



STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS PIEAUGUŠO PACIENTU KLASIFIKĀCIJAS SISTĒMA

Pielietošanas algoritms

Ilva Aršauska, FRMM, Mg.SD

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

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

Stacionārās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēma (turpmāk - PKS) ir sistēma, kas nosaka pacientu vajadzību un aprūpes līmeni, kas nepieciešams, lai apmierinātu šīs vajadzības. Tā ir paredzēta, lai noteiktu pacienta funkcionālās spējas un nepieciešamo asistēšanas līmeni stacionārās rehabilitācijas laikā, palīdzētu plānot personālrесursus un materiāli tehnisko nodrošinājumu. PKS ir piemērojama no 18 gadu vecuma.

PKS izveidošanas pamatā ir izmantots Funkcionālās neatkarības mērījums (turpmāk - FIM). FIM ir starptautisks instruments, ko plaši izmanto, lai novērtētu personas spēju droši un efektīvi veikt ikdienas aktivitātes (Ottenbacher, Hsu, Granger, & Fiedler, 1996). Svarīgi, ka FIM pacientiem nosaka darbību veikšanu, ņemot vērā viņu vajadzības pēc palīdzības no citas personas pilnīgi visām rehabilitācijas pacientu grupām.

Tā kā aprūpes līmenis rehabilitācijā ir balstīts uz 4 ballu skalu, un FIM ir balstīts uz 7 punktu skalu, tika apvienotas dažas no FIM kategorijām, lai palīdzētu veidot kritērijus vai aprakstus zem katra rādītāja. Līdz ar to tika nosaukti četri aprūpes līmeņi:

- **PN/MN:** pilnīga neatkarība/ modificēta neatkarība = 1
- **S:** pārraudzība/ sagatavošana = 2
- **Min/ Mod:** minimāla kontakta asistēšana/ mērena asistēšana (izmanto 50 - 75% piepūles) = 3
- **Max/ Total:** maksimāla asistēšana/ totāla asistēšana (izmanto 0 - 49% piepūles) = 4

Ar FIM saistītās aktivitātes ietver mazgāšanās, ģērbšanās, tualetes lietošana, mobilitātes, pārvietošanās, ēšanas, sapratnes, komunikācijas un sociālās integrācijas prasmes. Uzturs un drošība tika pievienoti kā ar FIM saistītie elementi. Ne ar FIM saistīti elementi ir medikamenti, ādas aprūpe un ģimene / izglītošana. Šie punkti ir nepieciešami izvērtēt, jo stacionārās rehabilitācijas pacientu aprūpē aizņem lielu daļu laika.

Stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacientu aprūpes līmeņa novērtējums tiek veikts pacientam uzsākot un pabeidzot stacionārās rehabilitācijas posmu, kā arī ik reizi mainoties pacienta stāvoklim/ situācijai, bet ne retāk kā reizi septiņās dienās.

Stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacienta aprūpes līmeņa novērtējuma veidlapa pildāma papīra formātā vai elektroniski. Veidlapa uzglabājama kopā ar pacienta stacionāro medicīnisko uzskaites dokumentu.

Obligāti aizpildāmas visas 7 sadaļas (pielikums Nr.1): medikamenti; ādas aprūpe; ģimene/izglītošana; urīnpūslis/zarnas/tualete; mobilitāte/pārvietošanās/drošība; ēšana/uzturs; komunikācija/sociālā izziņa. Katrā no sadaļām iespējams viens vērtējums no 1 līdz 4. Ja veicot vērtējumu, kaut viena no aktivitātēm atbilst zemākam vērtējumam, tad piemērojam zemāko vērtējumu.

Ja pacientam ir nepieciešamas **speciālās aprūpes darbības** (vairāk kā 5 x diennaktī), kas saistās ar elpošanas, sirds – asinsrites sistēmas u.c. sistēmām un nav atrunātas novērtēšanas algoritmā, automātiski tiek piešķirts **4.aprūpes līmenis**, izvēloties atbilstošāko sadaļu. Pamatojums:

- 1) Laboratoriskie izmeklējumi;
- 2) Vitālie rādītāji (AT kontrole, elpošanas frekvence, pulss, O₂ saturācija, u.c.);
- 3) Elpošanas nodrošināšana (traheostomas aprūpe, drenāža, u.c.);
- 4) Izvadfunkcijas nodrošināšana (atlieku urīna mērīšana, intermitējošā kateterizācija, ilgkatetrs, stomas aprūpe, manuāla zarnu trakta tīrīšana; peritoneālā rokas masu dialīze, u.c.)

Atbildot uz visām 7 sadaļām, novērtējums tiek summēts, iegūstot kopsummu no 7 - 28:

1. Ja pacienta novērtējuma kopsumma konkrētajā dienā ir intervālā no 7 - 17, piemērojama zemas intensitātes aprūpe un medicīniskās uzskaites dokumentā norādāma manipulācija, kas 1.tabulā apzīmē zemas intensitātes aprūpi atbilstoši pakalpojumu programmai;

2. Ja pacienta novērtējuma kopsumma konkrētajā dienā ir intervālā no 18 - 28, piemērojama augstas intensitātes aprūpe un medicīniskās uzskaites dokumentā norādāma manipulācija, kas 1.tabulā apzīmē augstas intensitātes aprūpi atbilstoši pakalpojumu programmai;

1.Tabula. Gultas dienu manipulāciju kodi atbilstoši pakalpojumu programmai

Manipulācijas kods*	Manipulācijas nosaukums
60395	Subakūtā rehabilitācija (augstas aprūpes intensitātes)
60396	Subakūtā rehabilitācija (zemas aprūpes intensitātes)
60397	Ilgtermiņa rehabilitācija/ dinamiskā novērošana (augstas aprūpes intensitātes)
60398	Ilgtermiņa rehabilitācija/ dinamiskā novērošana (zemas aprūpes intensitātes)
60399	Perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācija

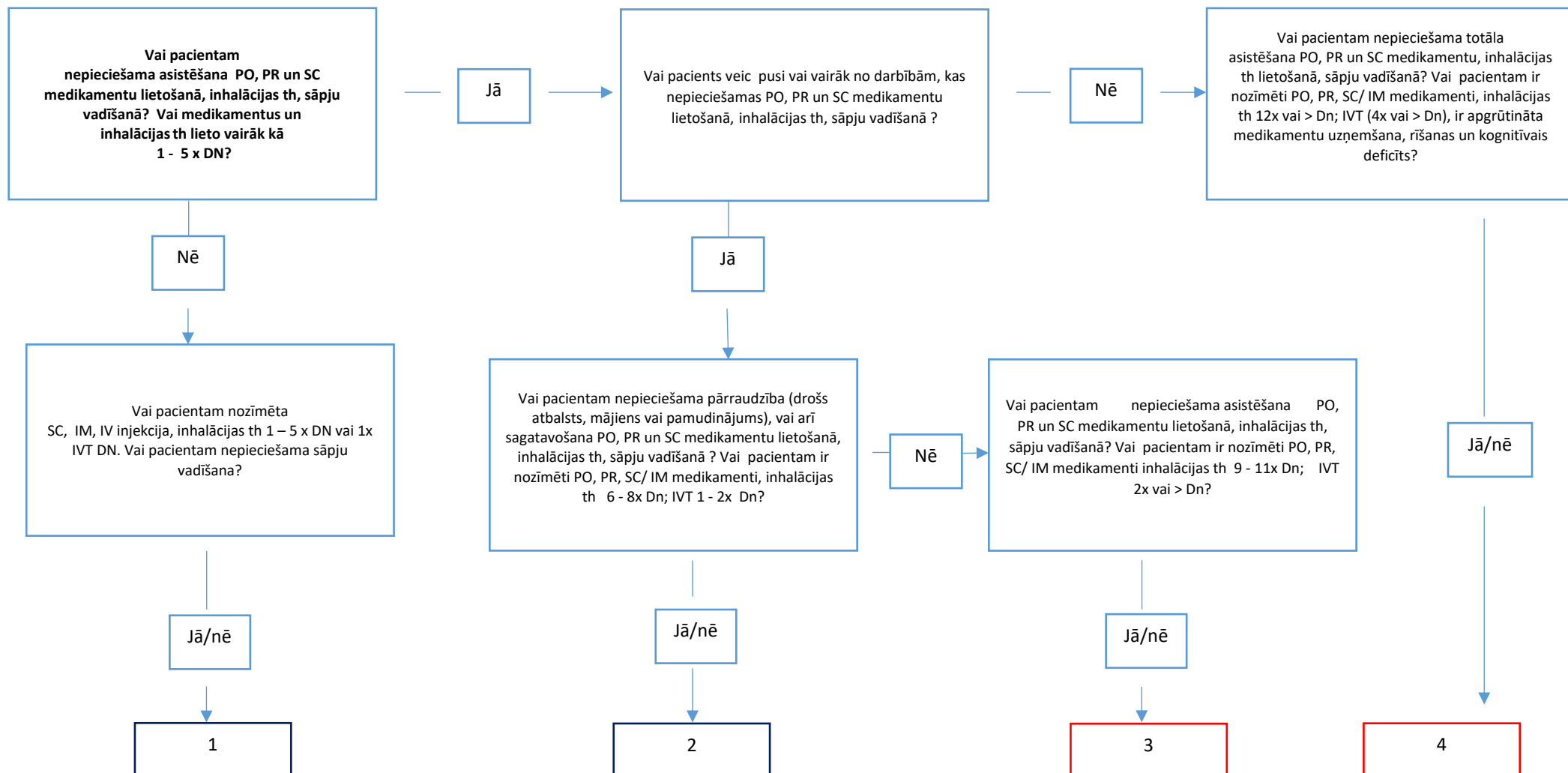
MEDIKAMENTI

Ietver dažādu nozīmēto zāļu formu lietošanas aspektus – apjomu, veidu un asistēšanas līmeni, kā arī inhalācijas terapijas, t.sk. O₂ terapijas (O₂ th) pielietošanu. Darbības veikšana ir droša.

