātu sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes vadību, ārstniecības iestādē ir izstrādāta, vadītāja apstiprināta un ieviesta kvalitātes vadības sistēma. Kvalitātes vadības sistēma ietver vismaz šādus pasākumus: regulāra sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontrole; pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšana; ārstniecības rezultātu analīze; ārstniecības pakalpojumu kvalitātes pilnveidošana.

Papildus tika veikti grozījumi Ministru kabineta 19.12.2006. noteikumos Nr.1046 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, papildinot tos ar pielikumu Nr.48 “Indikatori, kuri izmantojami stacionārās veselības aprūpes kvalitātes izvērtēšanā”, kurā noteikti 11 kvalitāti noteicošie indikatori.

VĒRTĒJUMS – nav izstrādāti un ieviesti tādi indikatori, kas būtu attiecināmi uz rehabilitāciju. No uzskaitītajiem pasākumiem uz rehabilitāciju varētu attiecināt pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšanu (ja tie ir par rehabilitācijas pakalpojumiem). Nozīmīgs rādītājs varētu būt standartizētu aptauju pielietojums par apmierinātību ar veselības aprūpes, t.sk. rehabilitācijas pakalpojumu (saskaņā ar Donabediana pieeju attiecināms uz sadaļu – rezultāti).

Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai²⁰ paredzēja izstrādāt un ieviest kvalitātes kritērijus stacionārajām ārstniecības iestādēm stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes un ārstniecības iestādes darba organizācijas novērtēšanai, tai skaitā sniegto rehabilitācijas pasākumu savlaicīguma vērtēšanai, veicot nepieciešamos grozījumus normatīvajos aktos (22.2.). Savukārt, pamatojoties uz mājas aprūpes pakalpojumu sniegšanā iesaistīto institūciju darbības izvērtējumu, plāns paredzēja izstrādāt priekšlikumus mājas aprūpes pakalpojumu paplašināšanai (24.2.).

Ar 2013.gadu ir ieviesti indikatori, kuri izmantojami stacionārās veselības aprūpes kvalitātes izvērtēšanā. Šie indikatori ietver gan kvalitatīvos vērtēšanas kritērijus (pacientu mirstība, procedūru laikā gūtās traumas, dzemdību komplikācijas u.c.), gan kvantitatīvos vērtēšanas kritērijus (ārstēšanās ilgums, vidējais gultu noslogojums slimnīcā, hospitalizācijas gadījumu īpatsvars uzņemšanas nodaļā)”²¹. Indikatori ļauj novērtēt sniegto stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti un ārstniecības iestādes darba organizāciju, tajā skaitā izvērtēt, vai pacientam pēc akūta miokarda infarkta, hemorāģiska vai išēmiska insulta stacionārā savlaicīgi

¹⁹ Ministru kabineta 05.10.2011. rīkojums Nr.504 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2011.–2017.gadam”.

²⁰ Par Valdības rīcības plānu Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2012. rīkojumu Nr.84.

²¹ Ziņojumu par Deklarācijas par Valda Dombrovska vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību izpildi un turpmāk plānoto rīcību. Pieejams: http://www.pkc.gov.lv/images/PKCzinojums_VDombrovska_valdibas_paveiktais.pdf.

uzsākti agrīnas rehabilitācijas pasākumi un izvēlētas efektīvas ārstēšanas metodes, kā arī iespējamais nepamatots stacionēšanas gadījumus un citus rādītājus²².

Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.–2016.gadam²³ norādīts, ka veselības aprūpe mājās ir pieejama visā Latvijas teritorijā, tomēr atsevišķos reģionos ir ierobežota rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība veselības aprūpes mājās ietvaros. Tomēr attiecībā uz veselības aprūpi mājās jānorāda, ka šis pakalpojums ir ieviests nesen, un ir nepieciešama ilgstošāka tā darbība, lai varētu veikt izvērtējumu.

VĒRTĒJUMS – abi minētie pasākumi ir noderīgi, tomēr, izvērtējot normatīvos aktus, nav pārlicības, kuri no izstrādātajiem kvalitātes kritērijiem attiecināmi specifiski uz rehabilitāciju. Attiecībā uz rehabilitācijas pakalpojumiem mājās – ļoti labi, ka šāds pakalpojums pieejams, taču pakalpojumu var un vajag uzlabot (**pieejamība, dokumentēšana, rezultātu izvērtējums**) un vajag paplašināt pakalpojuma saņēmēju loku.

Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk – noteikumi Nr.1529) 135.punktā minētie kvalitātes kritēriji atbilst stacionāro veselības aprūpes pakalpojumu efektivitātes un ārstniecības iestādes darba organizācijas novērtēšanai, bet nesniedz informāciju par rehabilitāciju. Kā indikators “kas ļauj novērtēt, vai pacientam pēc akūta miokarda infarkta, hemorāģiska vai išēmiska insulta stacionārā savlaicīgi uzsākti agrīnas rehabilitācijas pasākumi”, iespējams, jāuzskata noteikumu Nr. 1529 132.¹ punktā minētais – ārstniecības iestāde nodrošina, ka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts atbilstoši šo noteikumu 139. punktā noteiktajai kārtībai novērtē personu, kuru no stacionārās ārstniecības iestādes pēc ārstēšanas izraksta ar diagnozi I60, I61, I63 un I64. Ja attiecīgajai personai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, viņai izsniedz fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu un rehabilitācijas plānu, kas sagatavots atbilstoši šo noteikumu 151. punktam (MK 22.12.2015. noteikumu Nr. 802 redakcijā, kas piemērojami ar 01.01.2016.)

Lai spriestu par rehabilitācijas procesa un pakalpojumu kvalitāti, būtu jāievieš papildus citi indikatori, piem., pacientu funkcionēšanas izmaiņas pakalpojuma rezultātā, pacientu apmierinātība ar sniegto pakalpojumu u.c. Pieredze ārvalstīs rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšanā nav viennozīmīgi vērtējama, ņemot vērā rehabilitācijas daudzdimensionālo raksturu. Pastāv starptautiski atzītas kvalitātes vērtēšanas sistēmas (piem. *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARF*²⁴). Vēl cita pieeja – salīdzinošā novērtēšana (*benchmarking*), kuras nozīme veselības aprūpē pieaug, pamatojoties uz vajadzībām kontrolēt veselības aprūpes izmaksas, strukturēt vadības riskus un aprūpes kvalitāti, piepildīt pacientu gaidas²⁵. Salīdzinošā novērtēšana ir procesu un veiksmes faktoru analīze, lai radītu augstāka līmeņa veikspēju. Parasti konkrētā iestāde nosaka, kas tai ir būtisks attiecībā uz aprūpes kvalitāti un kas jādara, lai to uzturētu. Indikatori var vērtēt struktūru un procesu (saskaņā ar

²² Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņem 2014.–2020.gadam”.

²³ Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojums Nr.181 “Par Primārās veselības aprūpes attīstības plānu 2014.–2016.gadam”.

²⁴ <http://www.carf.org/home/>

²⁵ Ettorchi-Tardi A., Levif M., Michel P. Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare policy*, 2012; 7 (4): 101–118.

Donabediana aprakstīto procesu), arī multidisciplinārās komandas darba efektivitāti, zināšanas un motivāciju, lai aktīvi piedalītos rehabilitācijā, un kā mainās pacientu un viņu ģimeņu vajadzības ilgtermiņā²⁶.

Daudzās valstīs par rehabilitācijas kvalitātes rādītāju pieņem arī pacienta funkcionālo rezultātu izmaiņas laika gaitā (vērtēšanai plaši pielieto Funkcionālās neatkarības mērījumu – *Functional impairment measure*, FIM^{TM*} – vai citas mērījumu skalas²⁷). Latvijā, valsts līmenī nosakot vienotu mērījumu pacientu funkcionēšanas izmaiņu novērtēšanai (vismaz vienu), varētu izsekot rezultātiem visos medicīniskās rehabilitācijas procesa posmos – stacionārā, ambulatori, dienas stacionārā vai mājās. **Rekomendējama būtu standartizētu mērījumu izvēle un apstiprināšana lietošanai visos rehabilitācijas posmos**, kas ļautu sekot līdzi funkcionālo rezultātu izmaiņām laikā (atbilst Donabediana pieejai, sadaļa – rezultāti). Tā kā mērījumu klāsts rehabilitācijā ir ļoti plašs, tad tie varētu būt viens vai divi izvēlēti mērījumi valsts līmenī, par kuriem rehabilitācijas speciālistiem vajadzētu vienoties, bet papildus citi var būt pakalpojuma sniedzēja izvēlēti. Valsts līmenī kā atzīts funkcionēšanas novērtējums, lai izvērtētu personu sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai, Latvijā šobrīd tiek lietots Bartela indekss. Pēc izvēles to lieto arī atsevišķās veselības aprūpes iestādēs, tomēr jāņem vērā, ka Bartela indekss vērtē tikai atsevišķas (astoņas) personīgās pašaprūpes aktivitātes un divas ķermeņa funkcijas, tāpat mērījumā lietotajai skalai ir salīdzinoši ierobežots jūtīgums uz klīniskām izmaiņām (mērījumu skalas konstrukcijas dēļ) un “griestu efekts” (funkcionēšanas izvērtējumam ilgtermiņā). **Kā medicīniskajai rehabilitācijai specifiskāku mērījumu daudzās ārvalstīs lieto Funkcionālās neatkarības mērījumu – FIM²⁸** (šim mērījumam nepieciešama lietošanas tiesību iegāde un aprobācija, ko vajadzētu finansēt no valsts līdzekļiem, taču datus ir iespējams uzkrāt vienotā datu bāzē, kas ļautu vērtēt funkcionēšanas izmaiņas ilgtermiņā dažādos rehabilitācijas posmos).

Dienas stacionārā šobrīd (kopš 2017. gada janvāra) tiek vērtēta rehabilitācijas mērķa sasniegšana, kas formāli ļaus spriest par sasniegtajiem rehabilitācijas rezultātiem. Ja VM plāno, ka arī stacionārās ārstniecības iestādēs tiks ieviests rehabilitācijas mērķa sasniegšanas novērtējums un manipulāciju norādīšana kā obligāta prasība, tas kopumā vērtējams kā noderīgs pasākums. Taču **mērķu sasniegšana vai nesasniedzšana nozīmīga kļūst tajā gadījumā, ja speciālistu starpā pastāv vienota izpratne un kompetence par mērķu būtību** (piem., pēc Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (SFK) – vai ķermeņa funkciju, vai tomēr aktivitāšu un dalības līmenī). Jāņem vērā, ka rehabilitācijas process ir dinamisks un pacienta funkcionālais stāvoklis mainās laika gaitā, tāpēc mērķi var mainīties rehabilitācijas procesa gaitā, ņemot vērā dažādu pacienta funkciju pakāpenisku atjaunošanos un dažādus apstākļus. Mērķu definējums sevī ietver vairākus komponentus (piem., SMART²⁹ princips – *specific, measurable, achievable, realistic/ relevant and timed*), tādēļ, lai spriestu, vai rehabilitācija bijusi efektīva un sekmīga, būtu nepieciešama izvērstāka informācija par pašiem mērķiem (funkcionēšanas līmenis, kādā mērķis izvirzīts – sabiedrībai nozīmīgi būtu rehabilitācijas rezultāti aktivitāšu un dalības līmenī, pēc SFK), nevis tikai formāla atzīme par to

²⁶ Eldar R. Quality of care in rehabilitation medicine. Int J Qual Health Care. 1999;11(1):73–79.

