

Rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu

Autori: NRC "Vaivari" Klīniski metodiskās vadības darba grupa

Darba grupas sastāvs: Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti Anna Millere, Dana Sviķe

Konsultanti: Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti Gunta Kristapone, prof. A. Vētra,
Dr.med. Guna Bērziņa, onkologs – ķīmijterapeits, *Dr.med.* Līga Keiša-Ķirse

Saturs

Saīsinājumi	2
2. Pamatojums	5
2.1. Rehabilitācijas definīcijas un mērķi	5
2.2. Rehabilitācijas iznākumi	5
2.3. Onkoloģiskās rehabilitācijas klasifikācija	6
2.4. Dokumenta nepieciešamības pamatojums	7
3. Mērķis	7
4. Mērķa grupas	7
5. Tvērums	8
6. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidi un sniegšanas kārtība	8
6.1. Rehabilitācija akūtās ārstniecības iestādē	10
6.1.1. Definīcija	10
6.1.2. Uzdevumi	10
6.1.3. Iekļaušanas kritēriji	10
6.2. Stacionāra medicīniska rehabilitācija	11
6.3. Medicīniska rehabilitācija dienas stacionārā	12
6.4. Ambulatora medicīniska rehabilitācija	13
6.5. Rehabilitācija mājās	13
7. Rehabilitācijas intervencu izvēles ietekmējošie veselības stāvokļi	14
8. Literatūras saraksts	16

Saīsinājumi

EKG	Elektrokardiogramma
FRMĀ	Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts
FS	Funkcionālais speciālists
MK	Ministru kabineta noteikumi
PVO	Pasaules veselības organizācija
SFK	Starptautiskā funkcionēšanas un nespējas klasifikācija

1. Ievads

Ļaundabīgie audzēji ir otrs biežākais nāves cēlonis Latvijas iedzīvotāju vidū, veidojot apmēram piekto daļu no visiem nāves cēloņiem (2019. g. 22%, vecumā līdz 64 gadiem – 26%). Ik gadu ~11 tūkstošiem Latvijas iedzīvotāju tiek diagnosticēts ļaundabīgais audzējs, ~ 6 tūkstoši ik gadu nomirst ļaundabīgo audzēju dēļ. (*Veselības Aprūpes Pakalpojumu Onkoloģijas Jomā Uzlabošanas Plāns 2022.–2024. Gadam, 2021*)

2017. gadā vīriešiem visbiežāk diagnosticēja priekšdziedzera ļaundabīgo audzēju (1286 gadījumi jeb 144,1 uz 100 000 vīriešu). Tam seko bronhu un plaušu vēzis (849 gadījumi jeb 95,1 uz 100 000 vīriešu), citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu) (567 gadījumi jeb 63,5 uz 100 000 vīriešu) un zarnu vēzis (536 gadījumi jeb 60,0 uz 100 000 vīriešu). (*Veselības Aprūpes Pakalpojumu Onkoloģijas Jomā Uzlabošanas Plāns 2022.–2024. Gadam, 2021*)

Sievietēm 2017. gadā visbiežāk konstatēja krūts vēzi (1133 gadījumi jeb 107,9 uz 100 000 sievietēm), kam sekoja citi ādas ļaundabīgie audzēji (neskaitot ādas melanomu) - 896 gadījumi jeb 85,4 uz 100 000 un kolorektālais vēzis (595 gadījumi jeb 56,7 uz 100 000). (*Veselības Aprūpes Pakalpojumu Onkoloģijas Jomā Uzlabošanas Plāns 2022.–2024. Gadam, 2021*)

Agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskākajiem faktoriem veselības atgūšanā. Onkoloģisko slimību riska faktoru mazināšana, agrīna diagnostiska, savlaicīga un efektīva ārstēšana un atbilstoša dinamiskā novērošana, rehabilitācija ir pamatprincipi, kas jānodrošina, lai mazinātu slimības negatīvo ietekmi uz indivīda veselību un dzīves kvalitāti, mazinot komplikāciju risku un novēršot priekšlaicīgu nāvi. (*Sabiedrības Veselības Pamatnostādnes 2014.-2020. Gadam, 2020*)