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

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

Medicīnās māsa veic intramuskulārās (turpmāk - IM), intravenozās (turpmāk - IV) injekcijas un intravenozo terapiju (turpmāk – IVT) (*intravenozā terapija – apjoms pārsniedz 100 ml*)



ĀDAS APRŪPE

Ietver savlaicīgu izgulējumu rašanās riska faktoru izvērtējumu, lietojot uz pierādījumiem balstītu novērojumu metodiku. Pacienta interesi un rūpes par ādas veselību, preventīvās darbības, pašaprūpes aktivitāšu iespējām, personīgās higiēnas ieradumiem (mute, mati, ķermenis), patreiz lietotiem medikamentiem, ēšanas ieradumiem, miega ieradumiem (kā, cik ilgi gul), lai noskaidrotu zināšanu deficītu ādas aprūpes un drošības pasākumu jomā; esošās un pagātnes ādas problēmas (bojājumi, veidojumi, izgulējumi); katetri, stomas vai tml.; ādas krāsa, masa, krokas, tūskas, temperatūra un pulss; ādas pigmentācijas izmaiņas (dzimumzīmju lieluma un tumšo plankumu izmaiņas); pārmērīgs sausums, mitrums vai smaka; izmaiņas ādas audos; individuālo ādas kopšanas līdzekļu novērtēšana un kopšanas intervāls; sēdēšanas laiks; pielietojamās atslogošanas metodes.

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



Bergstrom N, *Patients at risk for Pressure Ulcers and Evidence - Based Care for Pressure Ulcer Prevention (2010)*

1. Mobilitātes un aktivitātes deficīts

Pie izgulējuma riska grupas ir jāpieskaita pacienti ar ierobežotu spēju mainīt ķermeņa stāvokli gultā vai riteņkrēslā. Jāņem vērā arī tādi riska faktori kā ierobežotas kustības, nesaturēšana, nepietiekošs uzturs, lai noteiktu īpašas aprūpes nepieciešamību.

2. Izglītojoši ieteikumi

Ieteikumiem par izgulējumu profilaksi jābūt strukturētiem, organizētiem, visaptverošiem un orientētiem uz visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, pacientiem un ģimeni.

3. Periodiska novērtēšana

Aktīviem un kustīgiem pacientiem regulāri jānovērtē izmaiņas to aktivitātē, kustīgumā un citos parametros, ņemot vērā pacienta stāvokli un iestādes aprūpes politiku.

4. Riska novērtēšanas tabulas

Var lietot jebkuru riska novērtēšanas metodi, kas nodrošina sistemātisku riska faktoru noteikšanu. Eksistē daudzas tabulas, tās ietver kustīguma un aktivitātes, mitruma, nesaturēšanas un traucētas uztura uzņemšanas novērtējumu. Pazīstamākās ir Braden, Gosnell, Knoll, Norton, Waterlow un Douglas skalas. Pasaulē visplašāk lietotā riska novērtējuma skala ir Braden skala, kas ietver sešas novērtēšanas jomas: jušana, ādas mitrums, pacienta aktivitāte, pacienta kustīgums, uzturs, bīde un berze.

5. Mobilitātes/ aktivitātes deficīts

Ja tiek noteikts mobilitātes/aktivitātes deficīts, tad skat.8. un 9.punktu.

6. Mitrums un nesaturēšana

Ja ir nesaturēšana vai palielināta mitruma iedarbība, āda ir jānotīra pēc katras nosmērēšanās (piem.tualetes), jānovērš mitruma nokļūšana uz ādas, kontrolējot izdalījumus no brūces, urīna un fēču nesaturēšanu u.c.

7. Uztura uzņemšanas deficīts

Novērtēt pacienta ēstgribu, uztura uzņemšanas kvalitāti un kvantitāti. Nodrošināt un sekot līdzi uzņemtajam šķidrums daudzumam. Noskaidrot faktorus, kas var izraisīt uztura uzņemšanas deficītu (uzturvielu nepietiekamība, rīšanas traucējumi u.c.), piedāvāt problēmas risinājumu. Plānot un pielietot papildus uzturvielu uzņemšanas programmu.

8. Ieteikumi mehāniskai pārvietošanai un atbalsta virsmai

Pie gultas saistītam pacientam:

- ✓ Pozīcijas maiņa pēc individuālas shēmas (vismaz ikkatras 2 stundas)
- ✓ Riska grupas pacientiem lietot pretizgulējuma matračus
- ✓ Lietot spilvenu vai ķīli, lai izvairītos no kaulu izciļņu saskares ar atbalsta virsmu
- ✓ Lietot pozicionēšanas ierīces, kas pilnībā atslogo spiedienu uz papēžiem
- ✓ Izvairīties pacientu novietot tieši uz sāniem
- ✓ Gultas galu pacelt uz neilgu laiku un ne vairāk kā 30° leņķī
- ✓ Lietot pacelšanas ierīces, lai pārvietošanas un novietošanas laikā pacients netiktu vilkts
- ✓ Nelietot apļa veida atslogošanas ierīces (gumijas riņķus)

Pie ritenkrēsla saistītam pacientam:

- ✓ Pozīcijas maiņa vismaz katru stundu
- ✓ Svara pārvietošana katras 15 minūtes
- ✓ Lietot pretizgulējuma spilvenu (nelietot apļa veida atslogošanas ierīci – gumijas riņķi)
- ✓ Pacientu novietojot ritenkrēslā, jāņem vērā ķermeņa poza, svara sadalījums, līdzsvars, stabilitāte un spiediena atslogošana

