



## **PACIENTU AR ONKOLOĢISKĀM SLIMĪBĀM REHABILITĀCIJAS PAMATPRINCIPI**

**Klīniski metodiskās vadības projekta uzdevums** 2024. gadā Nr. 3.9.1. Pamatprincipu izstrāde onkoloģisko pacientu rehabilitācijai kā neatņemamai sastāvdaļai integratīvā veselības aprūpes modelī, definējot rehabilitācijas speciālistu (FRM ārsti, funkcionālie speciālisti) iesaisti uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas, primārās terapijas laikā, pēc primārās terapijas, ilgtermiņā, iekļaujot rehabilitācijas speciālistu komandā, kas veido onkoloģiskās ārstēšanas un aprūpes plānu.

**Klīniski metodiskās vadības darba grupa:** fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstes Anna Bardavska, Uljana Matvejeva un Dana Sviķe, onkoloģe-ķīmijterapeite Līga Keiša-Ķirse, audiologopēde, asist. Līga Savicka, ergoterapeite Krista Zalcmāne, fizioterapeite Dace Stirāne.

2024. gada 1. decembris

## Saturs

1.	Izstrādātā darba mērķis .....	3
2.	Personas ar onkoloģisku slimību raksturojums uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas.	3
2.1.	Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas .....	4
2.2.	Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģiskām slimībām uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas.....	5
3.	Pacientu ar onkoloģisku slimību raksturojums primārās terapijas laikā.....	10
3.1.	Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību primārās terapijas laikā.....	10
3.2.	Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģiskām slimībām primārās terapijas laikā.....	11
4.	Pacienta ar onkoloģisku slimību raksturojums pēc primārās terapijas.....	15
4.1.	Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību pēc primārās terapijas .....	16
4.2.	Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģiskām slimībām pēc primārās terapijas .....	17
5.	Pacienta ar onkoloģisku slimību raksturojums ilgtermiņā .....	20
5.1.	Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību ilgtermiņā ..	21
5.2.	Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģisku slimību ilgtermiņā .....	21
6.	Tehnisko palīgīdzekļu piešķiršana pacientiem ar onkoloģisku slimību .....	23
7.	Paliatīvā aprūpe pacientiem ar onkoloģisko slimību .....	26
8.	Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas pamatkopas .	28
8.1.	Visaptverošā SFK pamatkopa Galvas un kakla audzējam .....	29
8.2.	Visaptverošā SFK pamatkopa Krūts audzējam.....	34
9.	Literatūras saraksts .....	39
	Pielikums Nr.1.....	44

## 1. Izstrādātā darba mērķis

Izstrādāt pamatprincipus onkoloģisko pacientu rehabilitācijai, kā neatņemamai sastāvdaļai integratīvā veselības aprūpes modelī, sadalot tos 4 posmos – uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas, primārās terapijas laikā, pēc primārās terapijas un ilgtermiņā. Definēt rehabilitācijas speciālistu (FRM ārsti, funkcionālie speciālisti) iesaisti šajos posmos, iekļaujot rehabilitācijas speciālistus komandā, kas veido onkoloģiskās ārstēšanas un aprūpes plānu.

Šis dokuments skatāms kontekstā ar NVD'' Klīniski metodiskās vadības darba grupas'' izstrādāto materiālu '' Rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanas iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu''.

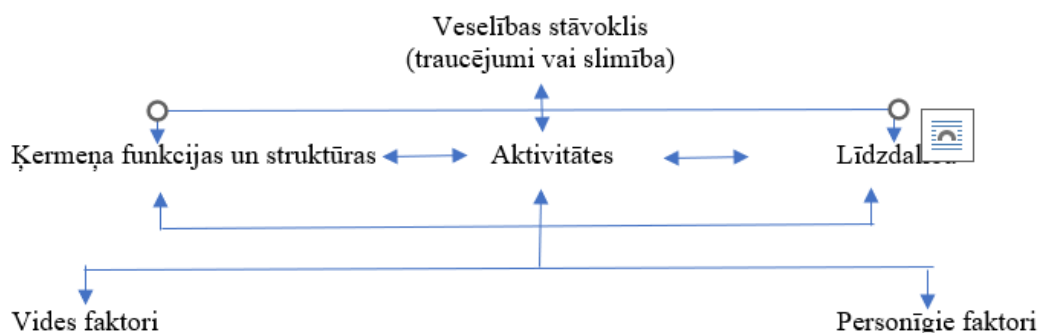
## 2. Personas ar onkoloģisku slimību raksturojums uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas

Audzēja izplatība pēdējo gadu laikā pieaug un ir viena no invaliditāti radošu slimību grupām visā pasaulē. Pateicoties agrīnai audzēja atklāšanai un ārstēšanai, kā arī nodrošinot rehabilitāciju ārstēšanas laikā, pacienti dzīvo kvalitatīvāku un ilgāku laiku pēc diagnozes noteikšanas. (*Hellbom et al., 2011*)

2024.g. 1. novembrī stājusies spēkā Veselības ministrijas NVD izstrādāta veidlapa ''Konsīlija slēdziena noformēšanas nosacījumi pacientam ar pirmreizēji diagnosticētu onkoloģisko slimību vai ar diagnosticētu onkoloģiskās slimības recidīvu''(pielikums Nr.1. ). Pacientam nosakot ļaundabīga audzēja diagnozi, jānosaka diagnozes stadija pēc TNM klasifikācijas, kā arī histoloģiskā audzēja verifikācija, jo no tā ir atkarīga tālākā terapijas taktika – vai būs iespējama radikāla terapija – **izārstēt audzēju** - operācija vai kombinēta terapija – operācija, staru vai ķīmijterapija un /vai mērķterapija, hormonterapija vai **pacients saņems paliatīvu terapiju vai tiks nozīmēta paliatīva aprūpe**. Konsīlijā piedalās rehabilitācijas speciālists, kas novērtē pacientu pēc SFK, nosakot prognozējamās funkcionēšanas traucējumus un sniedz rekomendācijas to mazināšanai. Nepieciešamības gadījumā pacientu novirza atbilstoša rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai. Izvērtējot pacientu pēc SFK jārēķinās arī ar

pacienta kontekstuālajiem faktoriem - personīgiem faktoriem un vides faktoriem (skatīt attēlā Nr. 1).

Attēls Nr. 1 Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas biopsihosociālais modelis (SKF, 2001)



Neatkarīgi no pacienta audzēja stadijas, jānovērtē pacienta blakusslimības, kas var ietekmēt pacienta funkcionālo stāvokli, kā arī nozīmēto tālāko terapiju. (*National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 2010*)

## 2.1. Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas

Prehabilitācija ir nepārtraukts aprūpes process, kas ilgst no audzēja diagnozes noteikšanas līdz akūtās ārstēšanas sākumam. Tā parasti sākas ar sākotnējo novērtējumu, lai noteiktu funkcionēšanas traucējumus. Ja tādi pastāv, jāapsver rehabilitācijas speciālistu iesaiste. Ja traucējumi netiek identificēti, mērķis ir novērst vai ierobežot turpmākus traucējumus, īpaši koncentrējoties uz tiem, kas var rasties onkoloģiskās saslimšanas ārstēšanas laikā. Rehabilitācijas speciālistu iesaiste var tikt apsvērta pirms praktiski jebkura veida onkoloģiskās saslimšanas ārstēšanas. (*Silver et al., 2013*)

Biežākie funkcionēšanas traucējumi prehabilitācijas posmā:

- 1) nogurums;
- 2) sāpes;
- 3) zema slodzes tolerance;
- 4) miega traucējumi;

- 5) elpošanas funkcijas traucējumi;
- 6) kuņģa-zarnu trakta darbības traucējumi;
- 7) uroģenitālo un reproduktīvo funkciju traucējumi;
- 8) locītavu kustību traucējumi;
- 9) kognitīvie traucējumi;
- 10) līdzsvara traucējumi;
- 11) gaitas, pozu maiņas traucējumi;
- 12) balss un runas funkcijas traucējumi;
- 13) barības uzņemšanas funkciju traucējumi, tajā skaitā rīšanas traucējumi;
- 14) muskuļu funkciju traucējumi;
- 15) psihosociālā disfunkcija;
- 16) grūtības veikt pašaprūpes aktivitātes;
- 17) grūtības pildīt ikdienas mājas soli. (*Rick et al., 2017; Gilchrist et al., 2009; Stout et al., 2021; World Health Organization, 2017a; World Health Organization, 2017b*)

## **2.2. Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģiskām slimībām uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas**

Prehabilitācija personām ar onkoloģisku saslimšanu ir definēta kā aprūpes process laika posmā starp diagnozes noteikšanu un akūtas ārstēšanas sākumu. Tās laikā ārstējošais ārsts onkologs komandā ar ģimenes ārstu un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu veic pacientu fizisko un psihoemocionālo spēju novērtējumu, lai identificētu esošos funkcionēšanas ierobežojumus un nodrošinātu mērķtiecīgus pasākumus pacienta veselības saglabāšanai, kā arī, lai mazinātu esošo un prognozējamo traucējumu smagumu. FRM ārsts var lemt par pacientam piemēroto rehabilitācijas veidu – ambulatoro vai stacionāro, ņemot vērā MK noteikumu Nr.555 punktu 3.11. Medicīniskā rehabilitācija, ar mērķi mazināt prognozējamās funkcionēšanas traucējumus.

Tiek piesaistīti funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi, uztura speciālisti), kā arī citi ārstēšanas procesā iesaistītie speciālisti (piemēram, klīniskie un veselības psihologi), kas atbilstoši savām

kompetencēm tiek aicināti veikt personu ar onkoloģisku saslimšanu funkcionēšanas traucējumu noteikšanu un to progresēšanas paredzēšanu nākotnē uzreiz pēc diagnozes noteikšanas, kā arī plānot un regulāri veikt atkārtotu novērtēšanu, lai uzstādītu personas esošajam veselības stāvoklim atbilstošus terapijas mērķus un izvēlētos piemērotas intervences šo mērķu sasniegšanai. (*Silver et al., 2013*)

Funkcionālo speciālistu uzdevumi strādājot ar personām ar onkoloģisku saslimšanu uzreiz pēc diagnozes uzstādīšanas (līdz tiek uzsākts primārais onkoloģiskās saslimšanas ārstēšanas etaps (operācija, ķīmijterapija, staru terapija u.c.)), ir:

- nodrošināt informācijas pieejamību par saslimšanu un iespējamo atbalstu;
- veicināt veselīgu dzīvesveidu;
- uzturēt un uzlabot funkcionēšanas un psihoemocionālo stāvokli atbilstoši savām kompetencēm un iespējām.