Pacienti ar onkoloģisko saslimšanu, piedzīvo gan fiziskus gan emocionālus traucējumus, ko izraisa pati onkoloģiskā saslimšana kā arī ar tās ārstēšanu saistītās komplikācijas. Pacienti ar audzēja diagnozi var rasties funkcionēšanas traucējumi, kas ietekmē veselību, dzīves kvalitāti un darba spējas. (*Stout et al., 2021*)

Biežākie medicīniskie stāvokļi, kas var attīstīties audzēja ārstēšanās laikā: sāpes (neiro-pātiskas un somatiskas), limfedēma, kognitīvo funkciju traucējumi (atmiņas, domāšanas traucējumi), ātra nogurdināmība, muskuloskeletālās problēmas (pēcoperāciju kontraktūras, muskuļu disbalanss, locekļu garuma izmaiņas), parēzes,

trauksme, miega traucējumi, depresija, mazā iegurņa orgānu traucējumi, svara izmaiņas, komunikācijas traucējumi (saprātnes un runas grūtības, balss izmaiņas), disfāģija, polineuropātijas, seksuālās veselības traucējumi. (Stout et al., 2021)

Šie funkcionēšanas traucējumi ietekmē cilvēka spēju atgriezties darbā, cilvēka sociālo stāvokli, dzīves kvalitāti un izdzīvošanas iespēju pēc saslimšanas.

Turklāt ne mazums svarīgas ir sociālas problēmas – sociālo pakalpojumu pieejamība, medicīnas speciālistu pieejamība, piederīgo atbalsts.

Iepriekš minētos medicīniskos stāvokļus un sociālās problēmas iespējams risināt ar rehabilitācijas intervencēm, gan iesaistot funkcionālos speciālistus (fizioterapeitu, egoterapeitu, audiologopēdu) un citus rehabilitācijas speciālistus (sociālo darbinieku, klīnisko psihologu), gan medikamentozo terapiju un fizikālās medicīnas metodes.

Lai gan pētījumi par rehabilitācijas nozīmību un efektu onkoloģiskiem pacientiem arvien pieaug, tomēr rehabilitācija vēl ar vien Latvijā ir maz novērtēta.

Lai pēc iespējas ātrāk pacients varētu atgriezties ikdienas darbā, pēc specifiskās terapijas svarīgi saņemt psihoemocionālo atbalstu, sociālu atbalstu, kā arī rehabilitāciju - atbilstoši vispārējam stāvoklim. (Stout et al., 2021; Fu et al., 2017) Neatkarīgi no tā, vai rehabilitācija ir vai nav uzsākta akūtā periodā uzturēšanās laikā stacionārā, pirms izrakstīšanas visiem pacientiem jāveic funkcionēšanas spēju un rehabilitācijas nepieciešamības novērtējums.

Rehabilitācija ir vērsta uz dzīves kvalitātes optimizēšanu un funkciju maksimizēšanu pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu. Rehabilitācijai ir būtiska nozīme daudzu ar audzēju saistītu traucējumu un invaliditātes mazināšanā vai likvidēšanā. (Silver et al., 2018)

Tiek sagaidīts, ka ievērojot skaidri definētos iekļaušanas un izslēgšanas kritērijus multidisciplinārai rehabilitācijai, pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu, samazināsies kopējais ārstēšanās laiks un nepieciešamās ārstēšanās izmaksas, kā arī mazināsies invaliditātes attīstības risks, akūtas un vēlīnas komplikācijas. (Stout et al., 2021; Fu et al., 2017)

2. Pamatojums

2.1. Rehabilitācijas definīcijas un mērķi.

Atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas definīcijai rehabilitācija ir pasākumu kopums, kas palīdz cilvēkam ar invaliditāti (nespēju) vai tās risku sasniegt vai uzturēt optimālu funkcionēšanu mijiedarbībā ar šī cilvēka vidi (*WHO, 2011*) Funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un dalību. (*PVO, 2003*)