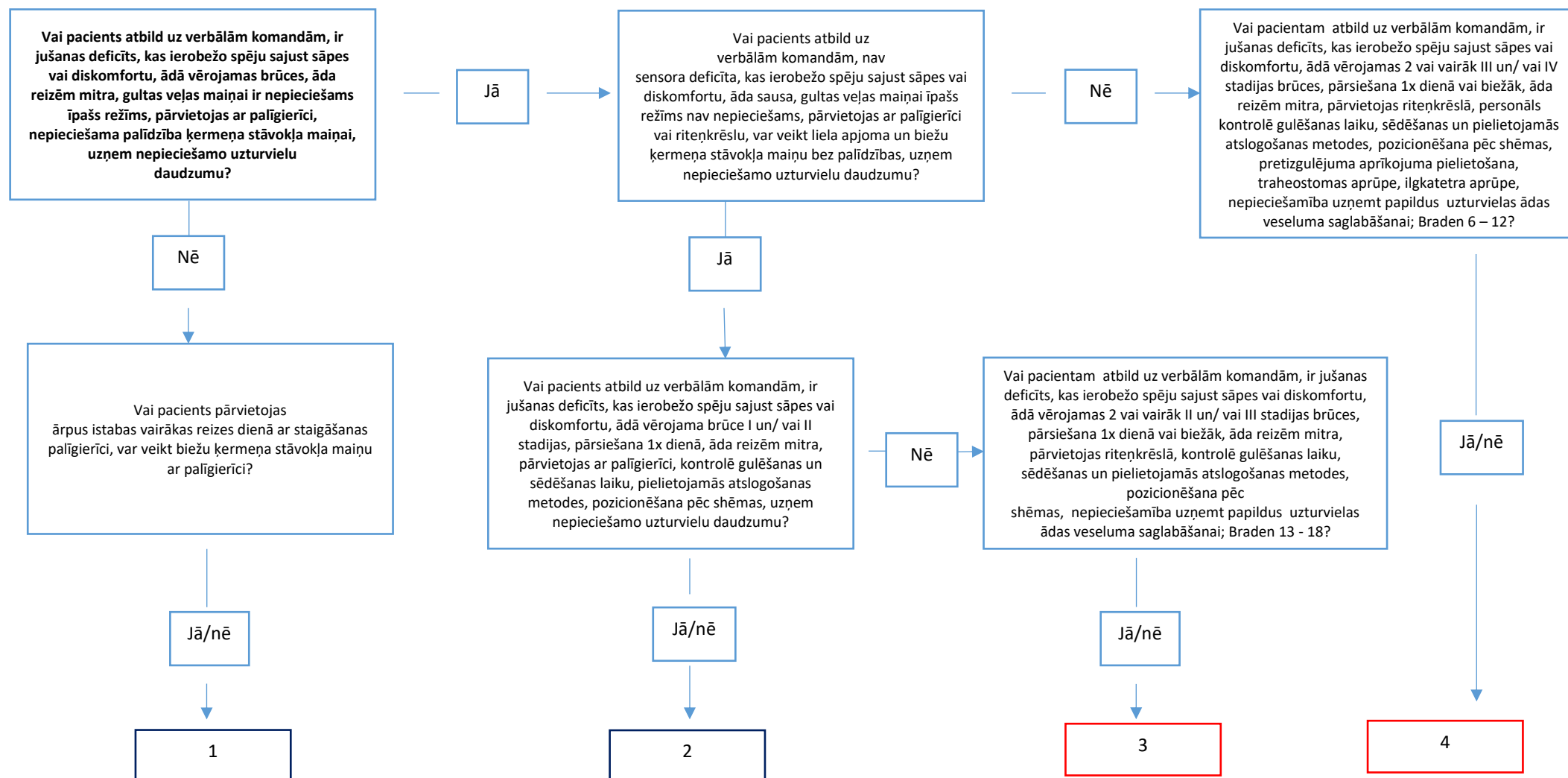
9. Ieteikumi ādas apskatei un aprūpei

- ✓ Apskatīt ādu vismaz 1 reizi dienā, īpašu uzmanību pievēršot vietām, kur kauli atrodas tuvu ādai: pakausis, auss, lāpstiņu, elkoņa, krustu rajons, sēžas apvidus, ceļgali, potītes, papēži, papēža un ādas krokām un lokalizācijas vietām, kuras ir saskarē ar medicīniskām ierīcēm
- ✓ Izveidot individuālu ādas aprūpes režīmu, izvairīties no karsta ūdens, izmantot saudzējošus mazgāšanas līdzekļus
- ✓ Novērst zemu gaisa mitrumu un aukstumu
- ✓ Nemasēt (nerīvēt, neberzēt) kaulu izciļņu vietas
- ✓ Lietot pareizas novietošanas un pārlietošanas metodes
- ✓ Novērst berzes ievainojumus, lietojot lubrikantus vai spilventiņus

Ādas bojājuma risku izvērtē katram pacientam pirmo 6 stundu laikā pēc uzņemšanas stacionārā ārstniecības iestādē, izmantojot piem.Braden skalu (pielikums Nr.2). Mainoties pacienta vispārējam stāvoklim (paaugstināta ķermeņa temperatūra, infekcija, u.c.) vai, ja pēc Braden skalas 15 vai mazāk punktu, tad riska novērtējums jāatkārto vienu reizi diennaktī. Ņemot vērā novērtēšanas rezultātus, aprūpes darbības plāno atbilstoši *Izgulējumu ārstēšanas un profilakses vadlīnijām* (pielikums Nr.3), kā arī ārsta norādījumiem.

Pilnīga neatkarība – pacients patstāvīgi veic pašaprūpes aktivitātes, personīgo higiēnu (mute, mati, ķermenis), kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, un pielietojamās atslogošanas metodes.

Modificēta neatkarība – pacientam palīgierīces vai adaptācijas ierīces veicot pašaprūpes aktivitātes, personīgo higiēnu (mute, mati, ķermenis), kontrolē gulēšanas un sēdēšanas laiku, un pielietojamās atslogošanas metodes. Lai veiktu uzdevumu nepieciešams vairāk laika.



ĢIMENE/ IZGLĪTOŠANA

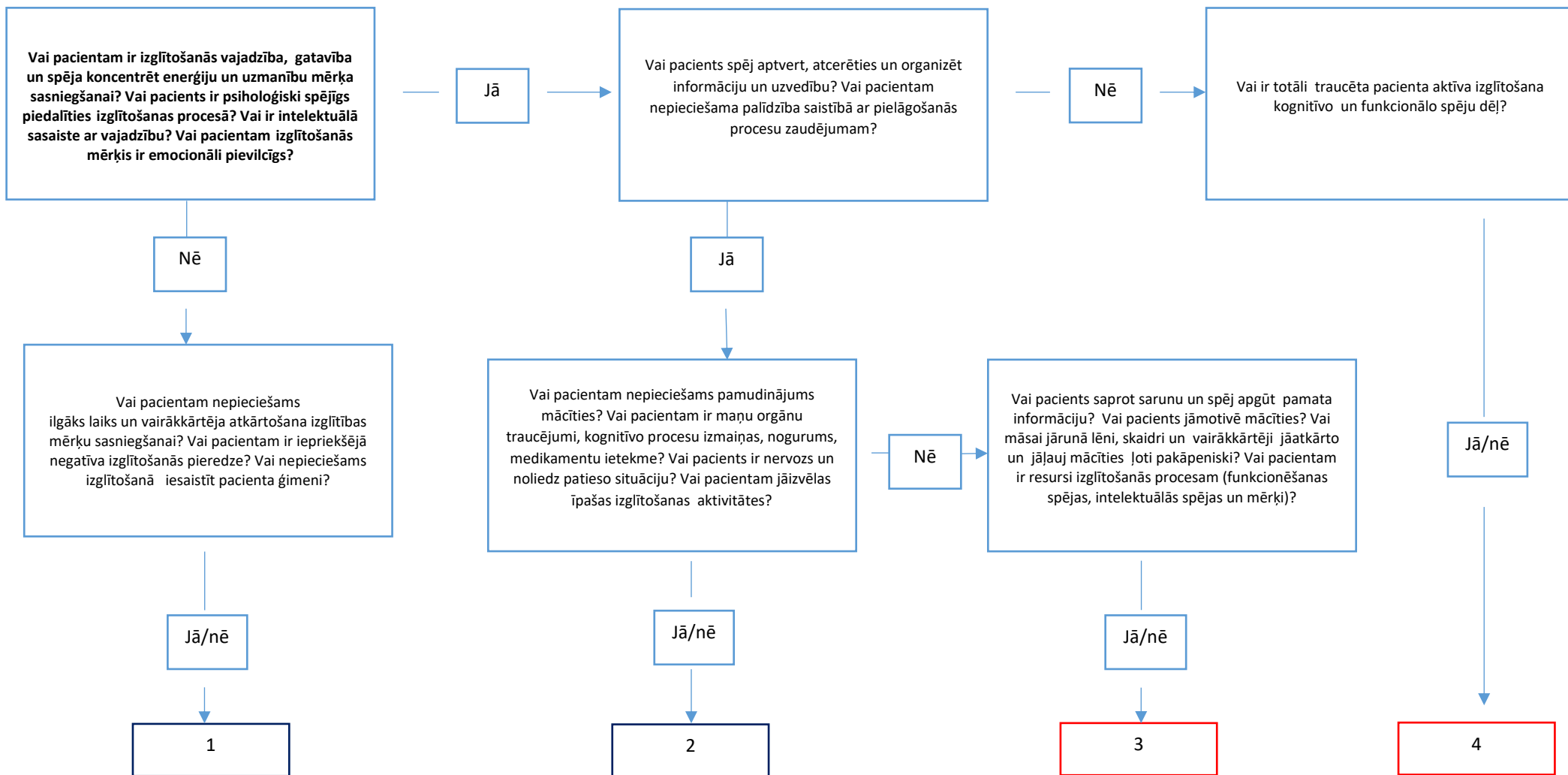
Izglītības vajadzību novērtējumā ietver pacienta vajadzības, ģimenes un pacienta gatavību mācīties un mācīšanās stilu. Izglītības vajadzību noteikšana ir daļa no pacienta novērtēšanas procesa, tās var noteikt tieši pajautājot pacientam un arī novērtējot personas fizisko un emocionālo stāvokli. Izglītības vajadzības var ietvert četras iespējamās problēmu kategorijas:

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

Izglītības mērķi ir atkarīgi no pacienta vajadzībām, saturs no mērķiem, vajadzīgie resursi izriet no satura, savukārt izglītošanās plāna izvērtēšana atkarīga no vajadzībām, mērķa un satura. Izglītošanai jā sākas no visvienkāršākās informācijas daļas uz sarežģītāko. Izglītošanas plāna izstrādē ņem vērā izglītības vajadzību prioritāti: akūtās izglītības vajadzības- preventīvās izglītības vajadzības – uzturošās izglītības vajadzības. Vai pacientam ir atbilstošas kognitīvās un intelektuālās spējas, orientācijas spējas un uzmanības ilgums, koncentrēšanās spējas , uztvere un atmiņa. Vai pacients spēj koncentrēt enerģiju un uzmanību izglītošanās mērķu sasniegšanai. Vai pacients spēj saprast sakarību starp izglītošanos un viņa turpmāko labklājību un dzīves kvalitāti?