²⁷ <https://emedicine.medscape.com/article/317865-overview>

²⁸ <https://emedicine.medscape.com/article/317865-overview>

²⁹ Bovend'Eerd T¹, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. Clin Rehabil. 2009 Apr;23(4):352–61.

sasniegšanu/ dalēju sasniegšanu/ nesasniegšanu. 2017. gadā savā maģistra darbā Ilze Lipska analizēja BKUS stacionārās rehabilitācijas programmā definētos rehabilitācijas mērķus bērniem ar cerebrālo trieku. Rehabilitācija programmas ietvaros ilgst vidēji 10 dienas, un to realizē multidisciplināra rehabilitācijas komanda, piesaistot ārstus - konsultantus un rehabilitācijas programmā iekļaujot fizikālās terapijas elementus. Medicīniskajā dokumentācijā identificētie rehabilitācijas mērķi pārsvarā bija attiecināmi uz ķermeņa funkcijām, bet mazākā mērā uz bērna ar cerebrālo trieku aktivitātēm un dalību, kā arī vides faktoriem³⁰. Autore secina, ka rehabilitācijas mērķi praksē netiek formulēti specifiski, izmērāmi, nedefinējot sasniegšanas termiņus (mērķu formulēšanā netiek ievēroti SMART principi). Funkcionēšanas novērtēšanas rezultāti tiek atspoguļoti pārāk maz, lai spriestu par mērķu sasniegšanu, reālistiskumu, kas mazina individuālo vajadzību integrāciju rehabilitācijas mērķos un rehabilitācijas procesa caurskatāmību.

Medicīniskās rehabilitācijas mājās pakalpojumi ir pieejami atsevišķām pacientu grupām – personām ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma ar diagnozi T91.3, personām ar diagnozēm I60, I61, I63, I64, I69 un bērniem, kas atrodas valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē. Tā ir iespēja saņemt savlaicīgus rehabilitācijas pakalpojumus (pēc akūtās rehabilitācijas) sava veselības stāvokļa uzlabošanai un funkciju atjaunošanai, jo neiroloģisku bojājumu gadījumā atveseļošanās periodā liela nozīme (rehabilitācijas potenciāls) ir fizioloģiskajiem procesiem, kas saistīti ar neiroplasticitāti.

Latvijā nav tādu datu, kas ļautu spriest par to, vai rehabilitācijas pakalpojums mājās samazina pacienta uzturēšanās laiku stacionārajā ārstniecības iestādē vai arī liecinātu par atkārtotu hospitalizāciju skaita samazināšanos. Tādi dati kā pakalpojuma līgumu summas vai sniegto unikālo pakalpojumu skaits faktiski neko neliecina par pakalpojuma efektivitāti (rehabilitācijas rezultātiem). Vispārīga informācija par rehabilitācijas pakalpojumu mājās liecina, ka trūkst speciālistu, īpaši reģionos; nepieciešami dati ne tikai par fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (FRM) ārstu skaitu, bet arī funkcionālajiem speciālistiem, kuri praktiski nodrošina pakalpojumu (fizioterapeits, ergoterapeits, audiologopēds). Rehabilitācijas mājās pakalpojumus dažādos reģionos sniedz gan pašvaldību/ valsts ārstniecības iestādes, gan arī privātie pakalpojumu sniedzēji (visvairāk Rīgā). Iespējams, ka pašvaldību/ valsts ārstniecības iestādēs ir labāki resursi (speciālisti, vide, tehnoloģijas u.c.) pakalpojumu pēctecības nodrošināšanai, jo pacienti (ja stabilizējas viņu veselība un uzlabojas spēja pārvietoties) var turpināt rehabilitāciju tālāk dienas stacionārā vai ambulatori, savukārt ārstniecības iestāde, sniedzot plašāku pakalpojumu klāstu, var nodrošināt speciālistiem vienmērīgāku noslodzi un iesaisti daudzveidīgākos pakalpojumos.

Faktiski var apsvērt rehabilitācijas pakalpojuma mājās saņēmēju loka paplašināšanu – diskutēt, vai pakalpojumu var saņemt pacienti ar noteiktām diagnozēm vai ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem, kuru mazināšanai mājās vide ir piemērota (atlases kritēriji). Atsevišķās ārvalstīs tiek definēts, ka medicīniskā rehabilitācija mājās nozīmējama

³⁰ Lipska I. Bērnu ar cerebrālo trieku stacionārā rehabilitācija: Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas gadījuma analīze. Maģistra darbs, Rīgas Stradiņa universitāte, 2017.

tad, ja pacientam ir ievērojamas pārvietošanās grūtības un viņš nevar saņemt rehabilitāciju ambulatori. Atsevišķu funkciju un aktivitāšu treniņš mājās vidē var būt optimāls (personas un vides mijiedarbība), taču var būt situācija, kad nevar pilnvērtīgi pielietot dažādas specifiskas tehnoloģijas. Būtiski ir kritiski izvērtēt pacienta rehabilitācijas potenciālu, jo funkcionēšanas traucējumi var būt ļoti izteikti un pacientam faktiski nepieciešama aprūpe, nevis rehabilitācija. Ja pacienta funkcionēšanas ierobežojumi un mājās vide nav piemēroti rehabilitācijas mājā īstenošanai, par to būtu jāpaziņo ārstam, kurš pakalpojumu nozīmējis.

Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015.gadam³¹ paredzēja izstrādāt priekšlikumus ambulatorās kardioloģiskās rehabilitācijas programmas izveidei pacientiem ar SAS pēc izrakstīšanās no stacionāra (2.4.24.).

Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.–2015.gadam norādīts, ka, lai uzlabotu ar veselību saistīto dzīves kvalitāti pacientiem pēc akūta MI un revaskularizācijas, svarīgi ir nodrošināt kardioloģiskās rehabilitācijas programmas. VSIA “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” ir izveidota un aprobēta maksas ambulatorā kardioloģiskās rehabilitācijas programma pacientiem ar SAS pēc izrakstīšanās no stacionāra, taču būtu jānodrošina priekšnosacījumi šāda veida programmas nodrošināšanai visiem pacientiem, kuriem tā nepieciešama.

VĒRTĒJUMS – ļoti labs, bet nepilnīgi īstenots pasākums, jo nav datu, ka kardioloģiskās rehabilitācijas programmas tiktu nodrošinātas visiem pacientiem, kuriem tās nepieciešamas. Ja rehabilitācijas programma tiek piedāvāta tikai par maksu, tad tas var būt būtisks ierobežojums pacientam. Ja valsts līmenī tiek atzīts, ka SAS pacientiem, atbilstoši nepieciešamībai (jābūt noteiktiem kritērijiem), jānodrošina ambulatora rehabilitācija, tad tiem vajadzētu būt valsts apmaksātiem pakalpojumiem (vismaz pēcakūtā posmā). Pētījumi norāda, ka rehabilitācijas programmas, kas iekļauj fiziskās slodzes tolerances treniņu (gan stacionāras, gan ambulatoras) ilgtermiņā uzlabo pacientu atkārtotas hospitalizācijas rādītājus (samazinās atkārtoto hospitalizāciju skaitu), paaugstinās pacientu vērtējums par dzīves kvalitāti (pacientiem ar vidēju risku sirds mazspējai vai SAS). Psiholoģiskā atbalsta vai izglītojošas programmas mazāk ietekmē saslimstību un mirstību, taču var paaugstināt pacientu vērtējumu par dzīves kvalitāti³².

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam³³ paredz Medicīniskās rehabilitācijas programmas izveidi, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, kā arī paredzot ģimenes ārsta (ĢĀ) darbu rehabilitācijā atbilstoši ĢĀ noteiktajai kompetencei, ceļot ĢĀ kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā (6.1.14.). Tāpat arī plānots pilnveidot pacientu plūsmu dažādos veselības aprūpes līmeņos un mazināt gaidīšanas laikus veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai (6.1.10.) un nodrošināt pēctecīgu narkoloģiskās ārstēšanas pieejamību (atklāšana, motivācija, specializēta ārstēšana, rehabilitācija) iedzīvotājiem, tai skaitā, saņemt stacionāro psihoterapijas ārstēšanās kursu motivācijas un Minesotas programmā (6.1.18.).

³¹ Ministru kabineta 05.08.2013. rīkojums Nr.359 “Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.–2015.gadam”.

³² L.J. Anderson, R.S. Taylor. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: An overview of Cochrane systematic reviews. International Journal of Cardiology 177 (2014) 348–361.

³³ Ministru kabineta 14.10.2014. rīkojums Nr.589 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2014.–2020.gadam”.

Kopš 2009. gada Latvijā ir sarucis to ārstniecības iestāžu skaits, kurās stacionāri pieejami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, un 2012.gadā stacionāri medicīnisko rehabilitāciju nodrošināja vien 5 ārstniecības iestādēs, tomēr šo iestāžu izvietojums valstī ir neproporcionāls un stacionāri medicīniskā rehabilitācija galvenokārt ir pieejama tikai Rīgā un Pierīgas reģionā.

Primārās veselības aprūpes (PVA) pakalpojumu sniedzēju iesaiste medicīniskās rehabilitācijas nodrošināšanā šobrīd ir ierobežota, tādēļ PVA pakalpojumu sniedzējus nepieciešams papildus izglītēt par iespējām nodrošināt rehabilitāciju pacientiem PVA līmenī un celt ģimenes ārstu kompetenci rehabilitācijas nepieciešamības izvērtēšanā, kā arī rehabilitācijas rezultātu novērtēšanā. Atbilstoši PVA attīstības plānam 2014.–2016.gadam³⁴ ģimenes ārsta kompetencē ir iedzīvotāju rehabilitācija (indikāciju noteikšana un rehabilitācijas rezultātu novērtēšana) atbilstoši Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumiem Nr.268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”. ĢĀ sniedz PVA visu vecumu iedzīvotājiem lielākajā vairumā veselības problēmu, tomēr kopumā ĢĀ vairāk nodarbojas ar slimību diagnostiku un ārstniecību, un PVA līmenī nodrošinātā veselības veicināšana un slimību profilakse vērtējama kā nepietiekama.

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam identificētas problēmas – garas gaidīšanas rindas ambulatoro un plānveida stacionāro pakalpojumu saņemšanai, kas tādējādi negatīvi ietekmē veselības aprūpes pēctecību un savlaicīgu palīdzības sniegšanu, kā arī daļai iedzīvotāju ir ierobežota veselības aprūpes pieejamība. Veselības ministrijas 14.02.2017. informatīvajā ziņojumā “Par veselības reformas pasākumu īstenošanas turpināšanu 2017.gadā” norādīts, ka, piemēram, gaidīšanas laiks jeb gaidīšanas rindas garums uz valsts apmaksāta veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanu uz ambulatoriem rehabilitologa pakalpojumiem ir līdz 181 dienai, uz ambulatoriem ergoterapeita pakalpojumiem gaidīšanas laiks ir līdz 950 dienām (SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” stacionārs “Biķernieki”), savukārt uz ambulatoriem fizioterapeita pakalpojumiem gaidīšanas laiks ir līdz pat 600 dienām (SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” stacionārs “Biķernieki”), uz audiologopēda pakalpojumiem līdz 350 dienām (SIA “Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” stacionārs “Biķernieki”) un vispārējo masāžu bērniem līdz 420 dienām (SIA “Rīgas 1.slimnīca”).

Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020.gadam identificēta problēma – netiek pilnībā nodrošināta integrēta, nepārtraukta un pēctecīga pacientu veselības aprūpe. Norādīts, ka ilgs gaidīšanas laiks veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai būtiski ietekmē arī pakalpojumu pēctecības un nepārtrauktības nodrošināšanas iespējas. Ja pacientam nav iespējams nodrošināt pēctecīgu visu veselības aprūpi (savlaicīgu atklāšanu, specializētu ārstēšanu un atbilstošu rehabilitāciju), kavēsies veselības rādītāju uzlabošanās. Tas ir īpaši nozīmīgi tām veselības problēmām, kuru gadījumos pacientam nav motivācijas ārstēties, piemēram, atkarību gadījumos.