Fizikālā un rehabilitācijas medicīna ir primāra medicīnas specialitāte, kas atbildīga par profilaksi, medicīnisko diagnozi, ārstēšanu un rehabilitācijas tehnoloģiju izmantošanu personām ar invaliditāti (nespēju) izraisošām slimībām un to blakusslimībām jebkurā vecumā. Šī specialitāte specifiski ir vērsta uz bojājumu un aktivitāšu ierobežojumu mazināšanu, lai uzlabotu personas fizisko un kognitīvo funkcionēšanu un līdzdalību (t. sk. dzīves kvalitāti), kā arī modificētu personālos un vides faktorus. (*European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018*)

2.2. Rehabilitācijas iznākumi

Funkcionēšanas traucējumu mazināšanās, tiem, kas saņēmuši rehabilitāciju, šo pacientu iekļaušanās sabiedrībā, atgriešanās darba tirgū un nākotnē – zemākas veselības aprūpes izmaksas. (*World Health Organization, 2019*)

2.3. Onkoloģiskās rehabilitācijas klasifikācija

Klasifikācija atbilstoši onkoloģisko pacientu fiziskām un individuālām vajadzībām, ko iedala četrās kategorijās: profilaktiskā, atjaunojošā, atbalstošā un paliatīvā (*Dietz, 1969; Silver et al., 2013; Okamura, 2011*)

(1) Profilaktiskā rehabilitācija jeb prehabilitācija

Vēža prehabilitācija ir nepārtrauktas aprūpes process, kas ilgst no vēža diagnozes noteikšanas līdz akūtās ārstēšanas sākumam, ietver fizisko un psiholoģisko novērtējumu, nosaka funkcionālo sākotnējo līmeni, identificē traucējumus kas ļauj plānot mērķtiecīgas intervences funkcionēšanas uzlabošanai. (*Silver et al. 2013*)

Iejaukšanās, kas mazinās sagaidāmo invaliditāti. Rehabilitācijas metodes, kas vērstas uz to, lai aizkavētu un mazinātu iespējamus funkcionālos ierobežojumus, kas var attīstīties audzēja ārstēšanas laikā. (*Chowdhury et al., 2020*)

(2) Atjaunojošā rehabilitācija

Iejaukšanās, kas vērsta uz to, lai atgrieztu pacientu iepriekšējos fiziskās, psiholoģiskās, sociālās un profesionālās darbības līmeņos. Līdz ar to tiek strādāts, lai palielinātu neatkarības līmeni un maksimāli atjaunotu funkcionēšanu pacientiem ar funkciju ierobežojumiem. (*Chowdhury et al., 2020*)

(3) Atbalsta rehabilitācija

Paredzēta, lai saglabātu pacienta esošo funkcionālo stāvokli ar jau esošiem ierobežojumiem, nespēju, tik ilgi cik iespējams, paredzot, ka tas lēnām pasliktināsies, slimībai progresējot. Ietver arī komplikāciju profilaksi (kontraktūru un izgulējumu profilakse, aizcietējumu, malnutrīciju, pneimoniju attīstības riska mazināšana) Funkcionēšanas uzlabojumi nav sagaidāmi. (*Chowdhury et al., 2020*)

(4) Paliatīvā rehabilitācija

Iedrošina pacientus arī terminālajā stadijā būt fiziski, psiholoģiski un sociāli pietiekami neatkarīgiem ikdienas aktivitātēs un ar augstu dzīves kvalitāti, vienlaikus ievērojot viņu vēlmes. Rehabilitācija šajā stadijā ir vērsta uz komplikāciju mazināšanu vai novēršanu, kā arī uz komfortu, atbalstu un ciešanu mazināšanu (*Silver et al., 2015*). Tiek strādāts, lai atvieglotu simptomus, piemēram, sāpes, aizdusu un mazinātu

tūsku, kā arī veiktu kontraktūru un izgulējumu profilaksi, izmantojot pozicionēšanu, elpošanas vingrojumus, relaksāciju vai rekomendētu atbilstošus tehniskos palīg līdzekļus ikdienas aktivitāšu atvieglošanai. Funkcionēšanas uzlabojumi nav sagaidāmi. (Chowdhury et al., 2020)