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

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



URĪNPŪSLIS / ZARNAS/ TUALETE/ PERSONĪGĀ HIGIĒNA/ ĢĒRBŠANĀS

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

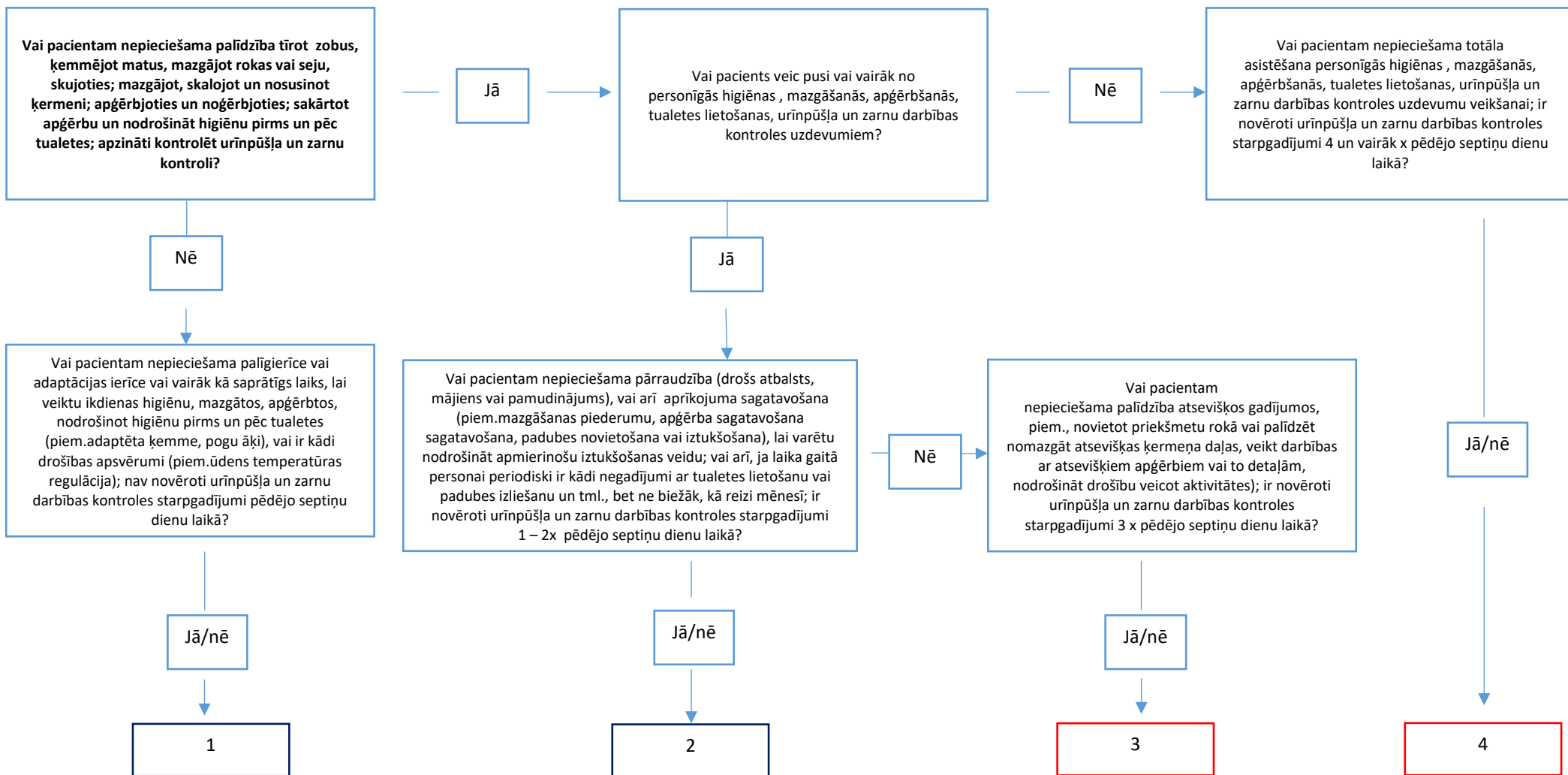
Pilnīga neatkarība – pacients tīra zobus vai smaganas, ķemmējas vai sukājas, mazgā rokas un seju, skujas vai „krāsojas”, ietverot visus sagatavošanas darbus, mazgā (noberž, noskalo, nosusina) ķermeni, apģērbjas un noģērbjas, lietojot savas iecienītās drēbes, lieto apakškreklus un krūšturus, pār galvu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

Modificēta neatkarība – pacientam nepieciešamas specializētas ierīces (ietverot protēzes un ortozes), pielāgoti apģērbi, lai veiktu apkopšanās un mazgāšanās aktivitātes, apģērbtos, tualetes lietošanai, vai arī ir nepieciešams vairāk, kā saprātīgs laiks šo aktivitāšu veikšanai, vai arī ir kādi drošības apsvērumi. Nepieciešams padube, katetrs, absorbents, „pampers”, urīnsavācējierīce, vai medikamenti kontrolei; ja katetrs tiek lietots, persona to ievada un izņem bez palīdzības, notīra, sterilizē un sagatavo ierīces bez palīdzības. Ja persona lieto jebkādus citus palīg līdzekļus, tā dara to pati, bez palīdzības, stimulācija ar pirkstu, vēdera izejas mīkstinātāji, supozitoriji, laksatīvās vielas (nav domāti dabīgie līdzekļi, kā žāvētas plūmes u.c.), vai regulāras klizmas, vai medikamenti kontrolei; Ja personai ir stoma, tā spēj to lietot. Darbība notiek bez starpgadījumiem.

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

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

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



MOBILITĀTE/ PĀRVIETOŠANĀS/DROŠĪBA

Ietver visus pārsēšanās aspektus „uz un no” gultas, krēsla, riteņkrēsla vai piecelšanās stāvus, ja staigāšana ir tipiskais pārvietošanās veids, iešanu „uz un no” tualetes, „iekšā un ārā” no vannas vai dušas, staigāšanu stāvus, vai sēdus riteņkrēslā (novērtē biežāk lietoto) uz līdzenas virsmas, kāpšana augšā un lejā pa kāpnēm 12 – 14 pakāpienus (vienu stāvu) ēkas iekštelpās. Darbības tiek veiktas droši. Lai noteiktu drošu pārvietošanos, tiek rekomendēts izvērtēt krišanas risku (piemēram, morsa kritiena riska novērtēšanas skala, pielikums Nr.4).

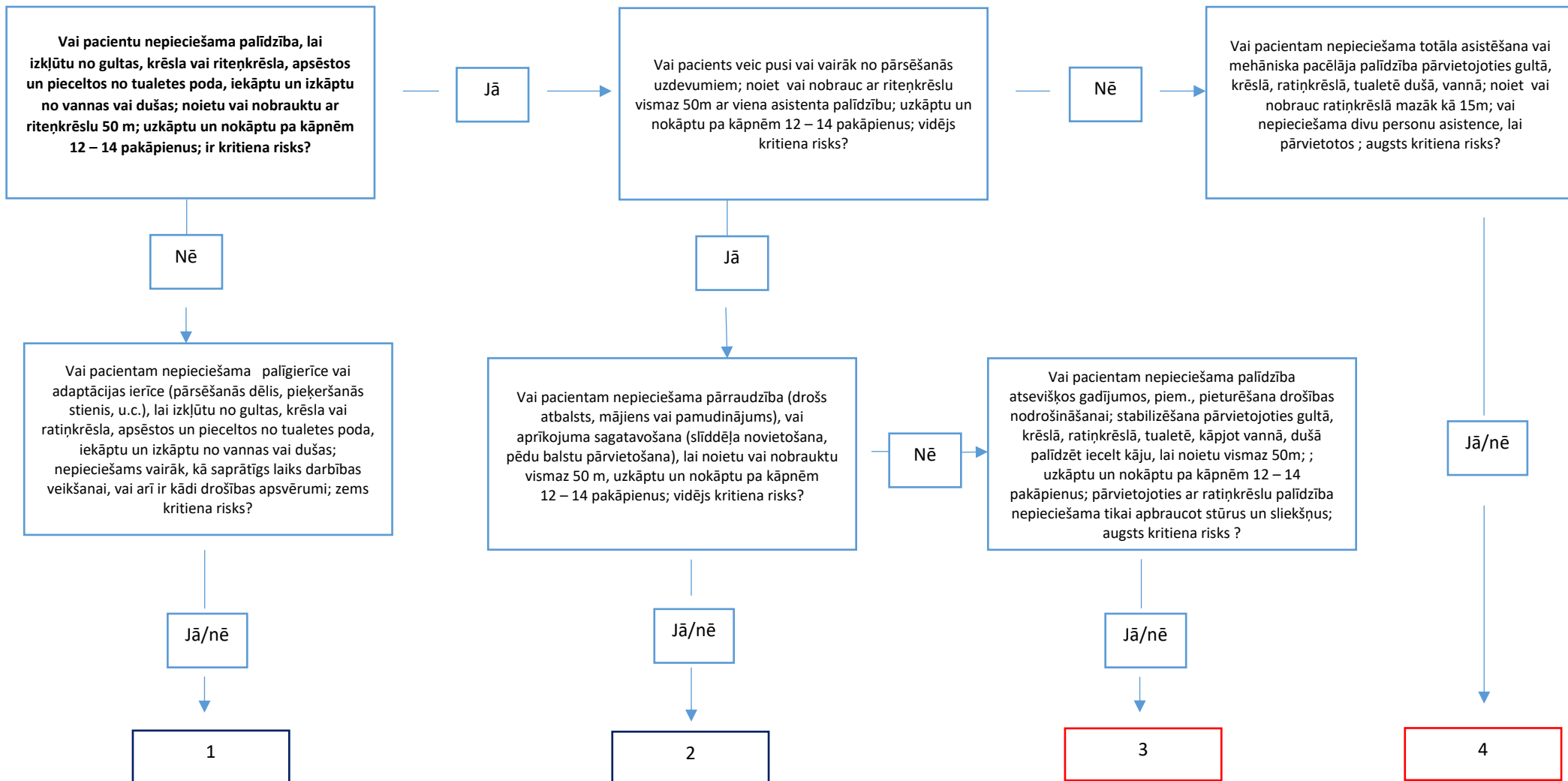
Pilnīga neatkarība – ja pacients staigā, viņš pieiet, apsēžas un pieceļas no parasta krēsla; pārsēžas no gultas uz krēsla; pieiet, apsēžas un pieceļas no standarta tualetes poda; pieiet, iekāpj un izkāpj no vannas vai dušas.