Sagaidāmie rezultāti, kurus iespējams panākt, ja tiek organizēta un nodrošināta nepieciešamo funkcionālo speciālistu iesaiste personu rehabilitācijā vēl pirms onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas ir:

- informētība par saslimšanu un iespējām mazināt slimības un ārstēšanas radītās sekas;
- zināšanas par sabalansēta uztura rekomendācijām, piemērotām aktivitātēm un pašregulācijas tehnikām;
- prasmes un spējas izmantot savus dotumus (*capacity*), lai uzlabotu savu veiktspēju (*performance*), zināšanas un iemaņas pielietot pašregulācijas tehnikas.

Tā, piemēram, ir pierādīts, ka fiziskās aktivitātes pacientiem, kuriem ir diagnosticēta onkoloģiska saslimšana ir drošas, pieņemamas un efektīvas visos ārstēšanas posmos (gan onkoloģiskās diagnozes atklāšanas brīdī, gan pēc izārstēšanas). Zinātniskajos pētījumos ir pierādījumi, kas liecina par fizisko aktivitāšu labvēlīgo ietekmi uz ar veselību saistītiem radītājiem – ilgāku dzīvildzi, samazinātu nogurumu, sirds-asinsvadu un kustību-balsta sistēmas funkciju uzlabošanu, veicinot fizisku funkcionēšanu un labāku dzīves kvalitāti. (*Schmitz et al., 2019; Stout et al., 2017; Hayes et al., 2019*) Daudzveidīgas rehabilitācijas programmas galvenās sastāvdaļas ir

(sirds un asinsvadu) aerobie un spēka treniņi, vadīts uzturs, psiholoģisks atbalsts un zāļu lietošanas optimizācija. (Moore et al., 2021)

Tiek uzskatīts, ka prehabilitācija ir iekļaušanās, kas ļauj personām ar onkoloģisku saslimšanu uzlabot savu fizisko un psihisko veselību, pašsajūtu vēl pirms primārās ārstēšanas uzsākšanas. (Macmillan et al., 2019; Silver & Baima, 2013). Tā piemēram, personām ar onkoloģisku saslimšanu, kurām kā primārā onkoloģiskās ārstēšanas metode ir plānota ķirurģiska iekļaušanās, prehabilitācija var uzlabot funkcionālās spējas ilgākā laika posmā, jo samazina komplikāciju risku pēc ķirurģiskās iekļaušanās, stacionārā pavadīto dienu skaitu, sekmē fizisko un psihisko veselību, tādējādi uzlabojot dzīves kvalitāti. (Macmillan et al., 2019; Michael et al., 2021; Steffens et al., 2019; Waterland et al., 2021)

Prehabilitācijas vingrinājumu programmas, kas sastāv no aerobiem un/vai spēka treniņiem, izpildītas regulāri vismaz divu nedēļu laika posmā pirms plānotās ķirurģiskās operācijas dod pozitīvus rezultātus veselības saglabāšanā un uzlabošanā personām ar plānotu ķirurģisku ārstēšanu. (Chou et al., 2018)

Zinātniskajā literatūrā ir atrodami pārlicinoši pierādījumi, ka fizioterapeiti var piedāvāt un nodrošināt individuāli pielāgotas un drošas vingrojumu programmas, tostarp atbilstošas fizisko aktivitāšu programmas pacientiem ar specifiskām kontraindikācijām vingrošanai, piemēram, noteiktiem onkoloģisko saslimšanu veidiem (piem., primārs audzējs vai metastāzes kaulos) vai samazinoties asins šūnu skaitam pēc ķīmijterapijas. (Palma et al., 2021; Lukez & Baima, 2020)

Trauksmi pirms krūts vēža plānotās operācijas izjūt vismaz viena trešā daļa sieviešu. Emocionālais stāvoklis pirms operācijas, ietekmē arī emocionālo stāvokli pēc operācijas, kas vēlāk var ietekmēt komplikāciju attīstību, hronisko sāpju attīstību un uzturēšanās ilgumu slimnīcā. (Fortin et al., 2021; Hirst et al., 2023). Psihologs un klīniskais psihologs ir tie speciālisti, kas sniedz psiholoģisku atbalstu pacientiem ar onkoloģiju, apmāca relaksācijas tehnikām un nepieciešamības gadījumā novirza pacientu pie ārsts psihoterapeita vai psihiatra.

Nepietiekama uzturvielu uzsūkšanās, rīšanas traucējumi, ir bieži sastopami onkoloģiskiem pacientiem un var radīt augstu malnutrīcijas risku, kas ir saistīts ar vairāk nekā divas reizes lielāku pēcoperācijas komplikācijas iespējamību un sliktāku dzīvildzi. (Zang et al., 2023). Uztura speciālists izmanto dažādus rīkus, lai izvērtētu

malnutricijas risku, pielāgo papilduzturu, konsultē par sabalansētu uzturu, lai nodrošinātu pacientam nepieciešamo kaloriju daudzumu un olbaltumvielu daudzumu dienā.

Neskatoties uz centieniem uzsākt prehabilitāciju jau gadījumos, kad ir radušās aizdomas par galvas un kakla audzēju, literatūra liecina, ka diagnostikas fāzē ir neizmantoti laika logi, proti, gaidīšanas periods līdz augšējo elpceļu un barības vada izmeklējumam vispārējā anestēzijā (endoskopija) vai laiks, kas nepieciešams primārās terapijas plānošanai (Vester et al, 2023). Saskaņā ar pētījuma datiem tikai aptuveni 15% audiologopēdu jau pirms ārstēšanas uzsākšanas nodrošina intervences runas traucējumiem, bet 24% speciālistu - rīšanas traucējumiem (Blyth et al., 2024). Visbiežāk veidojas aptuveni divu līdz četru nedēļu periods, kad varētu realizēt mērķtiecīgu prehabilitāciju, neaizkavējot primāro terapiju (Vester et al., 2023).

Audiologopēdam šajā laika posmā būtu svarīgi identificēt kritiskus un prognostiskus rīšanas traucējumus, jo vairāk nekā pusei pacientu ar galvas un kakla audzējiem kādā ārstēšanās posmā būs sastopama disfāģija. Apakšgrupās, īpaši pacientiem ar orofaringeālām karcinomām, rīšanas traucējumi vērojami līdz pat 80% pacientu. Pētījumi uzrāda labākus rezultātus pacientiem ar galvas un kakla audzēju, ja disfāģijas terapija tiek uzsākta pirms staru terapijas vai tās laikā. Profilaktiski rīšanas vingrinājumi (mēles muskuļu spēkam un aktīvo kustību amplitūdai, lūpu muskuļu aktīvo kustību amplitūdai, žokļa aktīvo kustību amplitūdai, uzbalseņa kustīgumam) un rīšanas manevru apgūšana audiologopēda vadībā var mazināt disfāģijas komplikāciju attīstības risku primārās ārstēšanas laikā (Vester et al., 2023).

Tāpat būtiskas ir arī kompensatorās stratēģijas, kas maina rīšanas fizioloģiju; palīdz kontrolēt bolusa virzību norīšanas brīdī un mazināt vai pilnīgi novērst aspirāciju. Daži kompensatoro stratēģiju piemēri ar pierādītu efektivitāti pacientiem ar galvas un kakla audzēju ir kompensatorās pozas, bolusa izmēra un konsistences pielāgošana. Pētījumos iegūtie dati demonstrē, ka kompensatorās pozas, piemēram, galvas pieliekšana, zoda noliekšana un citas, ir efektīvas aspirācijas mazināšanā 81% gadījumos. Arī bolusa izmēra un konsistences pielāgošana ir efektīva aspirācijas mazināšanā, taču Logemana pētījumi apraksta noteiktu diētas konsistenču izslēgšanu no pacienta uztura kā pēdējo ieteicamo intervences izvēli. Diētas konsistenču izslēgšana no uztura var pacientam būt gan fiziski, gan emocionāli sarežģīta un var arī atstāt ietekmi uz pacienta barojumu.



Tāpēc bolusa konsistences modifikācijas un konsistenču izslēgšana būtu ieteicama gadījumos, kad citas kompensatorās stratēģijas nav demonstrējušas pietiekamu efektivitāti vai tās nav iespējams praktiski pielietot (Mittal et al., 2003).

Pētījumi ar pacientiem, kuriem plānots veikt totālu laringektomiju rāda, ka jau preoperatīvi nozīmīgas ir arī izglītojošas audiologopēda konsultācijas, jo tās pozitīvi ietekmē pacienta psiholoģisko stāvokli un gatavību operācijai. Konsultācijas var mazināt ciešanas, skumjas un paredzamo trauksmi, kas izriet no neziņas par pēcooperācijas posmu. Šāda veida konsultācijas veicina arī emocionālo adaptāciju, padarot pacientus spējīgākus gan iesaistīties terapijas un rehabilitācijas procesā, gan arī pieņemt radušos funkcionēšanas ierobežojumus (Longobardi et al., 2021).

Ergoterapija palīdz pacientiem risināt ar dzīves kvalitāti saistītās problēmas, efektīvi pārvaldīt stresu un trauksmi, kas saistīta ar slimības diagnostiku, ārstēšanu un atveseļošanos, vienlaikus veicinot atgriešanos pie iepriekšējām vai pielāgotām ikdienas aktivitātēm. Kā daļa no multidisciplinārās komandas, ergoterapeits strādā ar pacientu definējot mērķus, kas nozīmīgi ietekmē dzīves kvalitāti jau pirms diagnozes noteikšanas. Prehabilitācijas procesā ergoterapeits iegūst informāciju par pacienta darba vēsturi un izprot pacienta stāvokli, dzīves lomas un vērtības. Pacientam var būt bažas par lomām un pienākumiem, kurus viņi nespēs izpildīt ārstēšanas laikā. Ja nepieciešams, tad var sadarboties ar sociālo darbinieku vai klīnisko psihologu, lai šīs problēmas risinātu vispusīgāk (Park et al., 2018).

Pacientiem var būt nepieciešama ergoterapeita palīdzība, lai jau savlaicīgi noteiktu reālus mērķus attiecībā uz veikspējas izmaiņām ārstēšanas laikā un pēc tās. Pirms ārstēšanas uzsākšanas, tās laikā un pēc tās pacients ir jāizglīto par miega higiēnu un enerģijas taupīšanas pamatprincipiem. Citas noderīgas stratēģijas ietver noguruma līmeņa uzraudzību ārstēšanas laikā un pārdomātu ikdienas aktivitāšu strukturēšanu, lai maksimāli palielinātu līdzdalību, vienlaikus izvairoties no pārslodzes (Park et al., 2018).

Visi rehabilitācijas pasākumi šajā etapā tiek organizēti ņemot vērā MK noteikumu Nr.555 punktu 3.11. Medicīniskā rehabilitācija.