VĒRTĒJUMS – svarīgi būtu pilnveidot ĢĀ izpratni par rehabilitācijas nepieciešamību, iespējām un rezultātu izvērtējumu, jo ĢĀ ir būtiska loma veselības aprūpes pakalpojumu koordinēšanā, t.sk. rehabilitācijas (it īpaši hroniskiem pacientiem).

³⁴ Ministru kabineta 25.04.2014. rīkojums Nr.181 “Par Primārās veselības aprūpes attīstības plānu 2014.–2016.gadam”.

Ir izskanējusi informācija no VM par ģimenes ārstu darbības attīstību un iespējamo komandas paplašināšanu un sadarbību ar citiem speciālistiem³⁵. ĢĀ vajadzētu spēt **atpazīt invaliditātes riskus un aktīvi virzīt pacientu pakalpojumu saņemšanai to mazināšanai**. ĢĀ vajadzētu atpazīt situācijas, kurās pacientam nepieciešams monoprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums un šādā gadījumā pietiekama būtu ĢĀ sadarbība ar funkcionālo speciālistu, piem., fizioterapeitu (pēc PVO skaidrojuma tā būtu terapija, nevis medicīniskā rehabilitācija, varētu domāt par atšķirīgiem finansēšanas principiem). Noteikti hronisku, ilgstošu funkcionēšanas traucējumu gadījumā ĢĀ būtu nozīmīga loma nepieciešamo rehabilitācijas un citu medicīnisko pakalpojumu koordinēšanā. Tādējādi tiktu mazināts nosūtījumu skaits pie **FRM ārsta, kura kompetencē primāri būtu akūtu/ subakūtu pacientu vajadzību izvērtējums un multiprofesionālu rehabilitācijas pakalpojumu koordinēšana un pārraudzīšana**.

MK noteikumi³⁶ paredz, ka ar ĢĀ vai cita speciālista nosūtījumu pacients var saņemt logopēda vai funkcionālā speciālista konsultāciju, vai logopēda vai funkcionālā speciālista sniegtus rehabilitācijas pakalpojumus līdz pieciem apmeklējumiem. Jautājums par noteiktu apmeklējumu skaitu, ko realizē funkcionālais speciālists (monoprofesionāla rehabilitācija) ir diskutabls. Apmeklējumu skaitam vajadzētu izrietēt no pacienta funkcionēšanas problēmām – pamatojoties uz tām izvirza mērķi un sagatavo rehabilitācijas plānu, kurā jāparedz un jāpamato apmeklējumu skaits, intervāls un ilgums. Piemēram, ĢĀ nosūta pie fizioterapeita uz 5 nodarbībām, taču fizioterapeits izvērtējot konstatē, ka pietiek ar 2–3 nodarbībām/ novērtējums, konsultācija un apmācība vingrinājumu kompleksam, ko tālāk jau pacientam jāveic patstāvīgi; savukārt pacients sagaida un pieprasa 5 nodarbības, jo tās taču “pienākas”. Pēc plānotā termiņa beigām jāveic atkārtots novērtējums un jāpieņem lēmums par rehabilitācijas turpināšanu (attieciģi pamatojot un fiksējot jaunus mērķus un laika plānu to sasniegšanai) vai arī FRM ārsta konsultāciju un citu speciālistu piesaisti (multiprofesionāla rehabilitācija). Vēlos norādīt uz **pretrunām regulējošos normatīvos, jo logopēds nav ārstniecības persona** un pakalpojumu tiesīgs sniegt ir audiologopēds (funkcionālais speciālists).

Atsevišķu ārvalstu vadlīnijās noteiktām veselības problēmām (Skotija – insults, Austrālija – kardioloģija) tiek uzsvērts, ka ģimenes ārsts ir atslēgas persona dažādu veselības aprūpes, t.sk. rehabilitācijas, koordinēšanā hroniski slimiem pacientiem (sasauca ar VM ģimenes ārstu kvalitātes programmā ietverto kritēriju – hronisku pacientu aprūpes rezultāti). Nav daudz pētījumu, kuros specifiski tiktu izvērtēta ģimenes ārsta loma rehabilitācijas pakalpojumu īstenošanā. Pamatā tie skaidro ĢĀ saistību ar profesionālo rehabilitāciju vai pacientu atgriešanu darbā. Vācijā veikta pētījuma rezultāti norāda, ka sekmīgam rehabilitācijas procesam, lai pacients varētu atgriezties darbā, būtiska ir sadarbība starp ģimenes, aroda un rehabilitācijas ārstiem³⁷, kas katrs pilda atšķirīgu lomu rehabilitācijas procesā. Ir jāņem vērā, ka Vācijas federālajās zemēs var atšķirties kārtība, kā pacients var pretendēt uz rehabilitācijas

³⁵ VM konceptuālais ziņojums “Par veselības aprūpes sistēmas reformu”, <http://www.vm.gov.lv/aktualitates/par-veselibas-aprupes-sistemas-reformu/>

³⁶ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 11.punkts, IV. nodaļa Veselības aprūpes organizēšana mājās un 132.1 punkts.

³⁷ Jan M. Stratil, Monika A. Rieger, Susanne Völter-Mahlknecht. Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. Int Arch Occup Environ Health (2017) 90:481–490.

pakalpojumiem, kas nepieciešami, lai atgūtu darbaspējas. Procedūra parasti ietver gan pacienta pieteikumu rehabilitācijas finansējumam, gan veselības traucējumu aprakstu, ko sniedz ĢĀ. Rehabilitācijas kursa beigās notiek darbaspēju izvērtējums un sagatavots reintegrācijas plāns darbvietā, kas tiek saskaņots ar pacientu, ārstējošo ārstu un darba devēju. Rehabilitācijas rezultātu apraksts un rekomendācijas tiek nodotas ĢĀ, kas pēc-rehabilitācijas fāzē tālāk plāno un seko līdzi ārstēšanai un profesionālajai reintegrācijai.

Dānijā veikta pētījuma rezultāti liecina, ka ģimenes ārstu iesaiste, lai proaktīvi veicinātu onkoloģisko pacientu līdzdalību medicīniskās rehabilitācijas programmās, nav devusi pārlicinošus rezultātus (nav palielinājies skaits pacientiem, kuri saņem rehabilitācijas pakalpojumus)³⁸, taču pastāv pozitīva mijiedarbība, kā arī pacientu apmierinātība ar ģimenes ārsta darbu ir lielāka³⁹.

Skotijā veiktā aptaujā ĢĀ atzina, ka viņiem trūkst izpratnes par biopsihosociālu pieeju funkcionālo ierobežojumu novērtēšanai un trūkst izpratnes par individuālām vajadzībām, lai atgrieztu pacientu darbā⁴⁰. Pētījuma autori arī min, ka ĢĀ iesaiste pētījumā bija apgrūtināta, lielās noslodzes dēļ vai arī viņi uzskatīja, ka jautājumi nav piemēroti ĢĀ kompetencei.

2009.gadā veiktā literatūras pārskatā⁴¹ autori identificēja 6 modeļus, kādos rehabilitācija tiek integrēta primārajā veselības aprūpē: klīniskā pieeja (funkcionālie speciālisti strādā tajās pašās telpās, kur atrodas ģimenes ārstu prakses), mobilās brigādes un satelītvienības (*outreach*), pašmenedžmenta programmas (izglītojošas programmas, ko nodrošina veselības aprūpes speciālisti pacientiem ar hroniskām saslimšanām), kopienā īstenotie rehabilitācijas pasākumi (*community-based rehabilitation, CBR*), pacienta vajadzības apzina un darbības (ģimenes ārsts, speciālists vai funkcionālais speciālists) saplāno pakalpojumu koordinators (*case management*), kā arī dalītā aprūpe (*shared care*), ko nodrošina ģimenes ārsts sadarbībā ar speciālistu (atkarīgs no pacienta veselības problēmas – psihiatrs, endokrinologs, FRM ārsts vai kāds cits).

Lai arī studiju kursi par rehabilitācijas pamata principiem un klīniskajiem aspektiem ir iekļauti ārstu sagatavošanas studiju programmās Latvijā, taču vajadzīga arī profesionālās pilnveides tālākizglītība par rehabilitācijas nozares jautājumiem un aktualitātēm. Jāveicina vienota izpratne par dažādiem funkcionēšanas līmeņiem un funkcionēšanas ierobežojumiem⁴², kas rada invaliditāti, un veselības stāvokļiem, kas rada invaliditātes riskus.

Vēlos uzsvērt, ka rehabilitācija nav tikai atsevišķas manipulācijas (piem., masāža, vingrošana vai fizikālas procedūras), jo saskaņā ar PVO definīciju **rehabilitācija ir veselības stratēģija ar konkrētu mērķi, kam jābūt vērstam uz invaliditātes riska mazināšanu.** Ķermeņa funkciju

³⁸ Stinne Holm Bergholdt, Jens Søndergaard, Pia Veldt Larsen, Lise Vilstrup Holm, Jakob Kragstrup & Dorte Gilså Hansen. A randomised controlled trial to improve general practitioners' services in cancer rehabilitation: Effects on general practitioners' proactivity and on patients' participation in rehabilitation activities. *Acta Oncologica*, 2013; 52: 400–409.

³⁹ Stinne Holm Bergholdt, Dorte Gilså Hansen, Pia Veldt Larsen, Jakob Kragstrup, Jens Søndergaard. A randomised controlled trial to improve the role of the general practitioner in cancer rehabilitation: effect on patients' satisfaction with their general practitioners. *BMJ Open* 2013;3:e002726. doi:10.1136/bmjopen-2013-002726

⁴⁰ Evangelia Demou, Mairi Gaffney, Furzana Khan, John K Lando and Ewan B Macdonald. Case management training needs to support vocational rehabilitation for case managers and general practitioners: a survey study. *BMC Medical Education* 2014, 14:95.

⁴¹ *McCull M.A. et al. Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. Arch Phys Med Rehabil.* 2009; Vol 90 (9): 1523- 1531.

⁴² VM darba grupas "Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšanas un priekšlikumu izstrāde" ziņojums 07.10.16.

un struktūru bojājuma gadījumā var būt nepieciešami arī atsevišķi pakalpojumi, piem., masāžas kurss vai fizioterapeita konsultācija, taču tas ir monoprofesionāls pakalpojums un var diskutēt, vai pēc būtības tas uzskatāms par rehabilitāciju. **Latvijā varētu domāt par mērķtiecīgu rehabilitācijas pakalpojumu organizāciju (programmu veidā) noteiktām saslimšanām,** kurām raksturīgas sekas kā izteikti funkcionēšanas ierobežojumi un invaliditātes risks. Šādās programmās jāparedz noteikti kritēriji pacientu atlasei rehabilitācijai dažādos posmos (skat. PVO rehabilitācijas matricu, kas aprakstīta tālāk tekstā), informācijas pēctecība un funkcionēšanas izmaiņu monitorēšana visos rehabilitācijas posmos (atbilstoši SFK funkcionēšanas līmeņiem), integrēta un uz pacientu vērsta rehabilitācija.