Ja pacients pārvietojas riteņkrēslā, viņš tuvojas pie gultas vai krēsla, noslēdz bremzes, paceļ pēdu balstus, pārvieto roku balstus, ja nepieciešams, un veic pārsēšanos vai nu pieceļoties stāvus vai pārbīdoties (bez slīdēšanas dēļa) un atgriežas atpakaļ; tuvojas tualetes podam, noslēdz bremzes, paceļ pēdu balstus, pārvieto roku balstus, ja nepieciešams, un veic pārsēšanos vai nu pieceļoties stāvus vai pārbīdoties (bez slīdēšanas dēļa) un atgriežas atpakaļ; tuvojas vannai vai dušai, noslēdz bremzes, paceļ pēdu balstus, pārvieto roku balstus, ja nepieciešams, un veic pārsēšanos vai nu pieceļoties stāvus vai pārbīdoties (bez slīdēšanas dēļa) un atgriežas atpakaļ; spēj noiet vismaz 50 metrus bez palīgierīces (nelietojot riteņkrēslu); kāpj augšā un lejā pa kāpnēm vismaz vienu stāvu bez turēšanās pie margām vai balsta. Darbību veic droši.

Modificēta neatkarība – pacientam nepieciešama palīgierīce vai adaptācijas ierīce, tāda kā slīdēšanas dēlis, lifts, pieķeršanās stienis, vai arī speciāls krēsla sēdekļis vai kruķis; vai arī personai nepieciešams vairāk, kā saprātīgs laiks darbības veikšanai, vai arī ir kādi drošības apsvērumi. Šajā gadījumā protēzes un ortozes tiek uzskatītas kā palīgierīce, ja tās tiek lietotas priekš pārsēšanās. Pacients noiet vismaz 50 metrus, bet lieto ortozi vai kājas protēzi, speciāli pielāgotus apavus, spieķi, kruķus vai „staiguli”; vai nepieciešams vairāk kā saprātīgs laiks, lai veiktu šo attālumu, vai arī ir kādi drošības apsvērumi. Ja pacients nestaigā, bet lieto manuālu vai motorizētu riteņkrēslu neatkarīgi vismaz 50 metrus, apgriežas apkārt, manevrē krēslu pie galda, gultas, uz tualeti; pārvar slīpumu vismaz par 3%, manevrē uz grīdsegām un pāri sliedzīņiem, kāpj augšā un lejā pa kāpnēm vismaz vienu stāvu, bet vajadzīgs sānu balsts vai margas, spieķis; nepieciešams vairāk, kā saprātīgs laiks, vai arī ir kādi drošības apsvērumi.

PIEZĪMES. „Gulta - krēsls” pārsēšanās laikā darbība sākas un beidzas guļus (uz muguras) stāvoklī.

Ja pacientam nepieciešama pārvietošanās palīgierīce, piem., riteņkrēsls, protēze, „staigulis”, spieķis, ortoze, adaptētie apavi utt., šī punkta vērtējums nevar būt 1. Pārvietošanās veidam, kuru vērtē, iestājoties un izrakstoties jābūt tam pašam. Ja rehabilitācijas laikā persona mainu savu pārvietošanās veidu (parasti no riteņkrēsla uz staigāšanu), atzīmējiet pārvietošanās veidu iestājoties un punktu vērtēšanu balstiet uz biežāk lietoto pārvietošanās veidu izrakstoties.

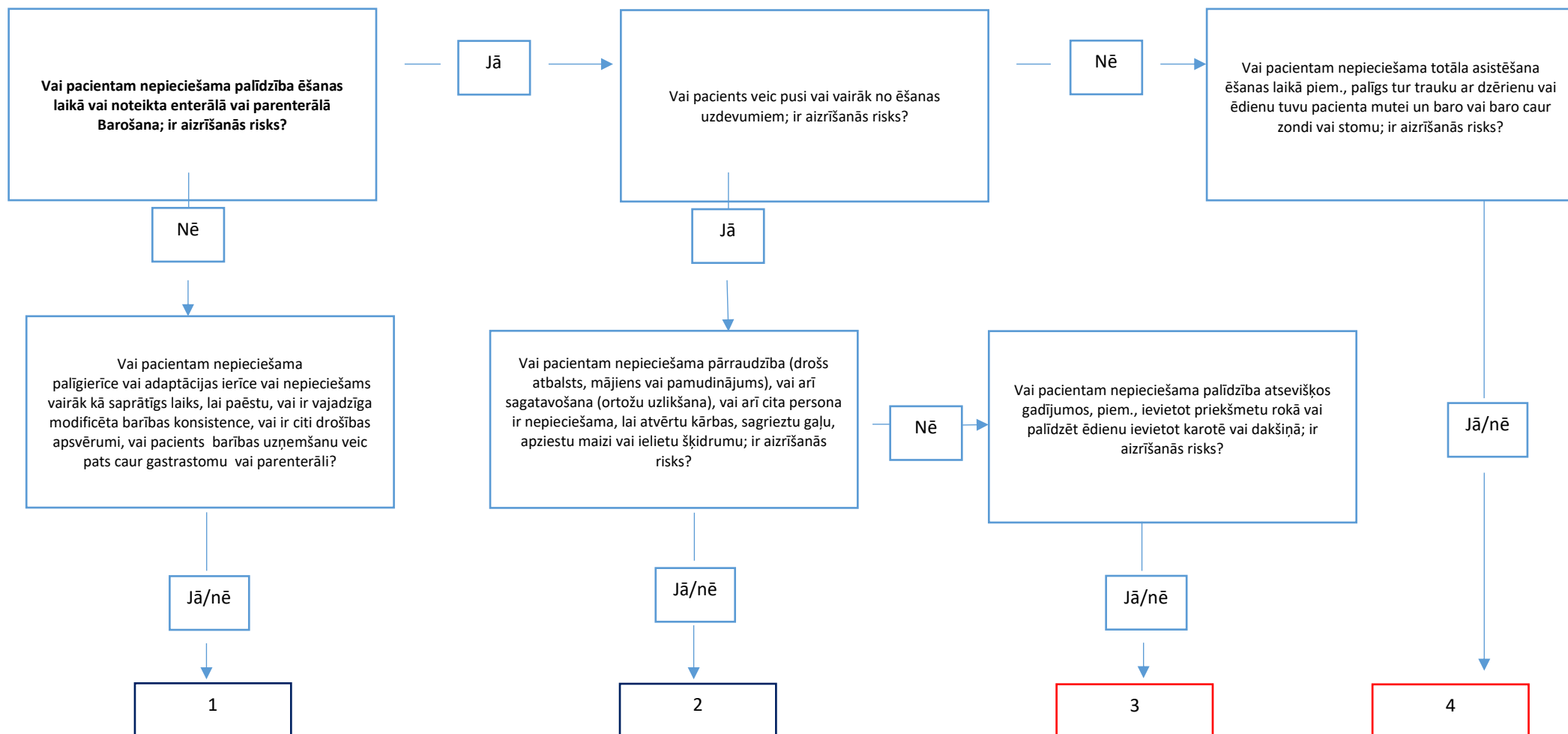


ĒŠANA/ UZTURS

Ietver atbilstošu galda piederumu lietošanu, lai nogādātu barību mutē, barības sakošļāšanu, norīšanu. Maltītei jābūt servētai parastā veidā uz galda vai paplātes. Darbības veikšana ir droša. Lai noteiktu drošu barības rīšanu, tiek rekomendēts izvērtēt aspirācijas risku (piemēram, 90 ml ūdens tests, pielikums Nr.5)