### 3. Pacientu ar onkoloģisku slimību raksturojums primārās terapijas laikā

Atkarībā no audzēja lokalizācijas, stadijas, histoloģiskā veida, pacienta vispārējā stāvokļa, ņemot vērā pacienta blakussaslimšanas, pacienta vēlēšanos, nozīmēta var būt operācija, staru terapija, ķīmijterapija, mērķterapija, hormonterapija, katra metode atsevišķi vai kombinācijā pēc konsīlija lēmuma. (*National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 2010*)

Pacientiem blaknes var novērot tūlīt pēc uzsāktās terapijas, dažu stundu vai dienu laikā pēc terapijas vai arī vēlīni - nedēļas vai mēnešus pēc saņemtās terapijas, kas atkarīgs no pacienta organisma fizioloģijas un bioloģijas. Kā piemēram var būt sāpes pēc operācijas, neitropēnija pēc ķīmijterapijas, tas var būt risks infekcijas attīstībai, ādas, gļotādu izmaiņas pēc staru terapijas, kā arī garastāvokļa izmaiņas, trauksme, miega traucējumi un citas sūdzības.

Terapijas rezultātā būtu svarīgi ievērot visus cilvēku ietekmējošos faktorus – fizisko simptomu novēršana pēc vajadzības ar medikamentiem, uzturu, sociālo jautājumu risināšana, garīgo, **psihoemocionālo problēmu risināšana**, kā arī fiziskās aktivitātes saglabāšana, veicinot neatkarību ikdienas aktivitātēs un saglabājot pacienta dzīves kvalitāti. (*Hellbom et al., 2011; Montagnini & Noelle Marie, 2022; National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 2010*)

#### 3.1. Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību primārās terapijas laikā

Onkoloģisku saslimšanu ārstēšanas laikā rehabilitācijas speciālistu iesaiste var būt noderīga, lai novērstu paredzamo dzīves kvalitātes samazināšanos saistībā ar slimības un ārstēšanas blakusparādībām.

Biežākie funkcionēšanas traucējumi onkoloģisku saslimšanu primārās terapijas laikā:

- 1) nogurums;
- 2) sāpes;
- 3) zema slodzes tolerance;

- 4) miega traucējumi;
- 5) elpošanas funkcijas traucējumi;
- 6) kuņģa-zarnu trakta darbības traucējumi;
- 7) uroģenitālo un reproduktīvo funkciju traucējumi;
- 8) locītavu kustību traucējumi;
- 9) kognitīvie traucējumi, tajā skaitā ķīmijterapijas izraisīta kognitīvā disfunkcija;
- 10) līdzsvara traucējumi;
- 11) gaitas, pozu maiņas traucējumi;
- 12) balss un runas funkcijas traucējumi;
- 13) barības uzņemšanas funkciju traucējumi, tajā skaitā rīšanas traucējumi;
- 14) muskuļu funkciju traucējumi;
- 15) psihosociālā disfunkcija;
- 16) grūtības veikt pašaprūpes aktivitātes;
- 17) grūtības pildīt ikdienas mājas soli;
- 18) ķīmijterapijas izraisīta perifēra neiropātija, kas izraisa taustes, proprioceptīvo un motoro funkciju traucējumus.

*(Rick et al., 2017)(Gilchrist et al., 2009)(Stout et al., 2021)(World Health Organization, 2017a)(World Health Organization, 2017b)*

### **3.2. Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģiskām slimībām primārās terapijas laikā**

Šajā etapā ārstējošais ārsts ir onkologs, ciešā sadarbībā ar ģimene ārstu un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu. FRM ārsts izvērtējot pacienta funkcionēšanas traucējumus un to smagumu, pacienta motivāciju un arī prognozējamo dzīvildzi lemj par pacientam piemēroto rehabilitācijas veidu – ambulatoro vai stacionāro, ņemot vērā MK noteikumu Nr.555 punktu 3.11. Medicīniskā rehabilitācija.

Rehabilitācijas procesam piesaistītie funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi un uztura speciālisti) ir tās ārstniecības personas, kas personām ar onkoloģisku saslimšanu primārās ārstēšanas laikā sekmē adaptācijas spējas. Funkcionālo speciālistu uzdevumi strādājot ar personām ar onkoloģisku saslimšanu primārās terapijas laikā (līdz pacients ir pabeidzis dzīvību

glābjošo ārstēšanu (operācija, ķīmijterapija, staru terapija u.c.)), lai uzlabotu pacienta līdzestību un pārvarēšanas stratēģijas ārstēšanas aktīvajā posmā ir:

- nodrošināt informācijas pieejamību par saslimšanu un iespējamo atbalstu;
- veicināt veselīgu dzīvesveidu;
- uzturēt un uzlabot funkcionēšanas un psihoemocionālo stāvokli atbilstoši savām kompetencēm un iespējām.

Sagaidāmie rezultāti, kurus iespējams panākt, ja tiek organizēta un nodrošināta nepieciešamo funkcionālo speciālistu iesaiste personu rehabilitācijā onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas laikā:

- informētība par saslimšanu un iespējām mazināt slimības un ārstēšanas radītās sekas;
- zināšanas par sabalansēta uztura rekomendācijām, piemērotām aktivitātēm un pašregulācijas tehnikām;
- prasmes un spējas izmantot savus dotumus (*capacity*), lai uzlabotu savu veiktspēju (*performance*), zināšanas un iemaņas pielietot pašregulācijas tehnikas.

Audzēja ārstēšanas mainīgā un dinamiskā rakstura dēļ ir nepieciešams veikt regulārus pacienta funkcionālā stāvokļa novērtējumus ārstēšanas laikā, lai pārvaldītu iespējamās blakusparādības un mazinātu to attīstības riskus. (*Stout et al., 2019; Neo et al., 2017*)

Pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu primārās ārstēšanas laikā un pēc tās noslēgšanas ir izveidotas vingrojumu vadlīnijas, tomēr svarīgi izveidot individualizētu vingrojumu programmu katram pacientam, lai pacienti varētu efektīvi un precīzi ievērot izveidotās vadlīnijas, atbilstoši savām vajadzībām.

Vingrojumu pozitīvā ietekme ir pārliecinoši pierādīta, lai mazinātu trauksmi, depresijas simptomus, nogurumu, uzlabotu ar veselību saistīto dzīves kvalitāti, mazinātu limfedēmu un atjaunotu fiziskās funkcijas. Vidēja līmeņa pierādījumi par vingrojumu nozīmi pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām ir kaulu veselības un miega pārvaldībā. (*Campbell et al., 2019*)

Fizioterapeitiem ir svarīga loma augsta riska pacientu vingrojumu pārraudzībā, kuriem ir ar skeleta sistēmas funkciju saistīts komplikāciju risks, tiem, kuri tiek ārstēti

ar neirotoksisku ķīmijterapiju un tiem, kuri saņem ārstēšanu, kas rada lielāku sirds un asinsvadu sistēmas slimību risku. (*Schmitz, 2020*)

Pacientiem, kuru ārstēšanā tiek izmantotas metodes ar augstu komplikāciju risku, kas var negatīvi ietekmēt funkcionālo stāvokli, būtu vēlams visaptverošs fizioterapeita novērtējums (asinsrites un elpošanas sistēmas funkciju novērtējums, muskuļu spēka un tonusa novērtējums, izturības novērtējums, ķermeņa uzbūves/kompozīcijas novērtējums), kas ļautu individualizēt vingrojumu kompleksus, vērsot tos uz specifiskām problēmām. Fizioterapeiti ir apmācīti, lai veiktu detalizētus novērtējumus un pārzina izplatītākās audzēja ārstēšanas metodes, blakusparādības un simptomus, ko katrs no ārstēšanas veidiem var izraisīt, kā arī pārzina ārstēšanas ietekmi uz slodzes toleranci. (*Campbell et al., 2019*).

Ergoterapeiti nodrošina plašu intervenču klāstu onkoloģiskajiem pacientiem primārās ārstēšanas laikā, visbiežāk koncentrējoties uz fizisko traucējumu mazināšanu (vispārēju vājumu, nogurumu, sāpēm u.c.), ierobežojumu mazināšanu ikdienas aktivitātēs, un dzīves kvalitātes uzlabošanu (*Stein Duker et al., 2018.*). Aptuveni vienai no piecām sievietēm pēc krūts audzēja operācijas attīstās ekstremitāšu limfostāze, pierādīta terapija ir kompresijas apgērbs, tā pielāgošanu veic tehniskais ortopēds kopā ar fizioterapeitu, ergoterapeitu vai ārstējošo ārstu (*Muñoz-Alcaraz et al., 2020*). Uz pierādījumiem balstīta limfedēmas terapija ietver: manuālu limfodrenāžu (t.i., limfodrenāžas masāžu), kompresijas saītesšanu, terapeitiskos ekstremitāšu vingrinājumus un ādas aprūpi (*Silver et al., 2011*).

Tāpat var būt nepieciešami citi tehniskie palīg līdzekļi, tai skaitā tie, kas tiek izgatavoti individuāli – roku un plaukstu ortozes, lai mazinātu komplikāciju risku, kāju ortozes vai protēzes, lai uzlabotu pacientu mobilitāti, ortopēdiskie apavi, piem. pēc ķīmijterapijas izraisītas perifērās neiropātijas simptomu mazināšanai. Pacienta novērtēšanu veic funkcionālie speciālisti kopā ar tehnisko ortopēdu un ārstējošo ārstu (*Muñoz-Alcaraz et al., 2020*).

Audiologopēda pielietotās intervences visbiežāk ir vērstas uz runas un rīšanas traucējumu mazināšanu vai kompensēšanu. Visbiežākās metodes runas rehabilitācijai ir artikulācijas funkciju treniņš (artikulācijas struktūru aktīvo kustību amplitūdas uzlabošana), bioloģiskās atgriezeniskās saites pielietošana runas laikā, piemēram, PRAAT, neverbālās komunikācijas (žestu, mīmikas) atbalsts, alternatīvās un

augmentatīvās komunikācijas palīgīdzekļu pielietošana vai komunikācija rakstveidā u.c. metodes (Blyth et al., 2024). Pēc totālas laringektomijas priekšplānā izvirzās ezofagālās balss apguve, traheozofagālās balss veidošana pēc balss protēzes ievietošanas vai elektriskās balsenes lietošanas apguve. Pētījumi rāda, ka pēc protēzes ievietošanas relatīvi īsā laika posmā pacienti spēj producēt skanīgu balsi, kuras uztvertā kvalitāte ir augstāka par ezofagālo balsi. Pacientiem jāapgūst arī korekta protēzes lietošana un kopšana, kā arī svarīga ir prasme savstarpēji koordinēt elpošanas procesu, traheostomas lietošanu un runas produkciju. Līdztekus komunikācijas rehabilitācijas procesam, pacientam nozīmīgas ir klīniskā psihologa konsultācijas, kurās pārrunāt slimības gaitā pieredzēto un saņemt psihoemocionālo atbalstu. Šajās konsultācijās svarīgi aktualizēt: emocionālo reakciju pārvaldību pēc diagnozes uzstādīšanas un operācijas; sērošanas procesu par laringeālas balss zaudējumu; jaunās balss pieņemšanu; apstrādāt tādas emocionālas reakcijas kā agresivitāte un vainas apziņa; darbu pie pašapziņas uzlabošanas (Longobardi et al., 2019).