2.4 Dokumenta nepieciešamības pamatojums

Rehabilitācija ir viena no sešām galvenajām veselības stratēģijām. (Stucki & Bickenbach, 2017) Rehabilitācijai ir nozīmīga loma visos veselības aprūpes pakalpojumu līmeņos. Izšķir akūtās, subakūtās un ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumus, un atlase šo pakalpojumu saņemšanai būtu jāorganizē tā, lai nodrošinātu nepārtrauktību visu ārstēšanas laiku.

Rehabilitācijai ir svarīga loma visās medicīnas specialitātēs, tai skaitā onkoloģijas specialitātē. Latvijā līdz šim nav bijuši skaidri definēti atlases kritēriji medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu. Kritēriji ir nepieciešami, lai visas iedzīvotāju grupas, kurām nepieciešama medicīniskā rehabilitācija, saņemtu to pēc vienādiem nosacījumiem.

3. Mērķis

Izstrādāt rehabilitācijas kritērijus pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu, tādejādi uzlabojot veselības aprūpes profesionāļu un pacientu zināšanas par rehabilitācijas pakalpojuma daudzveidību un indikācijām.

4. Mērķa grupas

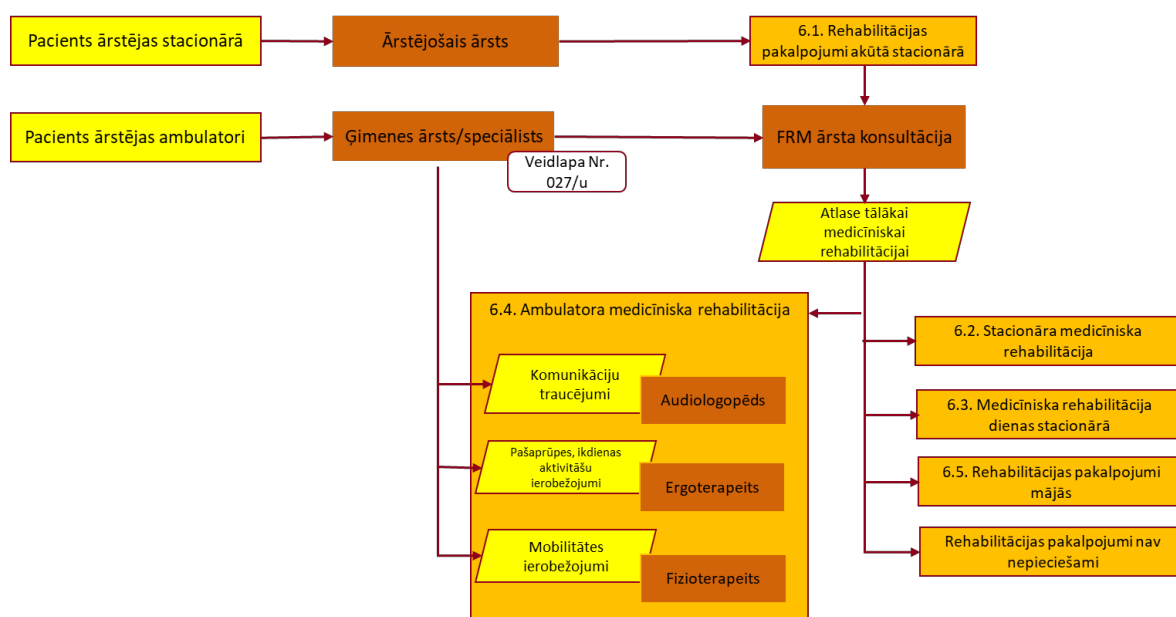
1. Ārsti speciālisti: fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti (FRMĀ), onkologi ķīmijterapieti, arodveselības un arodslimību ārsti, citi ārsti- speciālisti;
2. Ģimenes ārsti;
3. Funkcionālie speciālisti;

4. Medicīnas māsas un ārstniecības atbalsta personas;
5. Klīniskie un veselības psihologi.

5. Tvērums

Šīs rekomendācijas attiecas uz Valsts apmaksātu medicīnisko rehabilitāciju Latvijas medicīnas sistēmas ietvarā. Kārtību, kādā tiek nodrošināti medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi Latvijā, nosaka Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumi Nr. 555 “Veselības aprūpes un finansēšanas kārtība”.

6. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidi un sniegšanas kārtība



Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionēšanas ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu. (MK not. 555, 2018)

Pacients ar onkoloģisku saslimšanu var vērsties pie:

- Ģimenes ārsta vai ārsta speciālista;
- FRM ārsta ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu;

Ģimenes ārsts vai ārsts speciālists var nosūtīt pacientu līdz piecām reizēm pie funkcionālā speciālista, aizpildot veidlapu Nr. 027/u, ja:

- atbilstoši Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 punktam 104.4. ir noteikts funkcionēšanas ierobežojums vienā funkcionēšanas domēnā (komunikācija, pārvietošanās, pašaprūpe) atbilstoši SFK un ir paredzams, ka funkcionēšanas ierobežojums mazināsies apmeklējot funkcionālo speciālistu līdz piecām reizēm;
- ārstniecības iestādē/reģionā nav pieejams fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, tad funkcionālais speciālists var uzsākt rehabilitāciju ar ģimenes ārsta vai ārsta speciālista nosūtījumu.

Funkcionālais speciālists, atbilstoši savai kompetencei, novērtē pacientu pirms un pēc nodarbību uzsākšanas. Ja pēc piecām nodarbībām funkcionālā speciālista vadībā ir vērojama pozitīva dinamika un FS izvirzītie mērķi ir sasniegti, tad kursu neturpina. Ja mērķi nav sasniegti, vai arī, ja kurss netiek turpināts, jo mērķi sasniegti FS sniedz atgriezenisko saiti (veidlapa Nr. 027/u) par pacienta terapijas rezultātiem ģimenes ārstam vai ārstam speciālistam, kurš pacientu nosūtījis, un tas lemj par nosūtīšanu pie FRM ārsta rehabilitācijas pasākumu turpināšanai.

Ja pacientam ir funkcionēšanas ierobežojumi vismaz divos funkcionēšanas domēnos atbilstoši SFK, ģimenes ārsts vai ārsts speciālists nosūta pacientu pie FRM ārsta. Konsultācijā pie FRM ārsta, tiek vērtēts pacienta medicīniskais stāvoklis, motivācija medicīniskai rehabilitācijai, tāpat arī novērtēti pacienta funkcionēšanas ierobežojumi atbilstoši SFK, tādejādi nosakot atbilstošāko rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas veidu un ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, dienas stacionārā un stacionārā ārstniecības iestādē. (MK noteikumi Nr. 555)

Ja pacientam nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, pēc izrakstīšanās no stacionārās ārstniecības iestādes, tad:

- tiek piesaistīts FRM ārsts, kas atbilstoši MK not. Nr. 555 izstrādā rehabilitācijas plānu medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai;
- ja stacionārā nav FRM ārsta, tiek sniegta ārstējošā ārsta rekomendācija par turpmākas medicīniskās rehabilitācijas nepieciešamību, aprakstot stacionārā uzsākto rehabilitāciju.

Definīcijas un atlases kritēriji ir balstīti uz Eiropas Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas organizāciju apvienības (*European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance*) izstrādāto Balto grāmatu fizikālās un rehabilitācijas medicīnai Eiropā (*The White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe*). (*European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018*)

6.1 Rehabilitācija akūtās ārstniecības iestādē

6.1.1. Definīcija

Zemas vai mērenas intensitātes rehabilitācijai akūtās stacionēšanas laikā (0,5–1,5 h/dienā, mono-/multiprofesionāla komandas darba veidā), kur pacienta ārstējošais ārsts ir jebkuras specialitātes ārsts, izņemot FRM ārstu.