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

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



SAPRATNE/ KOMUNIKĀCIJA/ SOCIĀLĀ INTEGRĀCIJA

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

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

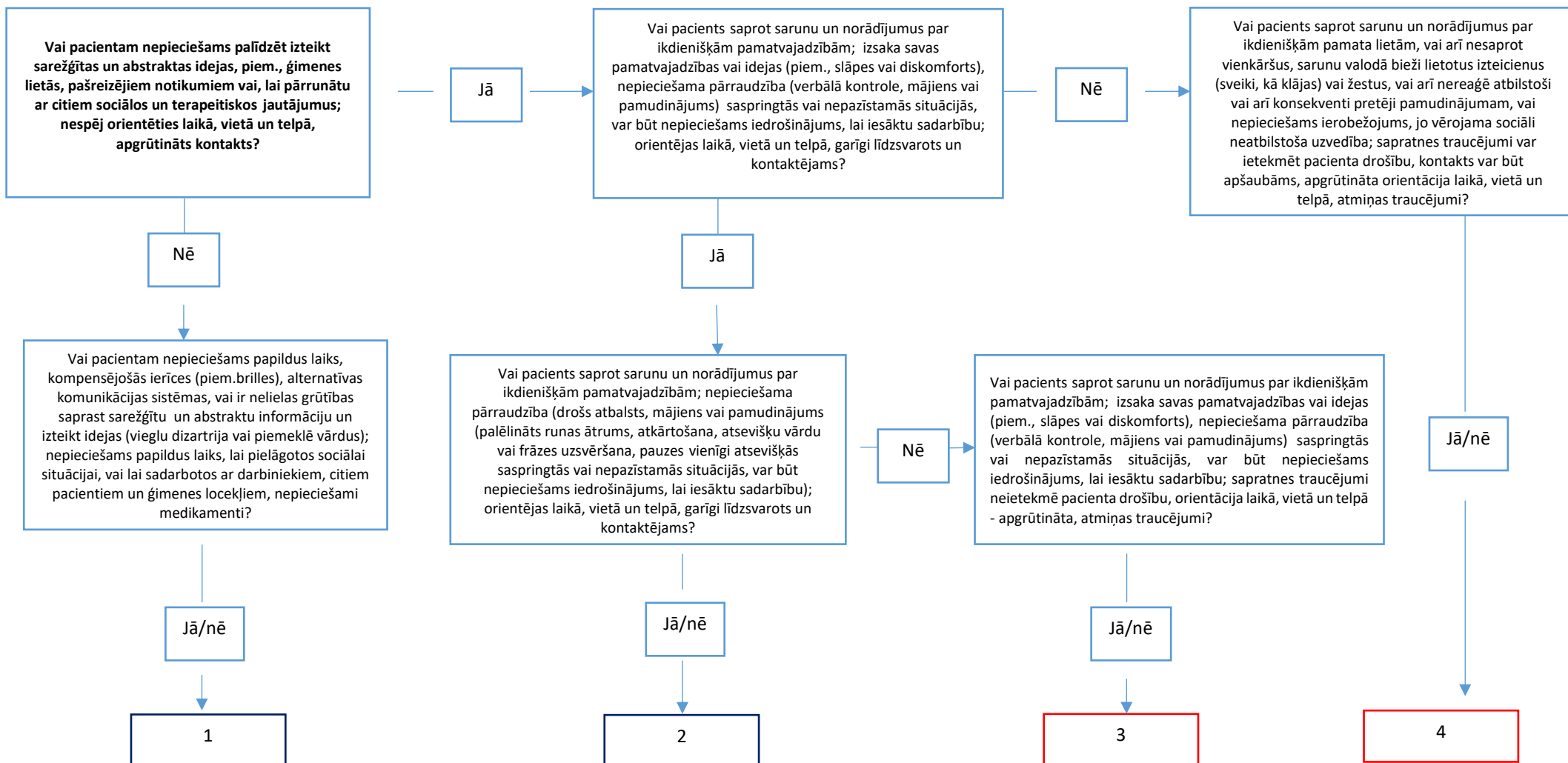
Pilnīga neatkarība – pacients saprot kompleksas vai abstraktas sarunas un norādījumus; saprot runātu un rakstītu valodu; izsaka kompleksas vai abstraktas idejas skaidri un tekoši, mijiedarbojas atbilstoši ar personālu, citiem pacientiem un ģimenes locekļiem (kontrolē garstāvokli, piekrīt kritikai, apzinās, ka vārdiem un rīcībai ir ietekme uz citiem), orientējas laikā, vietā un telpā, garīgi līdzsvarots un kontaktējams. Pacientam nav nepieciešami medikamenti kontrolei.

Modificēta neatkarība – vairumā gadījumu pacients viegli, vai varbūt ar pavisam nelielām grūtībām saprot kompleksu vai abstraktu sarunu un norādījumus. Orientējas laikā, vietā un telpā, garīgi līdzsvarots un kontaktējams. Nav nepieciešama priekšā teikšana vai pamudinājums. Var būt nepieciešama dzirdes vai redzes palīgierīce, cita palīgierīce, vai papildus laiks, lai saprastu informāciju. Izsaka kompleksas vai abstraktas idejas relatīvi skaidri vai tikai ar nelielām grūtībām. Nav nepieciešama priekšā teikšana vai pamudinājums. Var būt nepieciešamas alternatīvas komunikācijas sistēmas, mijiedarbojas atbilstoši ar personālu, citiem pacientiem un ģimenes locekļiem vairums situācijās. Nav nepieciešama pārraudzība. Var būt nepieciešams vairāk kā saprātīgs laiks, lai pielāgotos sociālajai situācijai, varbūt nepieciešami medikamenti kontrolei.

PIEZĪMES. Kompleksas vai abstraktas informācijas sapratne ietver (bet neaprobežojas) pašreizējo notikumu, kas parādās TV programmās vai avižu rakstos, sapratni, abstraktas informācijas, piem., reliģija, humors, matemātika, ikdienišķas finanses, sapratni. Tā var arī ietvert grupu sarunu informācijas saprašanu. Informācija par ikdienas vajadzībām ietver sarunas, norādījumus, jautājumus vai noteikumus uz personas vajadzībām ēst, dzert, nokārtoties, gulēt, mazgāties (fizioloģiskās vajadzības).

Kompleksu vai abstraktu ideju piemērs ietver (bet neaprobežojas) diskusiju par pašreizējiem notikumiem, reliģiju vai savstarpējām attiecībām. Pamata vajadzību un ideju izteikšana attiecas uz pacienta spējām sazināties par nepieciešamajām ikdienas aktivitātēm – ēšanu, dzeršanu, nokārtošanos, mazgāšanos, gulēšanu (fizioloģiskajām vajadzībām).

Sociāli neatbilstošas uzvedības piemēri – dusmu lēkmes, trokšņaina, neķītra, aizvainojoša valoda, pārmērīgi smiekli vai raudas, fizisks uzbrukums, ļoti atturīga vai noraidoša uzvedība.



Izmantotā literatūra:

1. Bergstrom, N., Allman, R.M., Carlson, C.E. et.al. (1992). Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Rockville, MD: Agencyfor Health Care Policy and Research.
2. Cifu, D. X. (2016). *Braddom's physical medicine & rehabilitation*. Fifth edition. Philadelphia, PA: Elsevier.
3. Forrest, G.P., Chen, E., Huss, S., & Giesler, A. A. (2015). Comparison of the Functional Independence Measure and Morse Fall Scale as Tools to Assess Risk of Fall on An Inpatient Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 38(4), 186–192. Retrieved from MedPub.
4. Hoeman, S.P. (1996). *Rehabilitation nursing, process and application*. St. Louis: Mosby Elsevier.
5. Incesti, S., Bender, S., & Delunas, L.R. (2014). Development of a Patient Acuity Model for an Inpatient Rehabilitation Unit. *Rehabilitation Nursing*, 40(3), 133-8. doi: 10.1002/rnj.179.
6. Izgulējumu profilakses un ārstēšanas vadlīnijas. (2010). Rīga: Veselības ekonomikas centrs.
7. Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu" (2017). Rīga: Veselība ministrija.
8. Suiter, D.B. & Leder, S.B. (2008). Clinical utility of the 3 ounce water swallow test. *Dysphagia*, 23, 244 – 50.
9. The inpatient rehabilitation facility – patient assessment instrument (IRF – PAI) training manual: effective 10/01/2014, USA: Centers for medicare and medicaid services, 2014.

Stacionārās medicīniskās rehabilitācijas pacienta (> 18 g.v.) aprūpes līmeņa novērtējums										
Nodaļa, istaba										
Pacienta vārds, uzvārds										
Stacionārā pacienta medicīniskās kartes Nr.										
Datums:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Aprakstošie lielumi										
CI/MI: Pilnīga neatkarība/ Modificēta neatkarība = 1							7 - 10	ZEMAS INTENSITĀTES APRŪPE		
S: sagatavošana/ pārraudzība = 2							11 - 17			
Min/Mod: Minimāla asistēšana/ Mērena asistēšana (50% - 75% pacienta piepūle) = 3							18 - 24	AUGSTAS INTENSITĀTES APRŪPE		
Max/Total: Maksimāla asistēšana/ Totāla asistēšana (0-49% pacienta piepūles) = 4							25 - 28			
Medikamenti										
medikamenti nav ordinēti; p/o medikamenti, s/c, i/m injekcijas, inhalācijas terapija (ts.O ₂ th) 1-5x/24h; i/v injekcijas 1x/24h; sāpju kontrole ik 4h	1									
p/o medikamenti, s/c, i/m injekcijas, inhalācijas terapija (ts.O ₂ th) 6-8x/24h; n/g medikamenti; i/v infūzija/ perfūzija 1-2x/24h	2									
p/o medikamenti, s/c, i/m injekcijas, inhalācijas terapija (ts.O ₂ th) 9-11x/24h; i/v injekcijas >2x/24h; i/v infūzija/ perfūzija >3x/24h	3									
p/o medikamenti, s/c vai i/m injekcijas, inhalācijas terapija (ts.O ₂ th) >12x/24h; i/v infūzija/ perfūzija >4x/24h; medikamentu administrēšanas grūtības, kognitīvs deficīts, rīšanas traucējumi	4									
Starpvērtējums										