Rīšanas funkcijas rehabilitācijā visbiežāk tiek pielietotas kompensatorās pozas, rīšanas manevri (Masako, Mendelona u.c.), bioloģiskās atgriezeniskās saites terapija (sEMG) norīšanas brīdī, kā arī paradumu maiņa ēšanas laikā (Blyth et al., 2024). Laringektomijas gadījumā pacienti nereti saskaras ar dzīves kvalitātes pazeminājumu arī ožas un garšas funkciju traucējumu dēļ. Pētījumi liecina, ka oža ir traucēta 51% pacientu pēc laringektomijas, bet anosmiju vēro 30% gadījumu. Garšas funkcija ir traucēta 26% pacientu, bet ageizija novērojama 11% pacientu (Mumovic et al., 2014). Šādā gadījumā pieejams dažādu intervenču klāsts, piemēram, orālo sensitivitāti atjaunojošas tehnikas; instrumentālas intervences un izglītojošas programmas. Audiologopēdi visbiežāk pielieto orālo sensitivitāti atjaunojošas tehnikas, piemēram, orālu krioterapiju un veic izglītošanu, piemēram, par mutes dobuma higiēnu un par garšas dienasgrāmatas ieviešanas nozīmi ikdienā (Mazzoleni et al., 2024).

#### 4. Pacienta ar onkoloģisku slimību raksturojums pēc primārās terapijas

Ārstēšanas rezultātā var būt šādas blaknes, kas ietekmē pacienta vispārējo stāvokli un dzīves kvalitāti, kas apkopotas 1. tabulā. (Hellbom et al., 2011) (*National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 2010*)

1. tabula

<b>Pēc operācijas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limfostāze</li> <li>• Disfāģija</li> <li>• Dizartrijs</li> <li>• Disfonija</li> <li>• Sāpes</li> <li>• Kontraktūras</li> <li>• Samazināta aktivitāte, kustību apjomi locītavās</li> </ul>
<b>Pēc ķīmijterapijas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiotoxicitāte</li> <li>• Nefrotoksicitāte</li> <li>• Neirotoksicitāte</li> <li>• Nespēks</li> <li>• Slikta dūša</li> <li>• Alopēcija</li> <li>• Ādas gļotādu iekaisumi</li> <li>• Apziņas traucējumi</li> <li>• Neitropēnija</li> </ul>
<b>Pēc staru terapijas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ādas izmaiņas</li> <li>• Fibroze</li> <li>• Gļotādu iekaisumi lokāli</li> <li>• Ezofagīts</li> <li>• Pulmonīti</li> <li>• Alopēcija</li> <li>• Proktīts</li> <li>• Cistīts</li> <li>• Apziņas traucējumi</li> </ul>
<b>Pēc hormonterapijas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nespēks</li> <li>• Osteoporozs</li> <li>• Svara zudums</li> <li>• Alopēcija</li> <li>• Apziņas traucējumi</li> <li>• Venoza trombembolija</li> <li>• Ginekomastija</li> </ul>
<b>Pēc imūnterapijas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoimūnas slimības</li> <li>• Sekundārs diabēts</li> <li>• Vairogdziedzera funkcijas traucējumi</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neiropātija</li> <li>• Pulmonīts</li> <li>• Neregulāra vēdera izeja (šķidra vēdera izeja, aizcietējumi)</li> <li>• Ādas izmaiņas</li> <li>• Svāra zudums</li> <li>• Neitropēnija</li> </ul>
--	--

Pacientiem blaknes var novērot tūlīt pēc uzsāktās terapijas, dažas stundas, dienas pēc terapijas vai arī vēlīni dažas nedēļas vai mēnešus pēc saņemtās terapijas, kas atkarīgs no pacienta organisma fizioloģijas un bioloģijas.

Atkarībā no saņemtās terapijas, katram pacientam individuāli jānovērtē vispārējais stāvoklis, ņemot vērā pacienta sūdzības, kā arī funkcionālās spējas, pēc terapijas radītās organisma izmaiņas. Novēršot vai mazinot izsauktās blaknes var uzlabot pacienta dzīves kvalitāti. (*Montagnini & Noelle Marie, 2022*)

#### **4.1. Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību pēc primārās terapijas**

Pielietotā terapija pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu var izraisīt psiholoģiskās sekas, kā piemēram, trauksmi un depresiju, miega traucējumus, paaugstinātu paškontroli, pašcieņas zudumu, bailes no recidīva, kā arī nogurumu un kognitīvos traucējumus. Tāpat pacientu saslimšana var ietekmēt arī sociālekonomiski, pacients var kļūt sociāli izolēts, vientulības nomākts, radot finansiālus zaudējumus un bezdarbu (*Rick et al., 2017*).

Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku saslimšanu pēc primārās terapijas:

1. sāpes;
2. nogurums;
3. zema slodzes tolerances funkcijas;
4. locītavu kustību funkcijas;
5. locītavu stabilitātes funkcijas;
6. ādas aizsargfunkcijas (ādas izmaiņas);
7. ādas atjaunošanās funkcijas;



8. matu funkcijas (matu izkrišana);
9. barības uzņemšanas funkcijas (rīšanas traucējumi);
10. barības sagremošanas funkcijas;
11. ķermeņa masas uzturēšanas funkcijas (svara zudums);
12. līdzsvara traucējumi;
13. komunikācijas traucējumi;
14. pašaprūpe.

#### **4.2. Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģiskām slimībām pēc primārās terapijas**

Onkoloģiskās saslimšanas un tās primārās ārstēšanas izraisītās sekas ir ļoti variablas. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (SFK) apraksta onkoloģiskās saslimšanas izraisītās sekas indivīdam viņa vides kontekstā, kur uzsvērts, ka personu ar onkoloģisko saslimšanu funkcionēšanas traucējumi var ietvert plašu fizisko un psihosociālo faktoru klāstu. (*Gegechkori et al., 2017*). Personas, kas pārcietušas onkoloģisku saslimšanu, bieži sūdzas par veselības problēmām, fiziskiem un psihoemocionāliem funkcionēšanas traucējumiem uzreiz pēc onkoloģiskās saslimšanās primārās ārstēšanas. (*Hewitt et al., 2005*)

Ja pacientiem ir pieejama rehabilitācija pēc onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas, ir iespējams pārvaldīt dažādas agrīnas blakusparādības, kas izraisa šo personu spēju, funkciju un dzīves kvalitātes pasliktināšanos, piemēram, ar onkoloģisko saslimšanu saistīta noguruma, limfedēmas, sāpju, neiropātiju, urīnceļu un urīnpūšļa problēmas. Šajā etapā ārstējošais ārsts ir onkologs, ciešā sadarbībā ar ģimene ārstu un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstu. FRM ārsts izvērtējot pacienta funkcionēšanas traucējumus un to smagumu, pacienta motivāciju un arī prognozējamo dzīvildzi lemj par pacientam piemēroto rehabilitācijas veidu – ambulatoro vai stacionāro, ņemot vērā MK noteikumu Nr.555 punktu 3.11. Medicīniskā rehabilitācija.

Funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi un uztura speciālisti) ir tās ārstniecības personas, kas personām pēc onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas sekmē funkcionēšanu un dzīves kvalitāti.

Funkcionālo speciālistu uzdevumi strādājot ar personām pēc onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas ir :

- nodrošināt informācijas pieejamību par saslimšanu un iespējamo atbalstu;
- uzturēt un uzlabot funkcionēšanas un psihoemocionālo stāvokli atbilstoši savām kompetencēm un iespējām;
- veicināt veselīgu dzīvesveidu.

Ieguvumi, kurus iespējams panākt, ja tiek organizēta un nodrošināta nepieciešamo funkcionālo speciālistu iesaiste personu rehabilitācijā uzreiz pēc onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas ir:

- informētība par saslimšanu un iespējām mazināt slimības un ārstēšanas radītās sekas;
- zināšanas par sabalansēta uztura rekomendācijām, piemērotām aktivitātēm un pašregulācijas tehnikām;
- izpratne par onkoloģisko saslimšanu dažādām dimensijām, prevenciju, riska faktoriem, atbalsta un līdzestības nozīmīgumu;
- prasmes un spējas izmantot savus dotumus (*capacity*), lai uzlabotu savu veikspēju (*performance*), zināšanas un iemaņas izmantot pašregulācijas tehnikas.

Zinātniskajā literatūrā tiek aprakstītas drošas un efektīvas tehnoloģijas, kuras izmanto funkcionālie speciālisti noteiktu mērķu sasniegšanai. Tā, piemēram, agrīnās mobilizācijas un bronhu higiēnas tehnikas ir efektīvas personām ar onkoloģisku saslimšanu, kuras saņēmušas ķirurģisku ārstēšanu. (*Granger, 2016*)

Fizioterapeits, izmantojot piemērotas metodes, var risināt ar pleca locītavas mobilitāti saistītas problēmas pacientiem gan pēc ķirurģiskas ārstēšanas, gan pēc staru terapijas galvas un kakla audzēja gadījumā, kā arī iespējams droši un efektīvi novērst nesaturēšanu un iegurņa veselības traucējumus pēc uro-ginekoloģiskām operācijām (*Hidding et al., 2014; Nahon, 2021; Lin et al., 2018*).

Ar audzēju saistītu nogurumu pacienti bieži min kā visnepatīkamāko simptomu onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas laikā un pēc tās pabeigšanas. (*Al Maqbali et al., 2021*)

Vairāki sistemātiski literatūras pārskati un metaanalīzes raksti pierāda, ka vingrinājumi efektīvi samazina nogurumu un tā ietekmi personām pēc onkoloģiskās sasilšanas. (*Cramp, F., 2020; Tomlinson, D, 2014*) Ir konstatēts, ka profesionāla uzraudzīta vingrojumu izpilde ir efektīvāka nekā neuzraudzītas vingrinājumu izpilde mājas apstākļos. (*Baumann et al., 2012*)

Pētījumi liecina, ka pēc ķīmijterapijas vai staru terapijas noslēgšanās aptuveni 35% gadījumu ir svarīgi turpināt runas rehabilitāciju, bet 31% gadījumu – rīšanas funkcijas rehabilitāciju. Vairāk, nekā puse audiologopēdu neieplāno *follow-up* vizītes dinamikā, taču tad, kad tās tiek ieplānotas, bieži tiek konstatēti funkcionēšanas ierobežojumi un pacienta runas rehabilitācijas process vidēji pagarinās par vēl 6 mēnešiem, bet rīšanas rehabilitācijas process – par 3 mēnešiem. Speciālisti atzīst, ka ir nepieciešams papildus laiks, lai pacienti apgūtos kompensatoros mehānismus veiksmīgi integrētu savā ikdienā (*Blyth et al, 2024*). Viena no iespējamām komplikācijām pēc staru terapijas ir arī temporomandibulārās locītavas kustīguma ierobežojumi jeb trisms, ko novēro 5-17% gadījumu. Vieglākos gadījumos trisms var tikai nedaudz ietekmēt runu, taču smagākos gadījumos var tikt būtiski traucēta arī uztura uzņemšana un mutes dobuma higiēnas aktivitāšu veikšana. Rehabilitācija audiologopēda vadībā var aizkavēt traucējuma progresēšanu, kā arī uzlabot uztura uzņemšanu un runu. Intervences fokusējas uz orofaciālo muskuļu spēka treniņu un temporomandibulārās locītavas kustīguma palielināšanu. Visbiežāk tiek pielietoti vingrinājumi žokļa kustību amplitūdas un mutes atvēruma uzlabošanai. Tie var tikt veikti aktīvi vai pasīvi, ar vai bez tehnoloģiju palīdzības (*Wu et al., 2015*).