6.1.2. Uzdevumi

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

6.1.3. Iekļaušanas kritēriji

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

6.2. Stacionāra medicīniska rehabilitācija

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

Stacionāra medicīniska rehabilitācija ir multiprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums, ko organizē multidisciplināra komanda, kuras vadītājs un pacienta ārstējošais ārsts ir FRM ārsts, tad ietver dažādu funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar pacientu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas. Subakūtas medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums var būt ar mērenu intensitāti (2-3 h/dienā) vai augstu intensitāti (3-4 h/dienā) un tiek sniegts ar mērķi - komplikāciju profilakse, funkcionēšanas traucējumu mazināšana vai stabilizēšana personām laika periodā līdz 6 mēnešiem no akūtās ārstēšanas epizodes. *(Stacionārās subakūtās rehabilitācijas pakalpojumu, ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu/dinamiskās novērošanas un perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas un apmaksas nosacījumi 2020)*

Kritēriji pacientu atlasei stacionārai medicīniskai rehabilitācijai:

1. Pacients ar onkoloģisku saslimšanu ar vidējiem un smagiem funkcionēšanas traucējumiem, akūtā vai subakūtā ārstēšanas posmā, ir nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un aprūpe vai arī pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājās apstākļos, bet nav iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek sniegti rehabilitācijas pakalpojumi dienas stacionārā.
2. Pacientam ir nepieciešama multiprofesionāla rehabilitācija, pacientam ir funkcionēšanas ierobežojumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos atbilstoši SFK (piemēram, mobilitātes, pašaprūpes vai komunikācijas traucējumi).
3. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt un gūs labumu no rehabilitācijas kursa multiprofesionālas rehabilitācijas komandas uzraudzībā.
4. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).

5. Pacientam ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj plānot atgriešanos mājās pēc saprātīgas funkcionēšanas uzlabošanās (*Fu et al., 2017; Department of health and human & Services, 2012; NICE 2004; Metropolitan Borough Council, 2014*)

6.3. Medicīniska rehabilitācija dienas stacionārā

Medicīniska rehabilitācija dienas stacionārā ir mutiprofesionāls rehabilitācijas pakalpojums. Tas ir intensīvs (vismaz 2-4 stundas dienā) dažādu funkcionālo speciālistu individuālais darbs, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas.

Kritēriji pacientu atlasei medicīniskai rehabilitācijai dienas stacionārā:

1. Pacients ar onkoloģisku saslimšanu ar viegliem vai vidējiem funkcionēšanas traucējumiem, akūtā vai subakūtā vai hroniskā ārstēšanās posmā, nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.
2. Pacientam atbilstoši SFK ir funkcionēšanas traucējumi vismaz divos aktivitāšu līmeņos, ir nepieciešama multiprofesionāla rehabilitācija, ko nevar nodrošināt ar ambulatoro pakalpojumu, piemēram, klīniskā psihologa konsultācijas, uztura speciālista konsultācijas.
3. Pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājas apstākļos, vai pacientam ir pietiekams sociālais atbalsts, kas ļauj viņam dzīvot mājās, un viņam ir iespējams nokļūt līdz ārstniecības iestādei, kur tiek veikts šis pakalpojums.
4. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā vismaz divas stundas un ir motivēts to darīt, gūs labumu no rehabilitācijas kursa multiprofesionālas rehabilitācijas komandas uzraudzībā.
5. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).
6. Nav būtisku kognitīvo spēju traucējumu aktīvai dalībai rehabilitācijas procesā.

6.4. Ambulatora medicīniska rehabilitācija

Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz ambulatori vai stacionāri akūtas rehabilitācijas ietvaros. *(MK noteikumu Nr. 555, 108.punkts)*

Atlases kritēriji ambulatorai medicīniskai rehabilitācijai:

1. Pacients ar onkoloģisku saslimšanu ar viegliem vai vidējiem funkcionēšanas traucējumiem vienā funkcionēšanas domēnā, akūtā vai subakūtā vai hroniskā ārstēšanās posmā un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.
2. Pacientam atbilstoši SFK ir vismaz viens funkcionēšanas traucējums aktivitāšu līmenī.
3. Ir pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā, pacients gūs labumu no rehabilitācijas kursa.
4. Pacients ir pietiekami neatkarīgs, lai spētu par sevi parūpēties mājās apstākļos, un spēj nokļūt līdz ārstniecības iestādei (tai skaitā izmantojot tehniskos palīg līdzekļus), kur tiek veikts šis pakalpojums un aktīvi iesaistīties terapijas procesā, ir motivēts rehabilitācijai.
5. Nav būtisku kognitīvo spēju traucējumu aktīvai dalībai rehabilitācijas procesā. *(NICE 2004; Metropolitan Borough Council, 2014)*

6.5. Rehabilitācija mājās

Monoprofesionāls vai multiprofesionāls zemas intensitātes rehabilitācijas pakalpojums pacienta dzīvesvietā.

Rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanu mājās regulē 2018.gada 28. augusta Ministru kabineta noteikumi Nr. 555. Rehabilitācijas pakalpojumus sniedz sertificēts fizioterapeits, ergoterapeits vai audiologopēds, kam noslēgts ar NVD līgums par veselības aprūpes pakalpojuma – veselības aprūpe mājās – sniegšanu un apmaksu, ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu, kas izsniegts Noteikumu Nr. 555 3.11. nodaļā minētajā kārtībā un kam pievienots Noteikumu Nr.555 113. punktā

minētajā kārtībā izstrādāts medicīniskās rehabilitācijas plāns, kā arī iepriekš izvērtējot medicīniskās rehabilitācijas potenciālu. (MK. not. 2018)

Šobrīd noteikumi nosaka, ka medicīnisko rehabilitāciju mājās var saņemt pacienti ar diagnozi I60, I61, I63, I64, I69, T91.3. Darba grupa rosina papildināt šo noteikumu 46.punktu ar apakšpunktu: personai ar onkoloģisku saslimšanu nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi un to sniegšana uzsākta triju mēnešu laikā pēc onkoloģiskās terapijas uzsākšanas un pacientam ir mēreni vai smagi funkcionēšanas traucējumi vairākos domēnos (pārvietošanās, pašaprūpe, komunikācija). (MK. not. 2018)

Atlases kritēriji rehabilitācijai mājās:

1. Pacientam ir akūta nespēja / invaliditāte un nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā aprūpe.
2. Pacients ir spējīgs iesaistīties terapijas procesā un ir motivēts to darīt.
3. Akūtās ārstniecības procesā ir bijis progress vai ir citi pierādījumi par rehabilitācijas rezultātā gaidāmiem funkcionēšanas uzlabojumiem saprātīgā laika periodā (ir pietiekošs rehabilitācijas potenciāls).
4. Ir skaidri definēti rehabilitācijas mērķi konkrētajam ārstēšanās posmam.
5. Nav smagu kognitīvu traucējumu.

Pacientam ir pārvietošanās traucējumi un zema fiziskās slodzes tolerance (tādēļ ir ierobežota aktīva rehabilitācija), kas neļauj rehabilitācijas pakalpojumus saņemt citā veidā.

7. Rehabilitācijas intervencu izvēles ietekmējošie veselības stāvokļi

Nekontrolēta/ nestabila stenokardija.

Jauna un / vai nekontrolēta aritmija.

Akūta/nekontrolēta psihiatrija

Nekontrolēta tahikardija miera stāvoklī > vai + 100 sitieni min.

Izteikti kognitīvi traucējumi, pacienta nespēja aktīvi sadarboties ar ārstu un funkcionālo speciālistu.

Akūta sirds mazspēja

Asiņošana vai tās iespējamība.

Aktīva plaušu tuberkuloze.

Audzēja progresija, termināls stāvoklis,

Akūta cerebrovaskulāra saslimšana.

Nesadzijušas ķirurģiskās rētas.

Miera stāvoklī sistoliskais arteriālais asinsspiediens ir > vai = ar 180 mmHg staba un/ vai diastoliskais spiediens > vai = ar 100 mmHg staba.

Nekontrolēta hipertensija (diastoliskais spiediens >95 mm Hg).