Rindu jautājums rehabilitācijā ir ārkārtīgi nozīmīgs, jo, nesaņemot rehabilitāciju savlaicīgi, var mazināties pacienta rehabilitācijas potenciāls. Faktiski, svarīgi ir izvērtēt rehabilitācijas nepieciešamību konkrētam pacientam (vai tā ir prioritāte), izvērtēt pacienta funkcionēšanas ierobežojumus un vajadzību pēc rehabilitācijas ar noteiktu un adekvātu mērķi. Nosūtījumos ir iespēja norādīt, vai pacients ir prioritārs vai hronisks (kopš 2017. gada), jautājums – kā šī iespēja tiek izmantota un kā veselības aprūpes iestādēs tiek menedžētas valsts apmaksāto rehabilitācijas pakalpojumu kvotas. Ja pacients ir prioritārs, tad pie esošās kvotu sistēmas var gadīties, ka kvotas īstajā brīdī ir beigušās un jāgaida uz jaunām iespējām – tikām mazinās rehabilitācijas potenciāls. Cik zināms, tad kvotu menedžēšanas principi katrā veselības aprūpes iestādē var atšķirties. Papildu līdzekļu piešķiršana ārstniecības iestādēm (kas parasti notiek gada beigās) nerisina problēmu pēc būtības, vajadzīgi atlases kritēriji katram rehabilitācijas pakalpojumu modelim (stacionāra, ambulatora vai mājās) un kritēriji prioritātēm. Šobrīd rehabilitācijas profesionāļu vidū izskan viedoklis, ka zemie valsts tarifi neveicina optimālu pacientu plūsmu, jo speciālisti, lai saņemtu adekvātu apmaksu par darbu, nav ieinteresēti sniegt pakalpojumu par zemu samaksu. Līdz ar to speciālisti ir ieinteresēti sniegt maksas pakalpojumus par adekvātu samaksu, savukārt daļai pacientu ir zema maksātspēja un veidojas rindas. Arī iestādes nav ieinteresētas sniegt valsts apmaksātos pakalpojumus, jo tarifi nenosedz visas izmaksas (infrastruktūra, uzturēšana, attīstība, vienreiz lietojamais inventārs u.c.).

Pacientiem ar hroniskiem funkcionēšanas ierobežojumiem ir svarīgi periodiski un regulāri pārraudzīt funkcionēšanas spējas, taču rehabilitācijas pakalpojumus (multi- vai mono-) šādiem pacientiem ir iespējams atšķirīgi strukturēt laikā (retāk, ar intervāliem, konsultācijas) un intensitātē, var organizēt grupu nodarbības (grupu nodarbību apmaksu ir zemāka nekā individuālās terapijas, tāpēc speciālisti nereti to mazāk pielieto) vai pacientiem sniegt rekomendācijas par patstāvīgi veicamiem uzdevumiem un attīstīt prasmes pielāgoties. Pacientus ar hroniskiem funkcionēšanas ierobežojumiem varētu novirzīt uz veselību uzturošām un veicinošām aktivitātēm (kam arī tiek paredzēts valsts finansējums), paredzot medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus par valsts līdzekļiem tikai slimības paasinājumu vai progresā gadījumos, ja būtiski pasliktinās funkcionēšanas spējas.

Savukārt rehabilitācija psihisku saslimšanu un atkarību gadījumā (psihosociāla pieeja) pēc satura atšķiras no medicīniskās rehabilitācijas somatisku saslimšanu gadījumā. Līdzīgi kā pie somatiskajām saslimšanām, nozīme ir saslimšanas raksturam un gaitai, pacienta dzīves apstākļiem un pieejamām atbalsta sistēmām – katra pacienta situācija jāvērtē individuāli. **Tā kā šiem pacientiem būtiski izmainīta uztvere, griba un motivācija ārstēties,** ir jābūt labai un savstarpēji integrētai pakalpojumu sistēmai (veselības aprūpe, sociālā palīdzība un aprūpe), lai

nodrošinātu savlaicīgu traucējumu atklāšanu, specializētu ārstēšanu un atbilstošu rehabilitāciju un integrāciju sabiedrībā.

Valdības rīcības plāns Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai⁴³ paredzēja izveidot medicīniskās rehabilitācijas programmu, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, kā arī paredzot rehabilitācijas pakalpojumu integrāciju stacionāru un ambulatorajos pakalpojumos, tajā skaitā arī medicīnas aprūpē mājās (105.1).

VM ir minējusi, ka pasākuma īstenošana tiks uzsākta pēc tam, kad 2016.gadā būs pieejami Pasaules Bankas veiktā pētījuma rezultāti (rekomendācijas). Pasaules Bankas ziņojumā “Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā”⁴⁴ netika izdalīti specifiski ieteikumi attiecībā uz medicīnisko rehabilitāciju. Lai izvērtētu normatīvajos aktos noteikto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas kārtību un izstrādātu priekšlikumus medicīniskās rehabilitācijas jautājumu pilnveidošanai, laika posmā no 2014. gada septembra līdz 2016. gada oktobrim strādāja ar Veselības ministrijas 2014.gada 24.jūlija rīkojumu Nr.93 izveidotā darba grupa, kurai viens no uzdevumiem bija izvērtēt prasības medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem un rehabilitācijas procesa organizēšanai un iesniegt Veselības ministrijas valsts sekretāram priekšlikumus to pilnveidošanai, tajā skaitā par nepieciešamajiem resursiem priekšlikumu īstenošanai. Vienlaicīgi tika gatavoti grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, kur ir paredzēts uzlabot rehabilitācijas saņemšanas iespējas insulta pacientiem pēc izrakstīšanās no stacionāra.

VĒRTĒJUMS – iecere ļoti laba, taču nav pārliecības par tās īstenošanas stabilu virzību. Ar Veselības ministrijas 2014.gada 24.jūlija rīkojumu Nr.93 izveidotā darba grupa, lai izvērtētu normatīvajos aktos noteikto medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas kārtību un izstrādātu priekšlikumus medicīniskās rehabilitācijas jautājumu pilnveidošanai, darbu turpināja līdz 2016. gada 7. oktobrim. Darba grupa sagatavoja un VM iesniedza priekšlikumus, kuri publiski (piem., VM mājas lapā) nav pieejami. Iepazīstoties ar Latvijas rehabilitācijas profesionālo organizāciju asociācijas (LRPOA) rīcībā esošajiem darba grupas materiāliem (sagatavotie priekšlikumi), nav skaidra iesniegto priekšlikumu tālākā virzība.

Pēc VM sniegtās informācijas, pamatojoties uz darba grupas ietvaros sagatavotajiem priekšlikumiem, tika veikti grozījumi (Ministru kabineta 2014.gada 23.decembra noteikumi Nr.840 “Grozījumi Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumos Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība””) noteikumos Nr.1529, kas stājās spēkā 2015.gada 1.janvārī. Nav konkrēti norādīts, kuri priekšlikumi ņemti vērā un kas ir mainīts normatīvajos aktos, bet viens no grozījumiem, iespējams, bija, ka ar ģimenes ārsta nosūtījumu pacients var saņemt funkcionālā speciālista pakalpojumus (rehabilitācijas kursu) līdz 5 reizēm, kā arī izmaiņas pakalpojumam rehabilitācija mājās.

⁴³ Par Valdības rīcības plānu Deklarācijas par Laimdotas Straujumas vadītā Ministru kabineta iecerēto darbību īstenošanai, apstiprināts ar Ministru kabineta 16.02.2015. rīkojumu Nr.78.

⁴⁴ <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/58592be533003.pdf>

Medicīniskās rehabilitācijas programmu izveide, nosakot reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtās rehabilitācijas pakalpojumu apjomu, veicinātu pakalpojumu pieejamību reģionos un sasaucas ar PVO rekomendācijām, ka rehabilitācijas pakalpojumiem jābūt pieejamiem tuvāk pacienta dzīvesvietai, kā arī jābūt pieejamiem daudzveidīgiem pakalpojumu sniegšanas modeļiem. Eiropas reģionā nozīmīgākās saslimšanas, kurām raksturīgas sekas kā izteikti funkcionēšanas ierobežojumi un invaliditātes risks, ir muskuļu-skeleta sistēmas saslimšanas (t.sk. muguras lejas daļas un kakla daļas sāpes), sirds un asinsvadu saslimšanas (t.sk. insults), psihiskās saslimšanas (t.sk. depresijas), ļaundabīgie audzēji, diabēts, nervu sistēmas saslimšanas (t.sk. deģeneratīvas slimības), nelaimes gadījumi un traumas u.c. Šo slimību etioloģija un gaita ir atšķirīga, ārstēšanas efektivitāti var ietekmēt dažādi faktori (skat. PVO rehabilitācijas matricu, kas aprakstīta tālāk tekstā), tāpēc **būtu nepieciešams noteikt prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem**, balstoties uz vispusīgu un pamatotu vajadzību un iespēju izvērtējumu. Reģionālajās un universitātes slimnīcās sniegtajiem rehabilitācijas pakalpojumiem strukturētu programmu veidā (piem., onkoloģiskā rehabilitācija, kardioloģiskā rehabilitācija, insulta rehabilitācija u.c.), paredzot kritērijus pacientu atlasei rehabilitācijai dažādos posmos un aptverot visus iespējamus pakalpojumu modeļus (stacionāra rehabilitācija, ambulatora rehabilitācija, rehabilitācija mājās, piemēram, arī mobilās brigādes vai attālināti rehabilitācijas pakalpojumi – šādas pakalpojumu formas Latvijā faktiski neeksistē), pacientam nodrošinātu pakalpojumu pēctecību un pakalpojumu efektivitātes pārraudzību.

PVO rekomendācijas par rehabilitāciju, pieredze ārvalstīs un iespējas Latvijā

Būtiski notikumi, kas globāli ietekmējuši uzskatus par rehabilitāciju un nozares tālāko attīstību, ir PVO Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (SFK) publicēšana 2002. gadā⁴⁵ un 2011. gadā publicētais PVO un Pasaules Bankas (PB) “Ziņojums par invaliditāti”⁴⁶.

PVO SFK definē nespēju (invaliditāte – *disability*) kā indivīda funkcionēšanas un viņa kontekstuālo faktoru mijiedarbību negatīvā aspektā (invaliditātes biopsihosociālais modelis). Savukārt funkcionēšanu var vērtēt atšķirīgos līmeņos, kurus apraksta SFK komponentes – ķermeņa līmenī (ķermeņa funkcijas un struktūras), indivīda līmenī (aktivitātes) un sabiedrības līmenī (dalība). PVO rehabilitāciju definē kā pasākumu kopumu (*health strategy*), kas palīdz indivīdam ar esošu vai draudošu invaliditāti sasniegt un saglabāt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar apkārtējo vidi.

Rehabilitācija ir multidimensionāls process, un PVO piedāvā vadlīnijas rehabilitācijai⁴⁷ un matricu, kas iekļauj tās dimensijas, kas katra par sevi un visas kopā nosaka rehabilitācijas procesa īpatnības ikvienam pacientam vai rehabilitācijas pakalpojumu saņēmējam; tās ir jāņem vērā, plānojot un realizējot rehabilitācijas pakalpojumus. Matricā iekļautās dimensijas ir

⁴⁵

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_lav.pdf;jsessionid=7341918F4A08FA69D155000BE674EAB9?sequence=10

⁴⁶ http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

⁴⁷ http://www.who.int/disabilities/care/rehabilitation_guidelines_concept.pdf

mainīgas savā būtībā, jo arī sabiedrības vajadzību un to piepildīšanas iespējas ir mainīgas. Pamatojoties uz PVO izstrādātajām rehabilitācijas vadlīnijām un matricu, rehabilitācijas medicīnas speciālistu starptautiskās organizācijas salīdzinoši nesēn ir uzsākušas izstrādāt praktiskus rīkus rehabilitācijas sistēmas izvērtēšanai, piemēram – *Rehabilitation Service Assesment Tool (RSAT)*⁴⁸ un *International Classification of Service Organization in Health-related Rehabilitation (ISCO-R)*⁴⁹, kas strukturētā veidā ļauj apkopot plašu informāciju par pieejamiem rehabilitācijas pakalpojumiem un to organizāciju, ļauj salīdzināt un identificēt vājās vietas un izstrādāt rekomendācijas sistēmas pilnveidei. Šie rīki ir aprobācijas un pilnveides stadijā un ir izmantoti PVO misiju ietvaros atsevišķās ārvalstīs (Ēģipte, Ukraina). Mainoties situācijai sabiedrībā un pieaugot veselības aprūpes pakalpojumu izmaksām, pēdējo desmit gadu laikā atsevišķās ārvalstīs (Apvienotā Karaliste, Austrālija, Kanāda) ir pārskatīti rehabilitācijas pakalpojumu īstenošanas procesi un vispusīgas analīzes rezultātā radītas nacionāla vai reģionāla mēroga rehabilitācijas vadlīnijas vai ietvarprogrammas. Lai identificētu iespējas uzlabot un attīstīt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus Latvijā, piedāvāju salīdzinošu pārskatu par aktuālajām PVO vadlīnijām rehabilitācijai, piemēriem ārvalstīs (piemēri izvēlēti, pamatojoties uz dokumentu pieejamību angļu valodā) un situāciju Latvijā.