Ādas aprūpe											
nav ādas bojājumu; ādas novērtējums 1x/8h, pārvietojas bez/ ar palīgierīci	1										
I/II pakāpes ādas bojājums; apgērba maiņa 1x/24h; pozu maiņa 1x/2h vai pēc noteiktas shēmas	2										
2 vai > II pakāpes un/vai III pakāpes ādas bojājumi; 1 vai > apgērba maiņas 24h; pozicionēšana/ pozu maiņa 1x/2h vai pēc noteiktas shēmas; izolācija; ir/nav brūču speciālista konsultācija; Braden 13 - 18	3										
2 vai > III pakāpes un/vai IV pakāpes ādas bojājumi; 1 vai > apgērba maiņas 24h; pozicionēšana/ pozu maiņa 1x/2h vai pēc noteiktas shēmas; izolācija; brūču speciālista konsultācija obligāta; Braden 6 - 12	4										
Starpvērtējums											
Ģimene/ Izglītošana											
Sapratne/ pacienta līdzdalība rehabilitācijas mērķu izvirzīšanā un sasniegšanā; pacients apmācīts sāpju kontrolē/ vadīšanā	1										
Pacienta izglītošana/apmācība: piem., cukura diabēts, zondes barošana, kateterizāciju, rīšanas traucējumiem, kritienu risku un drošību	2										
Pacienta ģimenes izglītošana: piem., pēc stacionāra aprūpe, aprūpe mājās, sociālās vajadzības un emocionālais atbalsts, ilgtermiņa mērķi	3										
Padziļināta pacienta ģimenes izglītošana sakarā ar izmaiņām ikdienas aprūpē: piem., diagnosticēts cukura diabēts, uzsākta zondes barošana, p/o, s/c, i/m, i/v medikamentu lietošanas uzsākšana, stomu aprūpe, brūču aprūpe, ilgstoša mākslīgā plaušu ventilācija	4										
Starpvērtējums											

Urīnpūslis/ Zarnas/ Tualetes/ Personīgā higiēna/ Ģērbšanās											
Saturēšana, urīnpūšļa un zarnu kontrole/ neatkarīgs/ palīgierīces/ stāp gadījumu nav; Medikamenti urīnpūšļa un zarnu kontrolei; Pilnīga neatkarība/ spēj pārgērbties bez palīdzības/ spēj bikses uzvilkt un novilkt; Patstāvīga higiēnas nodrošināšana	1										
Tualetes aktivitātes veic patstāvīgi, bet nepieciešama pārraudzība/ sagatavošana/ novākšana - tualetes aprīkojums: pīle, tualetes krēsls, tualetes papīrs	2										
Urīnpūšļa un zarnu izvades uzraudzība 1x/8h; Tualetes aprīkojuma sagatavošana; Nepieciešama asistēšana tualetes aktivitātes	3										
Intermitējošā katetrizācija; stomas/katetru aprūpe; Starpgadījumi atkarības dēļ; Totāla asistēšana tualetes aktivitātēs	4										
Starpvērtējums											
Mobilitāte/ Pārvietošanās/ Drošība											
Pilnīga neatkarība/ bez piepūles; Nav nepieciešama asistēšana; Izmanto rokturus/ balstus; Pārvietojas/ pagriežas droši	1										
Nepieciešama tikai verbāla norāde; Ratiņkrēsls/ palīgierīču uzstādīšana, kāju/ roku balsti; Vidējs kritiena risks/ kritienu riska mazināšanas pasākumi; Pagriežas droši	2										
1 personas asistēta piecelšanās/ asistēta pārvietošanās; Apjukums; Drošības ierīces; adaptīvo ierīču pielikšana/ noņemšana; Patstāvīga/ droša pozu maiņa gultā; Augsts kritiena risks	3										
2 personu asistēta piecelšanās/ mehāniska piecelšana; Pozicionēšana 1x/2h; 1:1 pārraudzība; dezorientācijas risks; augsts kritienu risks/ kritienu riska mazināšanas ierīces	4										
Starpvērtējums											
Ēšana/ Uzturs											
Ēd patstāvīgi/ iespējams nepieciešams ilgāks laiks; Izmanto adaptīvās ierīces patstāvīgi	1										

Kaloriju uzskaite (uzņemšana/ izlietojums); Nepieciešama asistēšana galda uzklāšanai/ produktu sagriešanai; Pārraudzība; Verbāli norādījumi; Aizrīšanās risks	2											
Augsts aizrīšanās risks; Asistēta barošana/ rīšana; Nepieciešama adaptīvo ierīču pielietošana	3											
Totāla parenterāla barošana; 1:1 barošanas totāla asistēšana; barošanas caurules; Pilnīga atkarība no personāla; Augsts aizrīšanās risks	4											
Komunikācija/ Sociālā izziņa												
Deficītu nevēro; Saprot norādījumus; Iesaistās sarunās; Saprot un pilda komandas	1											
Nepieciešams pamudinājums/ dažreiz nepieciešams ilgāks laiks, lai izteiktu vajadzību	2											
Nepieciešams pamudinājums/ vienmēr nepieciešams ilgāks laiks, lai izteiktu vajadzību; Impulsīva uzvedība	3											
Komunikācijas deficīts/ apgrūtināta komunikācija - nepieciešamas pamudinājums/ nepieciešams ilgs laiks, lai izteiktu vajadzību; Agresīva uzvedība	4											
Starpvērtējums												
KOPSUMMA	7 - 28											

Braden skala izgulējumu riska paredzēšanai

<p>Sensorā uztvere. Spēja atbildēt uz spiediena izraisītu diskomfortu.</p>	<p>1. Pilnīgi ierobežota: Neatbild (nevaids, nekustas) uz sāpīgu stimulu, pazemināts apziņas vai jušanas līmenis VAI ierobežotas spējas just sāpes lielākajā daļā ķermeņa.</p>	<p>2. Ļoti ierobežota: Atbild tikai uz sāpīgiem stimuliem. Diskomfortu nevar izteikt savādāk kā vaidot vai ar nemierīgumu VAI ir jušanas traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes vai diskomfortu vairāk kā pusē ķermeņa.</p>	<p>3. Mazliet ierobežota: Atbild uz verbālu komandu, bet ne vienmēr var izteikt diskomfortu vai vajadzību tikt pagriezta VAI Ir daži jušanas traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes vai diskomfortu vienā vai divās elstremitātēs.</p>	<p>4. Nav traucējumu: Atbild uz verbālu komandu, nav jušanas traucējumu, kas ierobežotu spēju just sāpes vai diskomfortu.</p>	
<p>Mitrums. Ādas mitrinājuma pakāpe.</p>	<p>1. Nepārtraukti mitrs: Āda gandrīz vienmēr ir mitra no svīšanas, urīna, u.c. Pie katras pagriešanas vai pārvietošanas tiek konstatēts mitrums.</p>	<p>2. Mitra: Āda bieži, ne vienmēr ir mitra. Pie pagriešanas jāmaina autiņi.</p>	<p>3. Reizēm mitra: Āda reizēm ir mitra. Autiņi jāmaina vismaz reizi dienā.</p>	<p>4. Reti mitra: Āda parasti ir sausa.</p>	
<p>Aktivitāte. Fiziskās aktivitātes līmenis vai pakāpe.</p>	<p>1. Gulošs: Ar ierobežotām kustībām gultā.</p>	<p>2. Pārvietošanas rītenkrēslā: Nav vai ir ļoti ierobežotas spējas staigāt. Nevar panest savu svaru un/ vai jāpalīdz nokļūt krēslā.</p>	<p>3. Ierobežota staigāšana: Dienas laikā reizēm staigā, bet īsus attālumus ar vai bez palīdzības. Kustības lielākoties notiek gultā vai krēslā.</p>	<p>4. Brīvi staigā: Vismaz divas reizes dienā staigā ārpus istabas vai vismaz katras divas stundas istabā.</p>	
<p>Mobilitāte. Spēja mainīt un kontrolēt ķermeņa novietojumu.</p>	<p>1. Pilnīgi nekustīgs: Bez palīdzības nevar veikt pat nelielas izmaiņas ķermeņa vai ekstremitāšu novietojumā.</p>	<p>2. Ļoti ierobežota: Reizēm var veikt nelielas izmaiņas ķermeņa vai ekstremitātes novietojumā, bet pats nevar bieži un kvalitatīvi grozīties.</p>	<p>3. Mazliet ierobežota: Pats veic biežas vai nelielas izmaiņas ķermeņa vai ekstremitāšu novietojumā.</p>	<p>4. Neierobežota: Kustās bieži un daudz bez palīdzības.</p>	
<p>Apetīte.</p>	<p>1. Ļoti slikta: Nekad neapēd visu maltīti, reti apēd 1/3 no katra piedāvātā ēdiena. Slikti</p>	<p>2. Neatbilstoša: Reti apēd visu maltīti, parasti apēd pusi no piedāvātās maltītes,</p>	<p>3. Atbilstoša: Apēd vairāk kā pusi ēdiena. Reizēm var atteikties no</p>	<p>4. Lieliska: Apēd lielākoties visu, nekad neatsakās no ēdiena. Reizēm ēd starp</p>	