Rehabilitācijas nepārtrauktības nozīme pēc primārās terapijas uzsvērta arī ergoterapijā, īpaši tūlīt pēc izrakstīšanas no slimnīcas, jo pacienti var izjust fizisku dekompensāciju, nogurumu vai psihosociālu diskomfortu, ko var mazināt ar atbilstošām ergoterapijas intervencēm. Pielietojamas ir tādas intervences kā: fiziskā rehabilitācija, kas vērsta uz mobilitāti, spēku un uz noguruma mazināšanu; kognitīvā rehabilitācija atmiņas, koncentrēšanās un problēmu risināšanas treniņam; psihosociālais atbalsts, lai risinātu trauksmi, depresiju un citas emocionālas problēmas; palīglīdzekļu pielāgošana un dažādu stratēģiju apmācība, lai palīdzētu pacientiem paveikt ikdienas aktivitātes mājas vidē u.c. (*Taylor et al., 2021*).

Funkcionālie speciālisti var veicināt ar onkoloģiskās saslimšanas primāro ārstēšanu saistītu dažādu funkcionēšanas traucējumu kontroli, pacientu informēšanu un izglītošanu par simptomu rašanās iemesliem un to savlaicīgu identificēšanu, kā arī terapijas iespējām. (*Stout et al., 2012*)

## **5. Pacienta ar onkoloģisku slimību raksturojums ilgtermiņā**

Ja pacientam ļaundabīgs audzējs ir izārstēts, tad tiek nozīmēta dinamiska novērošana pie onkologa ķīmijterapeita vai pie speciālista (ķirurga, radiologa terapeita) atkarībā no audzēja lokalizācijas. Dinamiskā novērošana ir nepieciešama, lai ārstētu pēc iespējas ātrāk audzēja recidīvu vai lokālas vai attālas metastāzes, kā arī izslēgtu citu audzēju veidošanās iespēju. Ja ir jaunas sūdzības, tad pacientam jāvērsas pie sava ģimenes ārsta.

Pacientam dinamikā var attīstīties komplikācijas pēc saņemtās terapijas, kas saistītas ar slimību vai ar blakussaslimšanām. (*Montagnini & Noelle Marie, 2022*) (*National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 2010*)

Ja pacientam attīstās metastāzes, tad atkarībā no lokalizācijas pacients var saņemt paliatīvu vai simptomātisku specifisku terapiju.

Lai glābtu un uzlabotu pacienta dzīves kvalitāti var būt nepieciešama resno zarnu stomas vai urostomas izveide, kā arī veidotas nefrostomas, žults ārējo ceļu drenāža.

Specifisko terapiju pārtraucot, pacientam nozīmē paliatīvu terapiju, kur svarīga ir pacienta aprūpe ikdienā, kā arī izvērtēt sūdzības – nespēku, nogurumu, apetītes trūkumu, sāpes, elpas trūkumu, sliktu dūšu, vemšanu, neregulāru vēdera izeju un citus simptomus un nozīmēt atbilstošu medikamentozu, kā arī psihoemocionālu palīdzību, atbalstu.

Kā arī pieaugot nespēkam, nogurumam, samazinās pacienta aktivitātes iespējas, var novērot koordinācijas traucējumus. Slimībai progresējot, pacientam var būt nepieciešama līdzcilvēku palīdzība, lai nodrošinātu pašaprūpi. Svarīgi zināt kā līdzcilvēki šādās situācijās var atbalstīt un palīdzēt pacientam. (*Montagnini & Noelle Marie, 2022*) (*National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 2010*)

## **5.1. Funkcionēšanas traucējumi pacientiem ar onkoloģisku slimību ilgtermiņā**

Ilgtermiņā var rasties slimības vai terapijas izraisīti funkcionēšanas ierobežojumi, kā piemēram, locītavu kustību traucējumi pēc operācijas vai staru terapijas, parestēzijas, kognitīvās funkcijas ierobežojumi, seksuāla disfunkcija, limfedēmas, elpošanas disfunkcija, samazināta slodzes tolerance, barības vielu uzsūkšanās traucējumi (malnutrīcija), mazā iegurņa orgānu funkciju traucējumi, stomas disfunkcija, runas traucējumi. Pacientam var rasties arī sekundāras slimības – osteoporoze, metaboliskais sindroms, cukura diabēts, sirds un asinsvadu slimība (Rick et al., 2017)

## **5.2. Rehabilitācijas speciālistu taktika darbam ar pacientiem ar onkoloģisku slimību ilgtermiņā**

Ģimenes ārstam un FRM ārstam ir būtiska loma personu ar onkoloģisku saslimšanu novērošanā un vēlīno blakusparādību novēršanā / mazināšanā ilgstoši pēc primārās onkoloģiskā procesa ārstēšanas. Prehabilitācijas un rehabilitācijas neesamība primārās ārstēšanas laikā, kā aprakstīts iepriekš tekstā, var sekmēt ilgtermiņa blakusparādību rašanos personām, ar diagnosticētu onkoloģisku saslimšanu un ilgstošā laika periodā pēc izārstēšanās. Onkoloģisko saslimšanu pārcietušajām personām, kuras nav saņēmušas atbilstošu rehabilitāciju, pastāv ilgstošs fizisko un psiholoģisko traucējumu risks. (*Council, 2005*)

Der atzīmēt, ka daudzas ilgtermiņa blakusparādības – tās, kas saglabājas pēc pieciem gadiem pēc primārās onkoloģiskās ārstēšanas epizodes, ne vienmēr tiek atpazītas un dokumentētas kā onkoloģiskā procesa vai primārās ārstēšanas sekas. Personām, kuras saskaras ar šādām vēlīnām blakusparādībām, nereti netiek atpazīti simptomi un netiek saņemta atbilstoša ārstēšana vai atbalsts. Dažas onkoloģiskās saslimšanas izraisa ilgstošas un paliekošas vēlīnas blakusparādības, pārvēršot onkoloģisku saslimšanu par hronisku slimību. Visbiežāk sastopamās onkoloģiskās

saslimšanas un tās ārstēšanas blakusparādības ir sāpes, nogurums un emocionāls diskomforts. (Siegel et al., 2019)

Funkcionālie speciālisti darbojas komandā ar pacienta ārstējošo ārstu, primārās veselības aprūpes ārstiem, risinot stāvokļus, kas var rasties onkoloģiskiem pacientiem ilgtermiņā – hroniska sirds mazspēja, kaulu blīvuma samazinājums, limfātiskās tūskas, funkcionēšanas traucējumi kas saistās ar muskuļu vājumu, nogurumu. (Stubblefield et al., 2013)

Funkcionālie speciālisti (fizioterapeiti, ergoterapeiti, audiologopēdi, tehniskie ortopēdi un uztura speciālisti) ir tās ārstniecības personas, kas personām pēc onkoloģiskās saslimšanas primārās ārstēšanas ilgstošā laika periodā sekmē šo personu spējas adaptēties jēgpilnai dzīvei kopienā. Funkcionālo speciālistu uzdevumi strādājot ar personām pēc izārstēšanās ilgtermiņā ir:

- nodrošināt informācijas pieejamību par saslimšanu un iespējamo atbalstu;
- integrēt kopienā un atgūt personas autonomiju;
- veicināt veselīgu dzīvesveidu;
- uzturēt un uzlabot funkcionēšanas un psihoemocionālo stāvokli atbilstoši savām kompetencēm un iespējām.

Ieguvumi, kurus iespējams sasniegt, ja tiek organizēta un nodrošināta nepieciešamo funkcionālo speciālistu iesaiste personu rehabilitācijā pēc izārstēšanās ilgtermiņā ir :

- informētība par saslimšanu un iespējām mazināt slimības un ārstēšanas radītās sekas;
- pieņemta un izvērtēta savu "jauno" identitāte un atgūta jēgpilnas dzīves perspektīvu savā kopienā;
- zināšanas par sabalansēta uztura rekomendācijām, piemērotām aktivitātēm un pašregulācijas tehnikām;
- izpratne par onkoloģisko saslimšanu dažādām dimensijām, profilaksi, riska faktoriem, atbalsta un līdzestības nozīmīgumu;
- prasmes un spējas izmantot savus dotumus (*capacity*), lai uzlabotu savu veiktspēju (*performance*), zināšanas un iemaņas izmantot pašregulācijas tehnikas.

Personām gan tūlīt pēc primāras onkoloģiskās ārstēšanas, gan arī ilgstoši pēc tās būtiskus labvēlīgus ieguvumus sniedz piemērotas fiziskās aktivitātes. Attiecībā uz visiem audzēja veidiem uzsvars jāliek uz atbilstošu fizisko aktivitāti. Gan īsākā laika periodā, gan ilgtermiņā fiziskās aktivitātes var novērst jaunas vai atkārtotas onkoloģiskās saslimšanas attīstību, uzlabot dzīves kvalitāti un pārvaldīt daudzus simptomus, piemēram, ar onkoloģisku saslimšanu saistītu nogurumu. (Hilfiker et al., 2018).

Sadarbojoties ar onkoloģisko pacientu ilgtermiņā, jāvērs uzmanība uz vispārēju veselības stāvokļa uzlabošanu un saglabāšanu, pacienti ir jāizglīto un jāveicina uzturēt rekomendējamo aerobo slodzi 150- 300 min un spēka treniņus 2- 3 reizes nedēļā.

## **6. Tehnisko palīglīdzekļu piešķiršana pacientiem ar onkoloģisku slimību**

Tehnisko palīglīdzekļu saņemšana par valsts budžeta līdzekļiem tiek koordinēta ņemot vērā Ministra kabineta noteikumus Nr. 878. "Tehnisko palīglīdzekļu noteikumi"<sup>1</sup> un Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumu<sup>2</sup>.