Kas ir rehabilitācija?	
PVO	Rehabilitācija kā pasākumu kopums (<i>health strategy</i>), kas palīdz indivīdam ar esošu vai draudošu invaliditāti sasniegt un saglabāt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar apkārtējo vidi.
Ārvalstu piemēri	Anglija ⁵⁰ : Rehabilitācija fokusējas uz veselības stāvokļa ietekmi uz personas dzīvi, nevis tikai uz medicīnisko diagnozi. Rehabilitācijā nozīmīga ir speciālistu sadarbība ar pacientu un viņam nozīmīgām personām, lai veicinātu pacienta potenciālu un neatkarību, lai viņam būtu izvēle un kontrole pār savu dzīvi. <u>Rehabilitācija ir aprūpes filozofija, kas palīdz cilvēkiem iekļauties savās kopienās, nodarbinātībā un izglītībā</u> , nevis izolēt un virzīt viņus cauri sistēmai ar neskaidrām cerībām par piepildītu dzīvi. Skotija ⁵¹ : process ar mērķi atjaunot personas autonomiju attiecībā uz tiem ikdienas dzīves aspektiem, kuri ir būtiski pacientam vai pakalpojuma saņēmējam, viņa piederīgajiem un aprūpētājiem.
Situācija Latvijā	Veselības aprūpē – Medicīniskā rehabilitācija ir medicīnas nozare, kas nodarbojas ar cilvēka fiziskā, psiholoģiskā, sociālā, aroda un izglītības potenciāla attīstīšanu vai atgūšanu atbilstoši viņa fizioloģiskajiem vai anatomiskajiem ierobežojumiem, vai – <u>stabilu veselības traucējumu gadījumā – ar pacienta dzīves pielāgošanu videi un sabiedrībai</u> ⁵² .

⁴⁸ Gutenbrunner C., Nugraha B. Principles of assesment of rehabilitaion services in Health syytems: lerning from experience. J Rehabil Med 2017; 49: doi:10.2340/16501977-2246.

⁴⁹ Gutenbrunner C.,Bickenbach J., Kiekens C., Meyer T., Skempes D., Nugraha B., et al. ISPRM duscussion paper: proposing dimensions for an International Classification of Service Organization in Health- related Rehabilitation. J Rehabil Med 2015; 47: 809- 815.

⁵⁰ COMMISSIONING GUIDANCE FOR REHABILITATION. NHS England, March 2016.

⁵¹ Sinclair A, Dickinson E (1988) Effective Practice in Rehabilitation: The Evidence of Systematic Reviews. London: King’s Fund.

⁵² Ārstniecības likuma 1.panta14.punkts.

	<p>Sociālajā labklājībā – Sociālā rehabilitācija ir pasākumu kopums⁵³, kas palīdz iemācīties sadzīvot ar funkcionālajiem traucējumiem, atjauno vai <u>apmāca</u> tām prasmēm, kas dažādu apstākļu dēļ ir zudušas, palīdz cilvēkam atgriezties darba dzīvē un iesaistīties sabiedriskajās aktivitātēs.</p>
Secinājumi un rekomendācijas	<p>Salīdzinot abas LV definīcijas, pārklājas sadaļa, kas attiecas uz stabiliem veselības traucējumiem un pacienta adaptāciju, lai sadzīvotu ar tiem un veicinātu integrāciju sabiedrībā.</p> <p>Attīstot labāku veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu integrāciju, varētu izšķirt prioritātes valsts finansējuma novirzīšanai:</p> <p><u>Medicīniskā rehabilitācija</u> – personas funkcionālo spēju attīstīšana un atgūšana (akūti un subakūti funkcionēšanas ierobežojumi – pēc nepieciešamības paredzot un iekļaujot atbilstošus sociālos pakalpojumus).</p> <p><u>Sociālā rehabilitācija</u> – personas ar stabiliem funkcionēšanas ierobežojumiem (hroniski funkcionēšanas ierobežojumi) adaptācija (pēc nepieciešamības paredzot un iekļaujot atbilstošus medicīniskos pakalpojumus).</p>
<p>Kam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi?</p>	
PVO	<p>Uz rehabilitāciju attiecināmie veselības stāvokļi un tiem raksturīgi bojājumu veidi: veselības traucējumi, slimības, traumas.</p> <p>Veselības stāvokli raksturo bojājuma progresēšanas veids: Pārejošs, intermitējošs, progresējošs, regresējošs, stabils, pasliktināšanās.</p> <p>Veselības stāvokli raksturojošs traucējums: Sensors, fiziskas, izziņas, psihisks, intelekta, uzvedības, komunikācijas u.c.</p>
Ārvalstu piemēri	<p>Anglija: rehabilitācija aptver plašu iespēju spektru, kā pacients saņem pakalpojumus; aptverot atbalstu atsevišķām funkcijām (piem., komunikācija) līdz pat labklājībai un nodarbinātībai. Rehabilitācija ir piemērota ikvienā vecumā, jo pacienta vajadzības mainās dzīves cikla laikā. Uz personu vērsta pieeja ir fundamentāla, lai nodrošinātu rehabilitāciju kā aktīvu un veicinošu procesu katram indivīdam. Rehabilitācija nodrošina atbalstu, kas ir atbilstošs katra indivīda specifiskajiem apstākļiem un vajadzībām.</p>
Situācija Latvijā	<p>Ministru kabineta noteikumi⁵⁴ nosaka, ka no valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāta medicīniskā rehabilitācija ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa nosūtījumu <u>bērniem invalīdiem, bērniem un pacientiem ar funkcionāliem ierobežojumiem, kuriem medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu saņemšanas, pacientiem ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti un ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā.</u></p> <p>Lai saņemtu valsts apmaksātu medicīnisko rehabilitāciju, ir jāvēršas pie ģimenes ārsta, kurš, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, nepieciešamības gadījumā var izsniegt nosūtījumu rehabilitologa vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta ambulatorai konsultācijai.⁵⁵</p>

⁵³ https://www.siva.gov.lv/Soci%C4%81l%C4%81_rehabilit%C4%81cija.html

⁵⁴ Ministru kabineta noteikumi Nr.1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, Rīgā 2013.gada 17.decembrī.

⁵⁵ <http://www.vm.gov.lv/lv/tava-veseliba/medicinska-rehabilitacija1/>

	<p>Veicot pacientu atlasi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai⁵⁶, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts novērtē:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pacienta veselības stāvokli un ar to saistītos funkcionālos ierobežojumus; -medicīniskās rehabilitācijas potenciālu; -pacienta un viņa piederīgo motivāciju; -veselības stāvokļa stabilitāti rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai; -optimālāko medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu.
Secinājumi un rekomendācijas	<p>Zinātniskos un populācijas pētījumos, kas veikti ārvalstīs, iezīmējas tās saslimšanas un slimību grupas, kuras biežāk saistāmas ar nopietniem un ilgstošiem funkcionēšanas ierobežojumiem. Šai informācijai ir ilustratīvs raksturs, taču, pamatojoties uz šādām zināšanām, faktiski var plānot specifiskas rehabilitācijas programmas. <u>Taču diagnoze pati par sevi nevar būt indikācija rehabilitācijai</u>, jo jāņem vērā papildu apstākļi (blakus saslimšanas, bojājuma progresēšanas veids, aktuālie funkcionēšanas traucējumi). Lai raksturotu slimībai specifisku pacienta funkcionēšanas profilu, tiek veidotas un praksē pielietotas SFK pamatkopas (<i>ICF Core sets</i>), kas atvieglo funkcionēšanas izvērtēšanu klīniskā vidē (strukturēts novērtējums visiem funkcionēšanas līmeņiem).</p> <p>Var veidot slimību vai to grupu sarakstu, kas biežāk saistās ar nopietniem funkcionēšanas ierobežojumiem, taču papildus jāparedz kritēriji funkcionēšanas izvērtēšanai. Rekomendējama būtu standartizētu mērījumu izvēle un apstiprināšana lietošanai visos rehabilitācijas posmos, kas ļautu sekot līdzi funkcionālo rezultātu izmaiņām laikā. Piem., valsts līmenī nosakot vienotu mērījumu pacientu funkcionēšanas izmaiņu novērtēšanai, varētu izsekot rezultātiem visos medicīniskās rehabilitācijas procesa posmos – stacionārā, ambulatori, dienas stacionārā vai mājās.</p>
Kādi ir mērķi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem?	
PVO	<p>Rehabilitācijas uzdevumi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -funkcijas zuduma aizkavēšana; -funkcijas zuduma ātruma palēnināšana; -funkcijas uzlabošana vai atjaunošana; -zaudētas funkcijas kompensēšana; -esošas (sasniegtas) funkcijas saglabāšana/ uzturēšana. <p>PVO koncepcijā par rehabilitācijas vadlīnijām ir skaidrots, ka rehabilitācija vienmēr ir brīvprātīgs process, taču dažiem pacientiem ir nepieciešams atbalsts lēmumu pieņemšanā par izvēlēm saistībā ar rehabilitācijas procesu. Visos gadījumos rehabilitācijas mērķis ir veicināt iespējas (<i>empower</i>) cilvēkiem ar funkcionēšanas ierobežojumiem un viņu piederīgajiem (kuri iznes aprūpes slogu).</p>
Ārvalstu piemēri	<p>Austrālija, Jaunā Dienvidvelsa⁵⁷:</p> <p>Rehabilitācijas pakalpojumi ar mērķi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -atjaunot funkcionēšanas spējas personai pēc akūtas saslimšanas vai traumas; -veicināt funkcionēšanas spēju atgūšanu un neatkarību tādā līmenī kā pirms slimības vai traumas saskaņā ar medicīnisko prognozi; -attīstīt funkcionēšanas spējas kompensēt ierobežojumus, kas medicīniski nav atgriežami.

⁵⁶ <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/mediciniska-rehabilitacija>

⁵⁷ NSW Rehabilitation Model of Care, Final Report, 06/01/15.