Ja ir urīnpūšļa, zarnu, urīzvadu, asinsvadu, muguras smadzeņu kompresija.

Hroniska sirds mazspēja IV f.kl.

Simptomātiska hipotensija (pacients piedzīvo nozīmīgu asinsspiediena krišanos vingrinājumu laikā).

Metastāzes smadzenēs vai kaulos.

Neitropēnija

Saslimšana ar paaugstinātu febrilu temperatūru.

Akūtas pēdu problēmas-trofiskās čūlas, izgulējumi.

Hemoglobīns zemāks par 7.5 g/L, trombocīti mazāk kā 20,000, leukocīti mazāk kā 3,000

(Metropolitan Borough Council, 2014; DeLisa; et al., 2010; Adamsen et al., 2009; Stout et al., 2021, Wagner & Cella, 2004).

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts īsteno medicīniskās rehabilitācijas dinamisko novērošanu atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555. *(MK not., 2018)*

8. Literatūras saraksts

Adamsen, L., Quist, M., Andersen, C., Møller, T., Herrstedt, J., Kronborg, D., Baadsgaard, M. T., Vistisen, K., Midtgaard, J., Christiansen, B., Stage, M., Kronborg, M. T., & Rørth, M. (2009). Effect of a multimodal high intensity exercise intervention in cancer patients undergoing chemotherapy: randomised controlled trial. *BMJ*, *339*, b3410. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3410>

Chowdhury, R. A., Brennan, F. P., & Gardiner, M. D. (2020). Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(6), 1239–1252. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.030>

DeLisa, J. A., Gans, B. M., Walsh, N. E., Robinson, L. R., & Basford, J. (2010). *DeLisa's Physical medicine & rehabilitation : principles and practice*.

Dietz, J. H. J. (1969). Rehabilitation of the cancer patient. *The Medical Clinics of North America*, *53*(3), 607–624.

European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. (2018). White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. In *European journal of physical and rehabilitation medicine* (Vol. 54, Issue 2). <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05144-4>

Fu, J. B., Raj, V. S., & Guo, Y. (2017). A Guide to Inpatient Cancer Rehabilitation: Focusing on Patient Selection and Evidence-Based Outcomes. *PM and R*, *9*(9), S324–S334. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.04.017>

Metropolitan Borough Council. (2014). *Cancer Rehabilitation Exercise Scheme Health Professionals Information. September*.

Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība, 176 (2018).

Okamura, H. (2011). Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *41*(6), 733–738. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyr061>

Pasaules Veselības Organizācija. (2003). *Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija*.

Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.-2020.gadam. (2020).

Silver, J. K., Baima, J., & Mayer, R. S. (2013). Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(5), 295–317. <https://doi.org/10.3322/caac.21186>

Silver JK, 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. doi: 10.1097/PHM.0b013e31829b4afe. PMID: 23756434.

Silver, J. K., Stout, N. L., Fu, J. B., Pratt-Chapman, M., Haylock, P. J., & Sharma, R. (2018). The State of Cancer Rehabilitation in the United States. *Journal of Cancer Rehabilitation*, 1, 1–8.

Stacionārās subakūtās rehabilitācijas pakalpojumu, ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumu/dinamiskās novērošanas un perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas un apmaksas nosacījumi 7. pielikums (2020).

Stout, N. L., Santa Mina, D., Lyons, K. D., Robb, K., & Silver, J. K. (2021). A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(2), 149–175. <https://doi.org/10.3322/caac.21639>

Stucki, G., & Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), 134–138. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>

Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plāns 2022.–2024. gadam. (2021).

World Health Organization. (2019). Rehabilitation in health systems Guide for Action. *World Health Organization*, 63. [https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en/#:~:text=The Rehabilitation in health systems%3A a guide for action,period of the strategic plan%2C around 5 years.](https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en/#:~:text=The%20Rehabilitation%20in%20health%20systems%3A%20a%20guide%20for%20action,period%20of%20the%20strategic%20plan%20around%205%20years.)

World Health Organization (WHO). (2011). *WORLD REPORT ON DISABILITY*.