Lai pieteiktos valsts apmaksāta tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai, persona Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centrā (VTPC) iesniedz klātienē, nosūta pa pastu vai iesniedz atbilstoši normatīviem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu un apriti:

- iesniegumu tehniskā palīglīdzekļa piešķiršanai. Šo iesnieguma veidlapu aizpildīt datorā vai izdrukāt un aizpildīt ar roku;
- atzinumu tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai;

---

<sup>1</sup> Ministru kabineta noteikumi Nr. 878. "Tehnisko palīglīdzekļu noteikumi". Pieejams tiešsaistē: <https://likumi.lv/ta/id/328672-tehnisko-paliglidzeklu-noteikumi>

<sup>2</sup> Saeima. Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Pieejams tiešsaistē: <https://likumi.lv/ta/id/68488-socialo-pakalpojumu-un-socialas-palidzibas-likums>

- bērnam vai pilngadīgai personai, kurai ir pārstāvis – pārstāvības tiesības apliecinoša dokumenta kopija<sup>3</sup>.

Lai tehnisko palīglīdzekli saņemtu steidzamības kārtā, papildus iesniegumam un ārsta atzinumam ir jāiesniedz vienu no šādiem dokumentiem:

- stacionāra un dienas stacionāra pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr.003/u) izraksta – epikrīzes – kopija, kas izsniegta ne agrāk kā 6 (sešus) mēnešus pirms dokumentu iesniegšanas VTPC;
- stacionārā pacienta/ambulatorā pacienta medicīniskās kartes (veidlapa Nr. 027/u) izrakstu, kas izsniegts ne agrāk kā 6 (sešus) mēnešus pirms dokumentu iesniegšanas VTPC;
- individuālais rehabilitācijas plāns personai ar prognozējamu invaliditāti, ja rehabilitācijas plānā norādīta tehniskā palīglīdzekļa nepieciešamība steidzamības kārtā;
- izglītības iestādes apliecinājums, ka persona apgūst izglītības programmu konkrētā izglītības iestādē, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams izglītības ieguves procesā;
- darba devēja apliecinājums, ka persona ir darba ņēmējs pie attiecīgā darba devēja, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams darba pienākumu veikšanai un apliecinājums izsniegts ne agrāk kā 1 (vienu) mēnesi pirms dokumentu iesniegšanas VTPC;
- nodokļa maksātāja reģistrācijas numurs un komersanta nosaukums, vai nodokļa maksātāja reģistrācijas numurs personām, kuras veic individuālo darbu vai citu saimniecisko darbību, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams saimnieciskās darbības veikšanai.

Tehnisko palīglīdzekli steidzamības kārtā var saņemt:

- personas, kuras tehnisko palīglīdzekli pieprasījušas ne agrāk kā sešu mēnešu laikā no pirmreizējo funkcionēšanas traucējumu iestāšanās brīža;

---

<sup>3</sup> Tehnisko palīglīdzekļu centrs. Iesniedzamie dokumenti. Pieejams tiešsaistē:  
<https://vtpc.lv/lv/iesniedzamie-dokumenti>



- personas ar prognozējamu invaliditāti, ja valsts komisijas apstiprinātajā personas individuālajā rehabilitācijas plānā ir paredzēts, ka personai tehniskais palīglīdzeklis jāsaņem steidzamības kārtā;
- bērni; (Tie bērni, kas uzņemti rindā tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai steidzamības kārtā, bet kļuvuši pilngadīgi, tehnisko palīglīdzekli saņem steidzamības kārtā, ja rindā iestājušies vismaz sešus mēnešus līdz pilngadības sasniegšanai);
- grūtnieces, kam antropometrisko rādītāju izmaiņu dēļ jānomaina iepriekš saņemtais tehniskais palīglīdzeklis;
- personas, kas apgūst izglītības programmu, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams izglītības apguves procesā, izņemot tehniskos palīglīdzekļus pašaprūpes veikšanai, dalībai pašaprūpē un personīgās aprūpes un aizsardzības palīglīdzekļus;
- nodarbinātas personas, ja tehniskais palīglīdzeklis nepieciešams, darba pienākumu veikšanai, izņemot tehniskos palīglīdzekļus pašaprūpes veikšanai, dalībai pašaprūpē un personīgās aprūpes un aizsardzības palīglīdzekļus.

Tehniskos palīglīdzekļus ir iespējams saņemt ar kompensācijas mehānismu. Ja TPC piedāvātais tehniskais palīglīdzeklis neatbilst pacienta vajadzībām, iespējams iegādāties tehnisko palīglīdzekli ar līdzmaksājumu kādā no Eiropas Savienības un Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstī vai Šveices Konfederācijā. Lai saņemtu palīglīdzekļi ar kompensācijas mehānismu pacientam ir jāiesniedz iesniegums par tehniskā palīglīdzekļa saņemšanu ar līdzmaksājumu, VTPC izvērtē klienta funkcionēšanas spējas, iesniegtos pamatojuma dokumentus, un organizē tehniskā palīglīdzekļa iegādes izdevumu atlīdzināšanu, atbilstoši noteiktajam kompensācijas apmēram.

Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centra mājas lapā, sadaļā: Tehnisko palīglīdzekļu katalogs ir apkopota daļa no valsts budžeta finansētajiem tehniskajiem palīglīdzekļiem, kurus izsniedz Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centrs.

Jāmin, ka no 2025.g. 1. janvāra Valsts Tehnisko palīglīdzekļu centrs ārstu speciālistu un funkcionālo speciālistu atzinumus tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai, pieņem tikai elektroniski aizpildītus e – veselībā.

## **7. Paliatīvā aprūpe pacientiem ar onkoloģisko slimību**

Paliatīvā aprūpe ir aktīva un visaptveroša to pacientu, kuru izārstēšana vairs nav iespējama, aprūpe. Tās ietvaros prioritāra ir sāpju un citu simptomu, kā arī sociālo, psiholoģisko un garīgo problēmu kontrole. Paliatīvā aprūpe savā pieejā ir starpdisciplināra un aptver pacientu, ģimeni un apkārtējo sabiedrību, nodrošinot pacientam nepieciešamās vajadzības neatkarīgi no vietas, kur viņš atrodas (mājās vai slimnīcā), ar nolūku saglabāt labāko iespējamo dzīves kvalitāti, līdz iestājas nāve.

Nacionālā Veselības Dienesta sniegtā informācija par paliatīvo aprūpi vēsta, ka - paliatīvā aprūpe pacientiem var tikt nodrošināta stacionārā, gan ambulatori – ģimenes ārsta uzraudzībā mājas vizīšu ietvaros. Lēmumu par pacientam nepieciešamo paliatīvo aprūpi pieņem ģimenes ārsts vai ārstējošais ārsts-speciālists. Ārstējošais ārsts var lemt sasaukt ārstu konsiliju, ja pacienta ārstēšana ir sarežģīta un nepieciešama vairāku specialitāšu ārstu konsultācija vai viedoklis, lai lemtu par pacienta iekļaušanu paliatīvajā aprūpē.

Paliatīvā aprūpe, tajā skaitā, ģimenes ārsta mājas vizītes, izvērtējot pacienta veselības stāvokli par valsts līdzekļiem var tikt nodrošināta pacientiem, kuru pamata diagnozes kods ir B20–B24, C00–C97, D37–D48, G05, G12, G13, G35, G54.6, G55.0, G60.0, G61.0, G63.1, G70, G95.1, G95.2, G99.2, I50, I69, K22.2, L89 vai T91.3 un blakus diagnozes kods – Z51.5.

### **Paliatīvās aprūpes saņemšanas iespējas stacionārā**

Paliatīvā aprūpe stacionārā var tikt nodrošināta:

1. Pēctecīgi citiem stacionāriem ārstniecības pakalpojumiem, ja ārstējošais ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, uzskata par nepieciešamību pacientam sniegt šāda veida medicīnisko palīdzību.
2. Ja ģimenes ārsts vai jebkurš cits speciālists ir izvērtējis pacienta veselības stāvokli un uzskata par nepieciešamību nosūtīt pirmreizējai vai atkārtotai veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai stacionāri.

## **Ambulatorās paliatīvās aprūpes saņemšana**

Ambulatori paliatīvo aprūpi organizē ģimenes ārsts, kurš nepieciešamības gadījumā nozīmē medikamentus (t.sk. arī terapijai nepieciešamos pretsāpju medikamentus) un izraksta nosūtījumu pie veselības aprūpes speciālistiem (t.sk. pie paliatīvās aprūpes speciālista. Ģimenes ārsta kompetencē ir tiesības veikt visu, lai noņemtu slimības izpausmes fiziskā, psihiskā, eksistenciālā, garīgā un sociālā plānā, kas ietver:

- kompensējamo medikamentu izrakstīšanu (spēcīgas pretsāpju zāles, var būt arī opiāti u.c.);
- atsāpīnāšanas un izgulējumu kopšanas metožu pielietošanu;
- dažādus pasākumus, kas nepieciešami elpas trūkuma, asiņošanas, u.c. gadījumos; brūču kopšanu (iztīrīšanu un pārsiešanu);
- diētas plāna izstrādi vai pārskatīšanu;
- pacienta un viņa tuvinieku izglītošanu.

Pacientiem, kuriem nepieciešama ambulatorā paliatīvā aprūpe, ar ģimenes ārsta nosūtījumu var saņemt valsts apmaksātu paliatīvās aprūpes speciālistu konsultāciju.

## **Paliatīvās aprūpes mājas vizītes**

Ģimenes ārsts vai speciālists paliatīvās aprūpes pacientam var nozīmēt veselības aprūpes pakalpojumus mājās, ja personai ir pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē. Kā arī papildus var nozīmēt saņemt citus veselības aprūpes pakalpojumus, kā, piemēram, vitālo rādītāju kontrolei, klizmu un izmeklējumu veikšanai.

## **Paliatīvās aprūpes kabineti**

Lai atvieglotu paliatīvās aprūpes pieejamību, Latvijā ir izveidoti trīs paliatīvās aprūpes kabineti. Palīdzība bērniem tiek nodrošināta Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas (BKUS) un Liepājas reģionālajā slimnīcā, bet pieaugušajiem - Daugavpils reģionālajā slimnīcā un Preiļu slimnīcā.