<p>Situācija Latvijā</p>	<p>Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu⁵⁸. Informācija par pacienta novērtējumu, identificētajām funkcionēšanas problēmām un rehabilitācijas mērķiem faktiski tiek saglabāta pacienta medicīnas kartē vienas ārstniecības iestādes ietvaros un citiem secīgiem pakalpojumu posmiem nosūtījumu formātā bieži tiek nodota nepilnīgi. Rehabilitācijas mērķi tiek definēti atsevišķiem rehabilitācijas posmiem (īstermiņa), ne vienmēr tie tiek definēti ilgtermiņā. Mērķu noteikšanā būtiska ir pacienta un veselības aprūpes speciālistu sadarbība, lai arī izpratne par mērķu formulēšanu veselības aprūpes speciālistu vidū var atšķirties (jau minētā izpratne par funkcionēšanas līmeņiem).</p>
<p>Secinājumi un rekomendācijas</p>	<p>Ņemot vērā veselības traucējumu radīto funkcionēšanas ierobežojumu raksturojumu konkrētam pacientam, atbilstoši tiek izvirzīti rehabilitācijas mērķi un uzdevumi. Atbilstoši izvirzītajiem mērķiem rehabilitācijas pakalpojumus var atšķirīgi strukturēt laikā, vietā un intensitātē.</p> <p>Ikviena rehabilitācijas posms ietver tādu pamata elementus (kopā – rehabilitācijas cikls^{59, 60}):</p> <ul style="list-style-type: none"> - funkcionēšanas ierobežojumu noteikšana un ietekmējošo faktoru izvērtējums (novērtējums); - rehabilitācijas mērķu noteikšana (uzdevums); - rehabilitācijas procesa plānošana un īstenošana (iejaukšanās); - rehabilitācijas procesa atkārtota izvērtēšana (starpvērtējums un rezultāta vērtējums). <p>Ļoti svarīgi, ka pacients piedalās savu rehabilitācijas mērķu izvirzīšanā, akceptē tos un aktīvi piedalās rehabilitācijas procesā, kā arī novērtē rezultātu (subjektīvi). Attiecībā uz mērķu izvirzīšanu ir pieejami dažādi mērījumi un rīki, kas veicina un atvieglo pacienta iesaisti mērķu izvirzīšanā un rezultāta izvērtēšanā, piemēram, mērķa sasniegumu skala (<i>Goal Attainment Scale, GAS</i>), Kanādas nodarbes veikšanas mērījums (<i>Canadian Measure of Occupational Performance, CMOP</i>) u.c. Pieredze un pētījumi norāda, ka pacienta motivācija un aktīva līdzdalība rehabilitācijas procesā ir saistāma ar labāku funkcionēšanas iznākumu⁶¹. Pacienta motivāciju rehabilitācijas procesam nosaka gan pacienta personīgās un rakstura īpatnības, gan arī to var ietekmēt ārēji faktori – depresija, apātija un vājums, kas var būt saistīts ar konkrēto veselības problēmu, kā arī tādi faktori kā rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība un pēctecība. Būtiska pacientam ir pāreja (<i>transition</i>) no viena rehabilitācijas posma uz nākamo (ja nepieciešams), jo tā lielā mērā ir atkarīga no iesaistīto veselības aprūpes speciālistu koordinētas darbības, gan skaidrojot terapeitiskās darbības, gan arī rekomendācijas.⁶²</p>

⁵⁸ <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/medicinska-rehabilitacija>

⁵⁹ Stucki G, Sangha O. Clinical quality management: putting the pieces together. *Arthritis Care Res.* 1996;9:405–412.

⁶⁰ Steiner et al. Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy.* 2002; Volume 82 (11): 1098–1107.

⁶¹ Maclean N., Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science & Medicine* 50 (2000) 495±506

⁶² Factors influencing post-stroke rehabilitation participation after discharge from hospital. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2014;Vol 21 (6): 260–267.

	<p>Nepieciešama vienotas informācijas uzkrāšana par pacienta funkcionēšanas izmaiņām laika gaitā. Šāda informācija jāuzkrāj valsts (nevis atsevišķu veselības aprūpes iestāžu) līmenī.</p> <p>VM darba grupa⁶³ savos ierosinājumos ir minējusi nepieciešamību pilnveidot medicīnisko dokumentāciju un apstiprināt personalizēto rehabilitācijas plānu formu, kā arī rosina veidot Funkcionēšanas reģistru – personalizētu datu bāzi uz SFK kategoriju bāzes, kas ļautu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jau ārstēšanas, rehabilitācijas un aprūpes laikā un pēc tās pabeigšanas atzīmēt funkcionēšanas novērtēšanas etapa rezultātus; - plānot aprūpes līmeni slimnīcā (guļošs/sēdošs/staigājošs, pieskatāms, rīšanas traucējumi, nedzirdīgs, neredzīgs utt., būtībā norādot uz nepieciešamo aprūpi); - plānot izrakstīšanu un ārstēšanu ambulatori vai turpināt stacionāru veselības aprūpi; - savlaicīgi plānot valsts un pašvaldību sociālo dienestu atbalsta nepieciešamību; - plānot valsts sociālās apdrošināšanas atbalstu – vispārēju invaliditātes pabalstu, personalizētu invaliditātes pabalstu noteiktu mērķu sasniegšanai, ilgtermiņa darba nespējas pabalstu funkcionēšanas ierobežojumu dēļ u.tml. (LR LM iniciatīvas invaliditātes noteikšanas sistēmas pārskatīšanai); - plānot prognozējami nepieciešamās palīgtechnoloģijas u.tml.; - citi aspekti.
<p>Kā novērtēt funkcionēšanas ierobežojumus?</p>	
<p>PVO</p>	<p>Veselības stāvokli raksturojošs traucējums: Sensors, fiziskas, izziņas, psihisks, intelekta, uzvedības, komunikācijas u.c. SFK skaidro funkcionēšanas trīs līmeņus – ķermenis (ķermeņa funkcijas, ķermeņa struktūras), indivīds (aktivitātes), sabiedrība (dalība).</p>
<p>Ārvalstu piemēri</p>	<p>Kanāda⁶⁴: skrīnings ir vajadzību identificēšanas process, kas, pamatojoties uz atsevišķām informācijas vienībām, palīdz rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējam sniegt atbilstošas rekomendācijas pacientam vai pacientu grupai.</p> <p>Novērtējums ir rehabilitācijas procesa daļa vispusīgas informācijas apkopošanai, lai identificētu personas resursus un vajadzības saistībā ar ķermeņa funkcijām, ķermeņa struktūrām, aktivitātēm un dalību, lai saprastu personas mērķus un tad noteiktu piemērotus pakalpojumus un intervences, balstoties uz šo informāciju. Novērtējums ietver personas vajadzību izvērtējumu, tas var ietvert gan formālus, gan neformālus mērījumus (standartizēti mērījumi un izmeklējumi, pacienta novērošana dabīgā vai specifiskā vidē, sarunas ar piederīgajiem u.c.). Tā kā daudzi faktori var ietekmēt veselību, tad rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēji ņem vērā pacienta fiziskās, psiholoģiskās, sociālās, ekonomiskās, garīgās un kultūras vajadzības.</p>
<p>Situācija Latvijā</p>	<p>Funkcionēšanas novērtēšana ir veselības aprūpes speciālistu ziņā, taču vienota un standartizēta pieeja ir izstrādāta tikai atsevišķu veselības aprūpes iestāžu līmenī. Nav vienotas izpratnes veselības aprūpes</p>

⁶³ VM darba grupas “Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšanas un priekšlikumu izstrāde” ziņojums, darba grupas vadītājs prof. Aivars Vētra, 7.10.2016.

⁶⁴ REHABILITATION CONCEPTUAL FRAMEWORK. Alberta Health Services, Canada, 2012.

	<p>speciālistu vidū par funkcionēšanas līmeņiem un specifisku to novērtēšanu. Rehabilitācijas procesā konstatētās pacienta vajadzības un izvirzītie mērķi pēc būtības netiek analizēti. MK not. Nr. 1529 ir prasība ambulatorajā rehabilitācijā fiksēt mērķu izpildi, bet nav skaidru prasību, kā tos noformulēt.</p> <p>Šobrīd Latvijā arī iztrūkst skaidra priekšstata par funkcionēšanas ierobežojumiem populācijā (sasauca ar PVO atziņām par šķēršļiem rehabilitācijai – pierādījumu trūkums par apmierinātām un neapmierinātām rehabilitācijas vajadzībām), kas faktiski ir svarīgi rehabilitācijas pakalpojumu vai atbalsta pasākumu plānošanā un organizēšanā. Kopējais cilvēku skaits, kuriem piešķirta invaliditāte, un tās smaguma pakāpe nesniedz pietiekamu informāciju par funkcionēšanas ierobežojumu raksturu un apjomu.</p>
<p>Secinājumi un rekomendācijas</p>	<p>VM darba grupa⁶⁵ gala ziņojumā ir norādījusi, ka SFK un tās pamatprincipi šobrīd netiek izmantoti valstiskā līmenī rehabilitācijas pakalpojumu plānošanā, apmaksā un kvalitātes novērtēšanā. SFK plašāka izmantošana Veselības ministrijas un Labklājības ministrijas sistēmās nodrošinātu vienotu strukturētu informāciju par pacientu un pēctecību pakalpojumu saņemšanai pacientiem ar funkcionēšanas ierobežojumiem, lai veicinātu viņu līdzdalību rehabilitācijas procesā ar mērķi novērst vai samazināt invaliditāti un veicināt darba spējas pacientiem darbaspēju vecumā.</p> <p>SFK pēc būtības nav mērījums, taču piedāvā noteiktu struktūru informācijas (funkcionēšana dažādos līmeņos) sakārtošanai un ir iespēja norādīt arī funkcionālo ierobežojumu apmēru. Var lietot uz SFK bāzes radītos rīkus (SFK pamatkopas – konkrētai saslimšanai atlasītas funkcionēšanu raksturojošas kategorijas, aptaujas, dokumentācijas paraugus). Piemēram, Pasauls Veselības organizācijas invaliditātes novērtējuma grafiks 2.0 (WHODAS 2.0) – praktisks, vispārējs novērtēšanas instruments, ar kura palīdzību vērtēt veselību un invaliditāti populācijas līmenī vai klīniskajā praksē.</p> <p>Jau iepriekš minēts, ka rekomendējama būtu standartizētu mērījumu izvēle un apstiprināšana lietošanai visos rehabilitācijas posmos, kas ļautu sekot līdzi funkcionālo rezultātu izmaiņām laikā. Arī standartizēta rehabilitācijas plāna forma kalpotu rehabilitācijas procesa dokumentēšanai un kā saziņas dokuments starp dažādiem rehabilitācijas posmiem, piem., rehabilitācijas plāna forma ar iespēju veikt atkārtotu posma novērtējumu vai rehabilitācijas komandas darbības protokola forma.</p>
<p>Kur un kā pacients var saņemt medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus?</p>	
<p>PVO</p>	<p>Rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas vietas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -slimnīcas (t.sk. rehabilitācijas nodaļas daudzprofilu slimnīcās, rehabilitācijas centri); -citas institūcijas (piem., aprūpes nami, hospiss u.c.); -dzīves vietā esošas pakalpojumu sniegšanas vietas (piem., atsevišķas vai multiprofesionālas prakses, klīnikas, skolas, darba vietas, aprūpe mājās). <p>Aprūpes fāzes ir saistītas ar personas veselības stāvokli:</p>

⁶⁵ VM darba grupas “Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu izvērtēšanas un priekšlikumu izstrāde” ziņojums, darba grupas vadītājs prof. Aivars Vētra, 7.10.2016.