	dzer, neuzņemot pietiekami ūdens daudzumu VAI Tiek uzturēts uz šķidrumiem vai intravenozi vairāk kā 5 dienas.	reizēm piekrīt apēst diētisko papildinājumu, VAI saņem mazāk kā optimālo daudzumu šķidrās diētas vai parenterālā veidā.	ēdiena, bet apēdis diētisko papildinājumu, VAI tiek barots parenterāli.	ēdienreizēm, nav nepieciešama papildu ēdināšana.	
Berze vai nobīde.	1. Ir problēma: Nepieciešama palīdzība pārvietojoties. Pilnīga pacelšana bez slīdēšanas pa palagiem nav iespējama, bieži noslīd gultā vai krēslā, tādēļ jāpaceļ atpakaļ. Spasticitāte, kontrakcijas un sasprindzinājums rada nepārtrauktu berzēšanos.	2. Potenciāla problēma: Nedaudz pārvietojas vai nepieciešama neliela palīdzība, kustībās āda mazliet slīd pret palagiem, krēslu vai citām ierobežojošām virsmām. Uztur relatīvi labu novietojumu gultā vai krēslā, bet dažreiz noslīd.	3. Nav redzamu problēmu: Pats pārvietojas gultā vai krēslā, muskuļu spēks ir pietiekošs, lai paceltu sevi kustības laikā. Uztur pareizu novietojumu gultā vai krēslā.		

18 – sliekšnis augstam izgulējuma attīstības riskam; 15-18 – izgulējumu attīstības riska grupa;
13-14 - vidēji augsta riska grupa; 10-12 - augsta riska grupa; 6-9 - ļoti augsta riska grupa)

Aprūpes darbību plāns pēc Braden skalas rezultātiem

RISKA GRUPA	APRŪPES DARBĪBAS
<p>Riska grupa (Braden Q 23 – 28 un Braden 15-18 punkti)*</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Regulāra grozīšana ○ Maksimāla aktivizācija ○ Papēžu polsteris ○ Spiedienu samazinošo matraču (guļošiem) vai spilvenu (riteņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi. ○ Nodrošināt adekvāta barošanu. <p>*ja pacientam ir novērojami papildus riska faktori (drudzis, zems proteīnu uzņemšanas potenciāls, nestabila hemodinamika, diastoliskais spiediens zem 60 mmHg), skatīt nākošo grupu</p>	<p>Ādas kopšana</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ādas apskate vismaz vienu reizi dienā. Pašapskate, izmantojot spoguļi, vai apskata otrs cilvēks. Jāpievērš uzmanību jebkādam izmaiņām. ○ Ja tiek pamanītas ādas izmaiņas – sārtums, bālums, tūska, izsitumi u.c., šo vietu maksimāli atslēgot. Ja dinamikā stāvoklis pasliktinās – nepieciešama ārsta konsultācija. ○ Individuāls mazgāšanās plānojums. Izvairīties no karsta ūdens. Lietot maigus mazgāšanas līdzekļus. Mazgājot ādu nedrīkst berzt. ○ Samazināt ārēju faktoru: miruma, auksta gaisa iedarbību uz ādu. Izvairīties no ādas macerācijas. Īpaši pievērš uzmanību ādas krokām. Vismaz 2x/dienā lietot ādas mitrinošus krēmus vai losjonus, jo īpaši reģionos ar sausu ādu un izgulējuma riska zonās. ○ Nemasēt ādas reģionus ap kaulu izciļņiem. ○ Ievērot grozīšanas, prepozīcijas (ķermeņa novietojuma) tehnikas, izvairīties no berzes un bīdes. ○ Lietot lubrikantus, lai mazinātu berzi. ○ Ievērot rehabilitācijas speciālistu rekomendācijas. ○ Regulāra gultas veļas maiņa. Sekot līdz, lai gultas virsma būtu gluda, bez krokām. <p>Uzturs</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Plānot un nodrošināt pilnvērtīga uztura uzņemšanu. ○ Izvērtēt kaloriju, olbaltumvielu un vitamīnu (A; E; C) uzņemšanu. (olbaltums 1,25-1,5 g/kg/24h).
<p>Vidēji augsta riska grupa (Braden Q 7 – 23 un Braden 13-14 punkti)*</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grozīšanas shēma. ○ Lietot palīgierīces 30° pozīcijas nodrošināšanai. ○ Maksimāla aktivizācija. ○ Papēžu polsteris. ○ Spiedienu samazinošo matraču (guļošiem) vai palikļu (riteņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi. ○ Nodrošināt adekvātu barošanu. 	

<p>*ja pacientam ir novērojami papildus riska faktori skatīt nākošo grupu</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nepieciešamības gadījumā lietot pārtikas piedevas, enterālos, parenterālos preparātus. (25-30 ckal/kg/24h). ○ Kontrolēt, adekvāta šķidruma daudzuma uzņemšanu diennaktī, censties panākt pacienta sadarbību šķidruma uzņemšanā. (35-45 ml/kg/24h).
<p>Augsta riska grupa (Braden Q līdz 7 un Braden 10-12 punkti)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grozīšanas frekvences palielināšana. ○ Maksimāla aktivizācija. ○ Papēžu polsteris. ○ Spiedienu samazinoši palīg līdzekļi - matraču (guļošiem) vai sēdekļu (riteņkrēslā) pielietošana. ○ Novērst mitrumu, bīdi un berzi ○ Nodrošināt adekvātu barošanu 	<p>Bīdes un berzes mazināšana</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lietot polsterus (spilvens), lai novērstu kaula izciļņu tiešu noslogošanu, kā arī kaulu izciļņu savstarpējo saskari (potītes vai ceļi). ○ Pilnīgi atslogot papēžus – kāju iecelšana jeb polsterēšana kājai visā garumā atstājot brīvu papēdi. ○ Pozicionējot uz sāniem izvairīties no gūžas kaulu tiešas noslogošanas – pozicionēt slīpi. ○ Gultas galvgali novietot iespējami zemāk (līdz 30°) un, ja to paceļ, tad uz iespējami īsāku laiku. ○ Ķermeni pozicionēt tā, lai pacients nevarētu slīdēt pa virsmu. ○ Pacientu pārvietojot nevilkt, bet izmantot palīgierīces. Pacientu pārvietot piepaceļot.
<p>Ļoti augsta riska grupa (Braden 6-9 punkti)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viss iepriekšējais ○ Papildus: pret izgulējuma matraču un gultas, kas novērš spiedienu* <p>*pret izgulējuma gultas un matraču nesamazina grozīšanas biežumu</p>	<p>Mitruma mazināšana</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veikt ādas higiēnu pēc urinēšanas un vēdera izejas. ○ Pēc iespējas samazināt kairinošu vielu iedarbību uz ādu. Lietot absorbentu. ○ Ja ir inkontinence (urīna vai/un fēču nesaturēšana) – kontrolēt stāvokli un, ja nepieciešams, veikt higiēnas pasākumus ik 2-3 stundas.

MORSA KRITIENA RISKĀ NOVĒRTĒŠANAS SKALA		
RISKA FAKTORI	VĒRTĒJUMA SKALA	PUNKTI
Kritieni pēdējos 3 mēnešos	Jā – 25	
	Nē – 0	
Vairāk kā viena diagnoze medicīnas vēsturē	Jā – 15	
	Nē – 0	
Pārvietošanās	Stabilitātei pacients atbalstās pret mēbelēm, piem.gultu – 30	
	Pārvietojas ar palīgīdzekli – 15	
	Gultas režīms, vai pārvietojas bez palīgīdzekļiem – 0	
Intravenoza terapija	Ir – 20	
	Nav – 0	
Gaita	Izmainīts gaitas stereotips, līdzsvara traucējumi, turās pie pavadona, skatās uz kājām – 20	
	Nestabila gaita, soļi īsi, galva skatās uz priekšu – 10	
	Nav traucēta gaita – 0	
Kognitīvais stāvoklis	Nespēj adekvāti izvērtēt sevi – 15	
	Spēj adekvāti izvērtēt savu funkcionēšanas stāvokli – 0	
		KOPĀ

Morsa kritiena riska novērtēšanas skalas rezultāti	
Augsts risks	45 un vairāk
Vidējs risks	25 - 44
Zems risks	0 - 24

90 ML ŪDENS TESTS (Suiter & Leder, 2008)

Mērķis: noteikt aspirācijas iespēju (disfāģijas risku) un diētas rekomendācijas

Novērtēšana un darbība: pacients pie apziņas, pozicionēts 70⁰-90⁰ leņķī, var paklepot, spēj izdzert glāzi ūdens vienā piegājienā, neapstājoties, sev raksturīgā ātrumā.

Rezultāts:

- “+”: apstājas, klepo, aizrijas, “slapja” balss testa laikā vai 1 min. pēc
- “-”: izdzer tukšu bez apstāšanās