- BKUS paliatīvās aprūpes kabineta ietvaros tiek nodrošinātas ambulatoras konsultācijas, kā arī pieejamas konsultācijas pa telefonu 24 stundas diennaktī, kā arī pacientiem, kuri atrodas BKUS paliatīvās aprūpes kabineta uzskaitē, tiek nodrošināti paliatīvās aprūpes pakalpojumi mājās 24 stundas diennaktī.
- Liepājas paliatīvās aprūpes kabinetā tiek nodrošināta palīdzība bērniem, sniedzot pediatra paliatīvās aprūpes konsultācijas, kā arī medmāsas, psihologa vai psihoterapeita palīdzību. Ar ģimenes ārsta nosūtījumu, komplikētu problēmu gadījumos, Liepājas Paliatīvās aprūpes kabinetā tiek nodrošinātas ārsta un medmāsas konsultācijas pieaugušajiem.
- Daugavpils reģionālajā slimnīcā paliatīvās aprūpes kabinetā tiek nodrošinātas onkologa-ķīmijterapeita, kā arī onkoloģijas aprūpes māsas konsultācijas pieaugušajiem.

## **8. Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas pamatkopas**

SFK un PVO ir izveidojusi starptautiskas, uz pētījumiem balstītas pamatkopas galvas un kakla audzēja un krūts audzēja pacientiem, kā mērķis ir uzskatāmi attēlot tipiskos funkcionēšanas traucējumus pacientiem ar onkoloģisku slimību. SKF pamatkopas ir izveidotas ņemot vērā sarežģītu trīs fāžu pētniecības sistēmu. Pētījuma sistēma aptvēra empīriskas studijas, sistemātisku literatūras apskatu, kvalitatīvus pētījumus un ekspertu pārskatus par medicīniskajiem stāvokļiem. (Selb, u.c., 2015) Šīs zinātniski pamatotās sistēmas rezultātā radās SFK pamatkopas jeb *core seti*. SKF pamatkopas šobrīd ir izveidotas aptuveni 34 dažādām slimību grupām, kuras ir visizplatītākās pasaulē un kuras rada cilvēka nespēju.

## 8.1. Visaptverošā SFK pamatkopa Galvas un kakla audzējam

### Kategorijas komponentē “Ķermeņa funkcijas”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
b117	Intelektuālās funkcijas
b126	Temperaments un personības funkcijas
b130	Enerģijas un dziņu funkcijas
b134	Miega funkcijas
b152	Emocionālās funkcijas
b1801	Ķermeņa veidols
b230	Dzirdes funkcijas
b240	Ar dzirdi un vestibulārā aparāta funkcijām saistītās sajūtas
b250	Garšas funkcija
b255	Ožas funkcija
b280	Sāpju sajūta
b310	Balss funkcijas
b320	Artikulācijas funkcijas
b435	Imūnsistēmas funkcijas
b440	Elpošanas funkcijas
b455	Slodzes tolerances funkcijas
b5100	Zīšana
b5101	Nokošana
b5102	Košļāšana
b5103	Manipulācijas ar uzturu mutē
b5104	Siekalu izdalīšanās
b51050	Norīšanas akts mutē
b51051	Norīšanas akts rīklē
b51052	Norīšanas akts barības vadā

b51058	Cita precizēta norīšana
b51059	Neprecizēta norīšana
b530	Ķermeņa masas uzturēšanas funkcijas
b535	Ar gremošanas sistēmu saistītās sajūtas
b555	Endokrīno dziedzeru funkcijas
b640	Dzimumfunkcijas
b710	Locītavu kustību funkcijas
b730	Muskuļu spēka funkcijas
b810	Ādas aizsargfunkcijas
b820	Ādas atjaunošanās funkcijas

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

#### Kategorijas komponentē “Ķermeņa struktūras”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
s1106	Kraniālo nervu struktūra
s3200	Zobi
s3201	Smaganas
s32020	Cietās aukslējas
s32021	Mīkstās aukslējas
s3203	Mēle
s3204	Lūpu struktūra
s3208	Cita precizēta mutes struktūra
s3209	Neprecizēta mutes struktūra
s3300	Aizdegune
s3301	Rīkles mutes daļa
s3308	Cita precizēta rīkles struktūra
s3309	Neprecizēta rīkles struktūra
s3400	Balss saites
s3408	Cita precizēta balsenes struktūra

s3409	Neprecizēta balsenes struktūra
s410	Asinsrites sistēmas struktūra
s420	Imūnsistēmas struktūra
s4300	Traheja
s4301	Plaušas
s510	Siekalu dziedzeru struktūra
s520	Barības vada struktūra
s7101	Sejas daļas kauli
s7103	Galvas un kakla apvidus locītavas
s7104	Galvas un kakla apvidus muskuļi
s7105	Galvas un kakla apvidus saites un fascijas
s7108	Citas precizētas galvas un kakla apvidus struktūras
s7109	Neprecizētas galvas un kakla apvidus struktūras
s720	Pleca apvidus struktūras
s7301	Apakšdelma struktūra
s750	Apakšējās ekstremitātes struktūras
s760	Rumpja struktūras
s810	Ādas struktūra

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

### Kategorijas komponentē “Aktivitātes un dalība”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
d230	Ikdienas mājas soļa izpilde
d240	Stresa pārvarēšana un citas psiholoģiskas vajadzības
d330	Runāšana
d350	Saruna
d360	Sakaru līdzekļu un tehniku lietojums
d415	Ķermeņa stāvokļa saglabāšana
d430	Priekšmetu pacelšana un pārnešana

d460	Pārvietošanās dažādās vietās
d470	Transportlīdzekļa izmantošana pasažiera lomā
d475	Transportlīdzekļa vadīšana
d510	Mazgāšanās
d520	Ķermeņa daļu aprūpe
d550	Ēšana
d560	Dzeršana
d570	Rūpes par savu veselību
d640	Mājas soļa veikšana
d710	Interpersonāla pamatmijiedarbība
d720	Sarežģīta interpersonāla mijiedarbība
d750	Neformālas sociālas attiecības
d760	Attiecības ģimenē
d770	Intīmās attiecības
d845	Darba iegūšana, tā saglabāšana un darba attiecību pārtraukšana
d870	Ekonomiskā patstāvība
d910	Dzīve kopienā
d920	Atpūta un brīvais laiks
d930	Reliģija un garīgā dzīve

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

### Kategorijas komponentē “Vides faktori”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
e1100	Pārtika
e1101	Zāles
e115	Personīgi lietojamās lietas un tehnoloģijas ikdienas dzīvē
e125	Komunikācijas līdzekļi un tehnoloģijas
e165	Ekonomiskie aktīvi



e310	Tiešā ģimene
e320	Draugi
e340	Personiskās aprūpes nodrošinātāji un personālie palīgi
e355	Veselības aprūpes profesionāļi
e410	Tiešās ģimenes attieksmes
e460	Sabiedrības attieksmes
e525	Dienesti, sistēmas un politika mājokļa apgādē
e535	Dienesti, sistēmas un politika sakaru pakalpojumu sfērā
e555	Dienesti, sistēmas un politika asociāciju un sabiedrisko organizāciju jautājumos
e570	Dienesti, sistēmas un politika sociālajā drošībā
e575	Dienesti, sistēmas un politika vispārējā sociālā palīdzībā
e580	Dienesti, sistēmas un politika veselības aprūpē
e585	Dienesti, sistēmas un politika izglītībā un mācībās
e590	Dienesti, sistēmas un politika darba un nodarbinātības jautājumos

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

## 8.2. Visaptverošā SFK pamatkopa Krūts audzējam

### Kategorijas komponentē “Ķermeņa funkcijas”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
b126	Temperaments un personības funkcijas
b130	Enerģijas un dziņu funkcijas
b134	Miega funkcijas
b152	Emocionālās funkcijas
b180	Pašapziņas un laika izjūtas funkcijas
b1801	Ķermeņa veidols
b265	Taustes funkcija
b280	Sāpju sajūta
b2801	Sāpes ķermeņa daļā
b435	Imūnsistēmas funkcijas
b4352	Limfvadu funkcijas
b4353	Limfmezglu funkcijas
b455	Slodzes tolerances funkcijas
b530	Ķermeņa masas uzturēšanas funkcijas
b640	Dzimumfunkcijas
b650	Menstruālās funkcijas
b660	Reproduktīvās funkcijas
b670	Sajūtas, kas saistītas ar dzimumfunkcijām un reproduktīvām funkcijām
b710	Locītavu kustību funkcijas

b720	Kaulu kustību funkcijas
b730	Muskuļu spēka funkcijas
b740	Muskuļu izturības funkcijas
b780	Sajūtas, kas saistītas ar muskuļiem un kustību funkcijām
b810	Ādas aizsargfunkcijas
b820	Ādas atjaunošanās funkcijas
b840	Ar ādu saistītās sajūtas

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

### Kategorijas komponentē “Ķermeņa struktūras”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
s420	Imūnsistēmas struktūra
s4200	Limfvadi
s4201	Limfmezgli
s630	Reproduktīvās sistēmas struktūra
s6302	Krūts un krūts gals
s720	Pleca apvidus struktūras
s730	Augšējās ekstremitātes struktūras
s760	Rumpja struktūras
s810	Ādas struktūra

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

### Kategorijas komponentē “Aktivitātes un dalība”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
d177	Lēmumu pieņemšana
d230	Ikdienas mājas soļa izpilde
d240	Stresa pārvarēšana un citas psiholoģiskas vajadzības
d430	Priekšmetu pacelšana un pārnešana
d445	Plaukstas un rokas izmantošana
d510	Mazgāšanās
d520	Ķermeņa daļu aprūpe
d540	Ģērbšanās
d550	Ēšana
d560	Dzeršana
d570	Rūpes par savu veselību
d620	Preču un pakalpojumu iegāde
d630	Ēdiena gatavošana
d640	Mājas soļa veikšana
d650	Rūpes par iedzīves priekšmetiem
d660	Palīdzība citiem
d720	Sarežģīta starppersonu mijiedarbība
d750	Neformālas sociālas attiecības
d760	Attiecības ģimenē
d770	Intīmās attiecības
d850	Apmaksāts darbs

d920	Atpūta un brīvais laiks
------	-------------------------

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

### Kategorijas komponentē “Vides faktori”

SFK kategorijas kods	SFK kategorijas nosaukums
e110	Personīgā patēriņa lietas vai vielas
e115	Personīgi lietojamās lietas un tehnoloģijas ikdienas dzīvē
e165	Ekonomiskie aktīvi
e225	Klimats
e310	Tiešā ģimene
e315	Paplašinātā ģimene
e320	Draugi
e325	Paziņas, līdzaudži, kolēģi, kaimiņi un kopienas locekļi
e340	Personiskās aprūpes nodrošinātāji un personālie palīgi
e355	Veselības aprūpes profesionāļi
e410	Tiešās ģimenes attieksmes
e415	Paplašinātas ģimenes attieksmes
e420	Draugu attieksmes
e425	Paziņu, līdzaudžu, kolēģu, kaimiņu un kopienas locekļu attieksmes
e440	Personiskās aprūpes nodrošinātāju un personālo palīgu attieksmes
e450	Veselības aprūpes profesionāļu attieksmes
e465	Sabiedriskās normas, paradumi un ideoloģija

e540	Dienesti, sistēmas un politika
e555	Dienesti, sistēmas un politika asociāciju un sabiedrisko organizāciju jautājumos
e570	Dienesti, sistēmas un politika sociālajā drošībā
e575	Dienesti, sistēmas un politika vispārējā sociālā palīdzībā
e580	Dienesti, sistēmas un politika veselības aprūpē
e590	Dienesti, sistēmas un politika darba un nodarbinātības jautājumos