	<p>-akūtā aprūpe ir veselības stāvokļa īstermiņa ārstēšana;</p> <p>-pēcakūtā aprūpe ir visaptveroša stacionāra aprūpe secīgi pēc akūtā veselības stāvokļa vai veselības stāvokļa saasinājuma, tā ir vidēji ilga;</p> <p>-subakūtā aprūpe ir domāta, lai uzlabotu pacienta pāreju no slimnīcas uz dzīvesvietu;</p> <p>-ilgtermiņa aprūpe tiek nodrošināta ilgā laika posmā, lai apmierinātu cilvēku ar hroniskiem veselības traucējumiem vai invaliditāti medicīniskās un nemedicīniskās vajadzības.</p> <p>Rehabilitācijas pakalpojumu modeļi ir veids, kā šos pakalpojumus var sniegt:</p> <p>-stacionāra rehabilitācija;</p> <p>-ambulatora rehabilitācija, t.sk. dienas stacionārs;</p> <p>-informatīva rehabilitācija (<i>outreach</i>), t.sk. mobilā rehabilitācija un telerehabilitācija;</p> <p>-rehabilitācija mājās.</p> <p>Rehabilitācija var ietvert:</p> <p>Rehabilitācijas medicīna – FRM ārsti</p> <p>Terapijas-funkcionālie speciālisti un tiem pielīdzinātie speciālisti;</p> <p>Palīgtehnoloģijas – visi, t.sk. citu specialitāšu ārsti un māsas.</p>
--	--

<p>Ārvalstu piemēri</p>	<p>Skotija: rehabilitācijas procesa vadība pieaugušām personām var būt trīs līmeņos –</p> <ul style="list-style-type: none"> - pašmenedžments (<i>self-management</i>) ir efektīvs, lai uzlabotu dzīves kvalitāti un veicinātu adekvātu pakalpojumu izmantošanu vairumam cilvēku; - cilvēkiem ar nesarežģītām vajadzībām un viņu aprūpētājiem var piedāvāt padomu un atbalstu (<i>conditional management</i>) multidisciplinārās primārās aprūpes komandās, iekļaujot arī rehabilitācijas speciālistus, ja nepieciešams; - salīdzinoši nelielai daļai cilvēku, kuriem ir kompleksas vajadzības, un viņu aprūpētājiem tiek piedāvāta gadījuma vadība (<i>case management</i>), bieži kā aprūpe kopienā, taču iekļaujot arī multidisciplināras komandas dalībniekus. Personām ar kompleksām vajadzībām ir risks nokļūt slimnīcā, un viņi ir pakļauti paasinājuma/ situācijas pasliktināšanās riskam, ja viņu vajadzības netiek izvērtētas un risinātas. <p>Anglija: rehabilitācijas modelis apraksta atšķirīgas rehabilitācijas fāzes, skaidri definējot arī saturu un atšķirības finansējumā katrā no tām.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fāze. Akūta kompleksa specializēta rehabilitācija – pacientam izteikta fiziska atkarība, jaukta tipa invaliditāte, specifiski veselības stāvokļi – pamatā nacionāls finansējums. 2. fāze. Specializēta rehabilitācija – specializētas rehabilitācijas nodaļas vai centri, piemēram, pacienti ar muguras smadzeņu bojājumu, pacienti ar amputācijām u.c. – nacionāls vai pašvaldības finansējums. 3. fāze. Specializēta rehabilitācija, piemēram, pacienti pēc insulta, psihiskā veselība, kardioloģiskā rehabilitācija, muskuļu-skeleta terapijas u.c. – pārsvarā pašvaldības finansējums. 4. fāze. Nespecializēta rehabilitācija, ko nodrošina sagatavots personāls – veselības centri, fitnesa centri, kopienas centri u.c. – pašvaldības vai privāts finansējums. 5. fāze. Strukturēts līdzpilsoņu atbalsts – pacientu apvienības, pastaigu grupas, deju grupas u.c. – privāts finansējums, granti vai ziedotāju finansējums. 6. fāze. Kopienas resursi – parki, aktīvās atpūtas laukumi, peldbaseini u.c. – pašvaldības finansējums, privāts, granti vai ziedotāju finansējums.
--------------------------------	--

<p>Situācija Latvijā</p>	<p>To, vai medicīnisko rehabilitāciju nepieciešams saņemt ambulatori, dienas stacionārā, stacionārā vai mājās, nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli⁶⁶.</p> <p>Valsts apmaksātus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus pacients var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tajā skaitā dienas stacionārā, un stacionārā ārstniecības iestādē – Nacionālajā rehabilitācijas centrā “Vaivari”, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcā, Bērnu klīniskās universitātes slimnīcā, Vidzemes slimnīcā, Liepājas reģionālajā slimnīcā. Valsts apmaksātas fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta mājas vizītes var saņemt arī šādi pacienti, kuriem ir nepieciešama veselības aprūpe mājās:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bērni, kas atrodas Bērnu klīniskā universitātes slimnīcas paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē; - pacienti ar sekām pēc muguras smadzeņu bojājuma (ar diagnozi T91.3); - pacienti ar cerebrovaskulārām slimībām (ar diagnozēm I60, I61, I63, I64 vai I69).
<p>Secinājumi un rekomendācijas</p>	<p>Rehabilitācijas pakalpojumu modeļi dažādās valstīs ir ļoti atšķirīgi, jo tos nosaka un ietekmē daudzi faktori (ekonomiskie resursi, profesionālie resursi, tradīcijas u.c.). Piemēram, Nīderlandē 90% pakalpojumu ir ambulatori, bet Nīderlandei raksturīgs izteikts iedzīvotāju blīvums un pakalpojumus ir viegli saņemt dzīvesvietas tuvumā.</p> <p>Lai spriestu par optimālu pakalpojumu organizāciju valstī, faktiski jāpēta iedzīvotāju vajadzības. Kā jau minēts, Latvijā nav pētījumu, kas raksturotu populācijas līmenī veselības traucējumu sekas un funkcionēšanas ierobežojumus.</p> <p>Mērķtiecīgi veidojot un attīstot rehabilitācijas pakalpojumu sniedzēju tīklu, pakalpojumu sniegšanas vietās var paredzēt dažādus pakalpojumu veidus:</p> <p><u>Slimnīcas:</u> visu veidu rehabilitācijas pakalpojumi (akūta rehabilitācija, pēc akūta, subakūta ilgtermiņa gan stacionārā, gan ambulatorā, t.sk. dienas stacionāra veidā, gan mājās – multidisciplināri, multiprofesionāli un monoprofesionāli (atsevišķas terapijas).</p> <p><u>Specializēti rehabilitācijas centri,</u> piem., NRC Vaivari: sub-akūta rehabilitācija, ilgtermiņa, gan stacionārā, gan ambulatori, t.sk. dienas stacionāra veidā, arī mājās – multiprofesionāli un monoprofesionāli (atsevišķas terapijas).</p> <p><u>Rehabilitācijas centri un nodaļas:</u> sub-akūta rehabilitācija, ilgtermiņa, -/ambulatori, t.sk. dienas stacionāra veidā, arī mājās – multiprofesionāli un monoprofesionāli (atsevišķas terapijas).</p> <p><u>Medicīniskās aprūpes nodaļas/ paliatīvās aprūpes nodaļas:</u> sub-akūta rehabilitācija, stacionāri, mājās – multiprofesionāli, monoprofesionāli (atsevišķas terapijas).</p> <p><u>Sociālās aprūpes iestādes:</u> ilgtermiņa – stacionāri – monoprofesionāli (atsevišķas terapijas).</p> <p>Pasaulē tiek lietoti atšķirīgi rehabilitācijas pakalpojumu definējumi, tāpēc tos vajadzētu skaidri formulēt un skaidrot, piemēram:</p>

⁶⁶ <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/mediciniska-rehabilitacija>

	<p><u>Akūta rehabilitācija</u> – pacientam nopietni veselības traucējumi, kas jau ārstēšanas laikā rada būtiskus funkcionēšanas ierobežojumus un ir ar pietiekoši lielu risku invaliditātei, rehabilitācija slimnīcas apstākļos akūtās slimības vai hroniskas slimības paasinājumu ārstēšanas laikā. Īsteno – FRM ārsts kā konsultants, multiprofesionāla vai multidisciplināra rehabilitācija.</p> <p><i>Rehabilitācijas medicīna/palīgtehnoloģijas</i></p> <p><u>Pēc-akūtā rehabilitācija</u> – kā turpinājums akūtajai rehabilitācijai slimnīcā. Īsteno – ārstējošais ārsts, FRM ārsts, bet var būt arī kā terapija, kur FRM ārsts nav iesaistīts.</p> <p><i>Rehabilitācijas medicīna/terapijas/palīgtehnoloģijas</i></p> <p><u>Sub-akūta rehabilitācija</u> – nākošais etaps pēc akūtās ārstēšanas, stacionārā vai ambulatorā veidā, t.sk. dienas stacionārā.</p> <p><i>Rehabilitācijas medicīna/terapijas/palīgtehnoloģijas</i></p> <p><u>Ilgtermiņa rehabilitācija</u> – pacientiem ar stabiliem hroniskiem funkcionēšanas traucējumiem, kas prasa stratēģisku rehabilitācijas plānu ar skaidri formulētiem stratēģiskiem mērķiem dalības aspektā un pasākumiem arī vides modificēšanai.</p> <p><i>Rehabilitācijas medicīna/terapijas/palīgtehnoloģijas</i></p>
Kā novērtēt rehabilitācijas procesa rezultātus (outcomes)?	
PVO	<p>Rehabilitācijas rezultāti (outcomes) var ietvert:</p> <ul style="list-style-type: none"> -saīsinātu stacionēšanas ilgumu vai mazāku skaitu stacionēšanas reižu; -palielinātu neatkarību; -samazinātu aprūpes slogu; -atgriešanos savā lomā vai nodarbē atbilstoši vecumam, dzimumam, kontekstam (piem., mājas, skola, darbs); -uzlabotu dzīves kvalitāti.
Ārvalstu piemēri	<p>Austrālija⁶⁷: rehabilitācijas rezultātus nevar izmērīt ar kādu vienu rādītāju. Faktiski nepieciešama dažādu elementu kombinācija:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sākotnējais funkcionēšanas rādītājs (piem., FIM rezultāts); - funkcionēšanas izmaiņas (piem., FIM rezultāta izmaiņas); - LOS (<i>length of stay</i>); - uz kuriem pacients tiek izrakstīts (cita ārstniecības iestāde, aprūpes nams, mājas); - pacienta vecums, blakus saslimšanas (konteksts).
Situācija Latvijā	<p>Rehabilitācijas rezultāti tiek fiksēti pakalpojumu sniedzēja līmenī, taču nav noteikta standarta vai prasību to dokumentēšanai. Rehabilitācijas rezultātu komunikācija starp dažādiem rehabilitācijas posmiem ir nepilnīga.</p> <p>Rehabilitācija kā pasākumu kopums, kas palīdz indivīdam ar esošu vai draudošu invaliditāti sasniegt un saglabāt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar apkārtējo vidi. Taču Latvijā nav vienotas izpratnes, kas būtu uzskatāms par rehabilitācijas pasākumu – epizode, manipulācija, nodarbība vai kurss.</p>
Secinājumi un rekomendācijas	<p>Rehabilitācijas rezultāti (outcomes) ir indivīda funkcionēšanas uzlabošanās vai izmaiņas laika gaitā, kas ir attiecināmi uz atsevišķu rehabilitācijas pasākumu jeb pasākumu kopumu.</p> <p>Attiecībā uz rehabilitācijas medicīnu Latvijā ir svarīgi vienoties, vai FRM</p>

⁶⁷ Benchmarking Outcomes in Rehabilitation – the AROC Story (Australasian Rehabilitation Outcomes Centre). Conference presentation, February 2007, Rotorua, New Zealand

	<p>ārstu kompetencē ir atbildība par funkcionēšanu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - arī dalības līmenī; - tikai aktivitāšu līmenī attiecībā uz dalības potenciālu jeb kapacitāti; - tikai aktivitāšu līmenī. <p>PVO diezgan skaidri nosaka, ka bez dalības komponentes rehabilitācijas pasākumiem nav pamatojuma; attiecībā uz dalību ļoti būtisks ir jautājums par vides novērtēšanu. Rehabilitācijas process klīniskā vidē vienmēr būs terminēts laikā, tāpēc ir būtiski, kas seko – rehabilitācijas posms pacienta tiešajā (dzīves) vidē.</p> <p>Viens no pasaulē plašāk lietotajiem funkcionēšanas novērtēšanas mērījumiem ir Amerikas Savienotajās Valstīs izveidotais Funkcionālās neatkarības mērījums (FIM), ko lieto kā vienotu sistēmu funkcionēšanas izvērtēšanai kopš 1987. gada⁶⁸. Mērījumu veido divas skalas – motorā skala, kas ietver pašaprūpes, sfinkteru kontroles, pārvietošanās un kustību-balsta aparāta domēnus, un kognitīvo skalu, kas savukārt ietver komunikācijas un sociālo izzināšanas spēju domēnus. Kopumā FIM sastāv no 18 punktiem un katrs no tiem tiek vērtēts pēc 7 baļļu skalas, kur 7. un 6. pakāpi izmanto attiecīgi pilnīgas un modificētas neatkarības aprakstīšanai, bet 1.–5. pakāpi – dažādu atkarības pakāpju aprakstīšanai. FIM ir viena no pasaulē plašāk lietotajām funkcionēšanas novērtēšanas sistēmām, taču, lai pilnībā varētu izmantot šo sistēmu, ir jārēķinās ar izmaksām lietošanas tiesību iegādei un informācijas sistēmas uzturēšanai.</p>
Kā vērtēt rehabilitācijas procesa kvalitāti?	
PVO	<p>Dati: Sabiedrības līmenī Sistēmas līmenī (piem., pakalpojumu tīklojums) Sistēmas līmenī (piem., atsevišķi pakalpojumu sniedzēji) Lietotāju līmenī</p>
Ārvalstu piemēri	<p>Izskatītajos piemēros (Apvienotā Karaliste, Austrālija, Kanāda), izstrādājot rehabilitācijas vadlīnijas vai ietvarstruktūras, sagatavošanās periodā izskatīts vispusīgs informācijas materiālu klāsts (vietējie un starptautiski pētījumi, populācijas statistikas dati, politikas un regulējošie dokumenti), kā arī īstenotas konsultācijas ar dažādiem pārstāvjiem no ieinteresētajām pusēm (politikas veidotāji, profesionāļi un pakalpojumu sniedzēji, pakalpojumu saņēmēji – pacienti un viņu piederīgie, u.c.).</p> <p>Šādu vadlīniju un ietvarprogrammu mērķis ir izvērtēt esošos pakalpojumus, uzlabot to savstarpējo saistību un piedāvāt to pārveidošanu, integrēt veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus un nodrošināt komandas darba labu pārvaldību.</p>
Situācija Latvijā	<p>Latvijā šobrīd nav izstrādāti specifiski un vienoti kritēriji rehabilitācijas procesa kvalitātes izvērtēšanai, iestrādes ir atsevišķu iestāžu (pakalpojumu sniedzēju) līmenī.</p> <p>NRC Vaivari tiek īstenotas atsevišķas programmas, kas saņēmušas ESPRM akreditāciju, kas apliecina, ka tās veidotas pēc noteiktiem principiem, paredzot arī darbības regulārai programmas monitorēšanai.</p>
Secinājumi un rekomendācijas	<p>Spriest par rehabilitācijas pakalpojumu pēctecību un kvalitāti Latvijā šobrīd faktiski nevar, jo nav datu par sasniegtajiem rezultātiem (izmaiņas funkcionēšanas rādītājos, būtiski – arī aktivitāšu un dalības līmenī).</p>

⁶⁸ https://www.udsmr.org/WebModules/FIM/Fim_About.aspx

	<p>Rehabilitācijā pakalpojuma kvalitāte faktiski vērtējama pēc sasniegtā rezultāta, un kvalitātes vērtējums būtu nepieciešams arī Latvijā, iespējams, sasaistot apmaksu par paveikto darbu ar tā kvalitāti. Kvalitātes indikatorus var paši pamatoti izvēlēties, idejas gūstot no citu valstu pieredzes. BKUS piemērs – kvalitātes indikatoru izvēle stacionārajai veselības aprūpei.</p> <p>Lai izvērtētu rehabilitācijas sistēmas ekonomisko efektivitāti, būtu nepieciešama veselības ekonomikas speciālistu palīdzība, jo arī metodikas ārvalstīs ir atšķirīgas, veidotas atbilstīgi konkrētās valsts kontekstam. Latvijā iztrūkst informācijas par funkcionēšanas ierobežojumu raksturu un apjomu populācijā, dažādas datu uzkrāšanas sistēmas nav iespējams kombinēt, realitātē arvien vairāk ierobežojumu piekļuvei un apmaiņai ar datiem.</p> <p>Ja pakalpojumam pastāv vairākas kvalitātes dimensijas (kā, piemēram, rehabilitācijā), tad jāparedz, kādi dati nepieciešami, lai pakalpojumu monitorētu un izvērtētu regulāri (piemēri – rezultāts kā funkcionēšanas izmaiņas, pacienta apmierinātība ar rezultātu un pakalpojumu u.c.).</p> <p>Standartu pielietojums kvalitātes vērtējumā bieži vien ir ārējs novērtējums (licencēšana, akreditēšana, atbildīgās organizācijas), piemēram, starptautiski atzītas akreditācijas sistēmas – CARF (ietver izstrādātus standartus rehabilitācijas pakalpojumiem pacientiem ar dažādām vajadzībām un dažādās vidēs).</p>
Kas uzrauga rehabilitācijas procesu?	
PVO	<p>Ieinteresētās puses: Politikas veidotāji/ plānotāji Administratori/ vadītāji Klīnicisti Lietotāji/ pakalpojumu saņēmēji Kopienas locekļi Naudas devēji (donori)</p>
Ārvalstu piemēri	<p>Austrālija, Jaunā Dienvidvelsa: dažādos līmeņos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klīnicisti (klīniskais audits, hospitēšana, pacientu rezultāti); - rehabilitācijas komanda vai atsevišķas nodaļas (pašvērtējums un datu monitorēšana, ziņojumi kvalitāti uzraugošām nacionāla mēroga institūcijām); - slimnīcas, organizācijas līmenī (savu datu monitorēšana un analīze: aktivitātes dati – LOS, pakalpojumu izmantošana, bojājumu tipi; veikšanas dati – neparedzēti notikumi, rehabilitācijas pakalpojumu gaidīšanas laiks, pacientu apmierinātības vērtējums). - reģiona vai valsts līmenī (par veselības pakalpojumiem atbildīgās institūcijas apkopo un salīdzina datus par vienāda tipa pakalpojumiem).
Situācija Latvijā	<p>Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem⁶⁹ Veselības inspekcijas darbības mērķis ir īstenot valsts pārvaldes funkcijas veselības nozares uzraudzībā un kontrolē, lai nodrošinātu minēto jomu regulējošo normatīvo aktu prasību ievērošanu un izpildi. Veselības inspekcija atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam ir vienīgā iestāde, kuras kompetencē ir</p>

⁶⁹ Ministru kabineta 05.02.2008. noteikumu Nr.76 “Veselības inspekcijas nolikums” 2.punkts.

	<p>uzraudzīt un kontrolēt veselības aprūpes profesionālo kvalitāti ārstniecības iestādēs. Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem ⁷⁰ par veselības aprūpes finansēšanas un organizēšanas kārtību ārstniecības iestāde, kas sniedz no valsts budžeta apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, nodrošina informācijas ievadi Dienesta vadības informācijas sistēmā par visiem sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, norādot tos medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā. Dienests informē Veselības inspekciju par iespējamajiem pārkāpumiem budžeta līdzekļu izlietojumā, kas izriet no veselības aprūpes pakalpojumu nepamatotas uzskaites. Nav specifisku mehānismu vai datu apkopošanas stratēģiju, kas būtu attiecināmas atsevišķi uz medicīnisko rehabilitāciju.</p>
<p>Secinājumi un rekomendācijas</p>	<p>Nepieciešami mehānismi dažādos pakalpojumu sniegšanas līmeņos un datu apkopošanas stratēģijas, kas ļautu izvērtēt rehabilitācijas pasākumu efektivitāti un kvalitāti.</p> <p>Medicīniskās rehabilitācijas procesa kvalitāti vajadzētu pārraudzīt kādai ar pakalpojumu sniegšanu nesaistītai struktūrai (piemēram, VM vai NVD), kvalitātes vērtējumu balstot uz indikatoriem vai noteiktiem kritērijiem, par kuriem ir vienošanās. VI kā kontrolējoša institūcija medicīniskās rehabilitācijas jomā šobrīd darbojas vāji, un to vajadzētu spēcīnāt.</p>

Kopsavilkums rekomendācijām

- Latvijā, līdzīgi kā citās valstīs ⁷¹, viens no ierobežojumiem, kas kavē rehabilitācijas stiprināšanu un paplašināšanu, ir valsts nespēja noteikt prioritātes starp konkurējošām prioritātēm, rehabilitācijas politikas trūkumu un plānošanu valsts un vietējā līmenī. Vispusīgi un pamatoti izvērtējot vajadzības un iespējas, noteikt prioritātes valsts apmaksātiem medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumiem, lai mērķtiecīgi mazinātu paliekošus funkcionēšanas ierobežojumus (piemēram, lai pacientiem saglabātu vai atgrieztu darba spējas).
- Valsts finansējumu medicīniskajai rehabilitācijai var plānot, pamatojoties uz slimību vai to grupu sarakstu, kas biežāk saistās ar nopietniem funkcionēšanas ierobežojumiem, taču papildus jāparedz kritēriji funkcionēšanas izvērtēšanai. Prioritāri būtu multiprofesionāli rehabilitācijas pakalpojumi, jo atsevišķas terapijas pacientiem ir pieejamākas.
- Rehabilitācijas rezultāti (*outcomes*) ir indivīda funkcionēšanas uzlabošanās vai izmaiņas laika gaitā, kas ir attiecināmi uz atsevišķu rehabilitācijas pasākumu jeb pasākumu kopumu, tāpēc valsts līmenī nepieciešama vienota informācijas uzkrāšana par pacienta funkcionēšanas izmaiņām laika gaitā dažādos veselības aprūpes posmos.
- Attīstot labāku veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu integrāciju, varētu noteikt prioritātes valsts finansējuma novirzīšanai attiecīgi medicīniskajā un sociālajā rehabilitācijā.

⁷⁰ Ministru kabineta 17.12.2013. noteikumu Nr.1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 15.punkts.

⁷¹ Rehabilitation 2030: A Call for Action. Pieejams: <http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, skatīts 20.10.2017.

- SFK jāizmanto plašāk Veselības ministrijas un Labklājības ministrijas sistēmās, lai nodrošinātu vienotu strukturētu informāciju par pacientu un dažādos pakalpojumu sniegšanas posmos. Šāda informācija laika gaitā ļautu izvērtēt rehabilitācijas pasākumu efektivitāti un kvalitāti (personas funkcionēšana aktivitātes un dalības līmenī).
- Pacienta motivācija un aktīva līdzdalība rehabilitācijas procesā ir būtiska, lai sasniegtu labāko funkcionēšanas iznākumu. Koordinēta (saskaņota) informācija un atbalsts pacientam no rehabilitācijas procesā iesaistīto speciālistu puses, pārejot no viena rehabilitācijas posma uz nākamo (īpaši no agrīnā uz subakūto), kā arī nepieciešamo rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība, veicinātu pacientu līdzdalību rehabilitācijas procesā. Svarīgi tas būtu pacientiem darbaspējīgā vecumā, lai novērstu vai mazinātu invaliditāti.