\* Kategorijas, kas iezīmētas ar pelēku ietvertas arī īsajā (brief) pamatkopas versijā

## 9. Literatūras saraksts

1. Al Maqbali, M., Al Sinani, M., Al Naamani, Z., Al Badi, K., & Tanash, M. I. (2021). Prevalence of Fatigue in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 167-189.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.037>
2. Baumann, F. T., Zopf, E. M., & Bloch, W. (2012). Clinical exercise interventions in prostate cancer patients--a systematic review of randomized controlled trials. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(2), 221–233. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1271-0>
3. Blyth, K., Stainlay, H., & McCabe, P. (2024). Speech and swallowing intervention following oral cancer treatment: A survey of speech-language pathologists in Australia and New Zealand. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 26(5), 652-662
4. Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51(11), 2375–2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
5. Chou, Y.-J., Kuo, H.-J., & Shun, S.-C. (2018). Cancer Prehabilitation Programs and Their Effects on Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*, 45(6), 726–736. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.726-736>
6. Council, N. R. (2005). From cancer patient to cancer survivor: lost in transition. *National Academies Press*
7. Fortin J., Leblanc M., Elgbeili G., Cordova M.J., Marin M.F. & Brunet A. (2021). The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. *Br. J. Cancer*, 125:1582–1592. 10.1038/s41416-021-01542-3
8. Gegechkori, N., Haines, L., & Lin, J. J. (2017). Long-Term and Latent Side Effects of Specific Cancer Types. *The Medical Clinics of North America*, 101(6), 1053–1073. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.003>
9. Gilchrist, L. S., Galantino, M. Lou, Wampler, M., Marchese, V. G., Morris, G. S., & Ness, K. K. (2009). A framework for assessment in oncology rehabilitation. *Physical Therapy*, 89(3), 286–306. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070309>
10. Granger, C. L. (2016). Physiotherapy management of lung cancer. *Journal of Physiotherapy*, 62(2), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.02.010>
11. Guerra-Londono CE, Cata JP, Nowak K & Gottumukkala V. (2024). Prehabilitation in Adults Undergoing Cancer Surgery: A Comprehensive Review on Rationale, Methodology, and Measures of Effectiveness. *Curr Oncol*. Apr 9;31(4):2185-2200. doi: 10.3390/curroncol31040162. PMID: 38668065; PMCID: PMC11049527
12. Hayes, S. C., Newton, R. U., Spence, R. R., & Galvão, D. A. (2019). The Exercise and Sports Science Australia position statement: Exercise medicine in cancer management. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 22(11), 1175–1199. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2019.05.003>

13. Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijzen, B., Loge, J. H., Rautalahti, M., Smaradottir, A., & Johansen, C. (2011). Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, *50*(2), 179–186. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.533194>
14. Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2005). Free Executive Summary. In *National Academy of Sciences*.
15. Hidding, J. T., Beurskens, C. H. G., van der Wees, P. J., van Laarhoven, H. W. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2014). Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: a systematic review. *PloS One*, *9*(5), e96748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096748>
16. Hilfiker, R., Meichtry, A., Eicher, M., Nilsson Balfe, L., Knols, R. H., Verra, M. L., & Taeymans, J. (2018). Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, *52*(10), 651–658. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096422>
17. Hirst N., McBride K.E., Thanigasalam R., Leslie S., Karunaratne S., Alexander K., Treacy P.-J. & Steffens D. (2023). Impact of Preoperative Mental Health on Surgical Outcomes Following Robotic-assisted Radical Prostatectomy. *Urology*, *182*:136–142. [10.1016/j.urology.2023.09.019](https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.09.019)
18. Lin, K.-Y., Denehy, L., Frawley, H. C., Wilson, L., & Granger, C. L. (2018). Pelvic floor symptoms, physical, and psychological outcomes of patients following surgery for colorectal cancer. *Physiotherapy Theory and Practice*, *34*(6), 442–452. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1422165>
19. Lukez, A., & Baima, J. (2020). The Role and Scope of Prehabilitation in Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*, *36*(1), 150976. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.150976>
20. Macmillan, Royal College of Anaesthetists, & National Institute for Health Research Cancer and Nutrition Collaboration. (2019). *Principles and guidance for prehabilitation within the management and support of people with cancer*. 1–84.
21. Michael, C. M., Lehrer, E. J., Schmitz, K. H., & Zaorsky, N. G. (2021). Prehabilitation exercise therapy for cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Medicine*, *10*(13), 4195–4205. <https://doi.org/10.1002/cam4.4021>
22. Montagnini, M., & Noelle Marie, J. (2022). *Physical therapy and other rehabilitation issues in the palliative care setting*. <https://www.uptodate.com/contents/physical-therapy-and-other-rehabilitation-issues-in-the-palliative-care-setting>
23. Moore, J., Merchant, Z., Rowlinson, K., McEwan, K., Evison, M., Faulkner, G., Sultan, J., McPhee, J. S., & Steele, J. (2021). Implementing a system-wide cancer prehabilitation programme: The journey of Greater Manchester’s “Prehab4cancer”. *European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, *47*(3 Pt A), 524–532. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.04.042>
24. Muñoz-Alcaraz MN, Pérula-de-Torres LÁ, Serrano-Merino J, Jiménez-Vílchez AJ, Olmo-Carmona MV, Muñoz-García MT, Bartolomé-Moreno C, Oliván-Blázquez B & Magallón-Botaya R. (2020). Efficacy and efficiency of a new therapeutic approach based on activity-oriented proprioceptive antiedema therapy (TAPA) for edema reduction and improved occupational performance



- in the rehabilitation of breast cancer-related arm lymphedema in women: a controlled, randomized clinical trial. *BMC Cancer*, Nov 9;20(1):1074. doi: 10.1186/s12885-020-07558-x. PMID: 33167921; PMCID: PMC7652582
25. Nahon, I. (2021). Physiotherapy management of incontinence in men. *Journal of Physiotherapy*, 67(2), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.02.010>
  26. Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I. J., & Maddocks, M. (2017). Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 61, 94–106. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.10.006>
  27. Palma, S., Hasenoehrl, T., Jordakieva, G., Ramazanova, D., & Crevenna, R. (2021). High-intensity interval training in the prehabilitation of cancer patients- a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(4), 1781–1794. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05834-x>
  28. Rick, O., Dauelsberg, T., & Kalusche-Bontemps, E.-M. (2017). Oncological Rehabilitation. *Oncology Research and Treatment*, 40(12), 772–777. <https://doi.org/10.1159/000481709>
  29. National Standards for Rehabilitation of Adult Cancer Patients, 0 Interagir: pensando a extensão 1 (2010). <https://www.golder.com/insights/block-caving-a-viable-alternative/>
  30. Park P & Hashmi M(2018). Occupational Therapy for the Head and Neck Cancer Patient. *Cancer Treat Res*, 174:225-235. doi:10.1007/978-3-319-65421-8\_13
  31. Schmitz, K. H. (2020). *Exercise oncology: prescribing physical activity before and after a cancer diagnosis*. (Springer N)
  32. Schmitz, K. H., Campbell, A. M., Stuiver, M. M., Pinto, B. M., Schwartz, A. L., Morris, G. S., Ligibel, J. A., Cheville, A., Galvão, D. A., Alfano, C. M., Patel, A. V, Hue, T., Gerber, L. H., Sallis, R., Gusani, N. J., Stout, N. L., Chan, L., Flowers, F., Doyle, C., Matthews, C. E. (2019). Exercise is medicine in oncology: Engaging clinicians to help patients move through cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 468–484. <https://doi.org/10.3322/caac.21579>
  33. Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(1), 7–34. <https://doi.org/10.3322/caac.21551>
  34. Silver, J. K., & Baima, J. (2013). Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(8), 715–727. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31829b4afe>
  35. 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>
  36. Silver JK & Gilchrist LS (2021 ). Cancer rehabilitation with a focus on evidence-based outpatient physical and occupational therapy interventions. *Am J Phys Med Rehabil*, 90(suppl):S5YS15
  37. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija, Pasaules veselības organizācija, Ženēva, 2001.g.
  38. Stein Duker, L. I., & Sleight, A. G. (2019). Occupational therapy practice in oncology care: Results from a survey. *Nursing & health sciences*, 21(2), 164-

39. Steffens, D., Beckenkamp, P. R., Young, J., Solomon, M., da Silva, T. M., & Hancock, M. J. (2019). Is preoperative physical activity level of patients undergoing cancer surgery associated with postoperative outcomes? A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Surgical Oncology : The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 45(4), 510–518. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.10.063>
40. Stout, N. L., Baima, J., Swisher, A. K., Winters-Stone, K. M., & Welsh, J. (2017). A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 9(9S2), S347–S384. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.07.074>
41. Stout, N. L., Binkley, J. M., Schmitz, K. H., Andrews, K., Hayes, S. C., Campbell, K.
42. L., McNeely, M. L., Soballe, P. W., Berger, A. M., Cheville, A. L., Fabian, C., Gerber, L. H., Harris, S. R., Johansson, K., Pusic, A. L., Prosnitz, R. G., & Smith, R. A. (2012). A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(8 Suppl), 2191–2200. <https://doi.org/10.1002/cncr.27476>
43. 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>
44. Stout, N. L., Silver, J. K., Alfano, C. M., Ness, K. K., & Gilchrist, L. S. (2019). Long-Term Survivorship Care After Cancer Treatment: A New Emphasis on the Role of Rehabilitation Services. *Physical Therapy*, 99(1), 10–13. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy115>
45. Stubblefield MD, Schmitz KH & Ness KK (2013). Physical functioning and rehabilitation for the cancer survivor. *Semin Oncol*, Dec;40(6):784-95. doi: 10.1053/j.seminoncol.2013.09.008. PMID: 24331197
46. Taylor S, Keesing S, Wallis A, Russell B, Smith A & Grant R. (2021). Occupational therapy intervention for cancer patients following hospital discharge: How and when should we intervene? A systematic review. *Aust Occup Ther J*, 68(6):546-562. doi:10.1111/1440-1630.12750
47. Vester S, Muhr A, Meier J, Süß C, Kummer P & Künzel J (2023). Prehabilitation of dysphagia in the therapy of head and neck cancer- a systematic review of the literature and evidence evaluation. *Front Oncol*, Dec 18;13:1273430. doi: 10.3389/fonc.2023.1273430. PMID: 38188284; PMCID: PMC10766849
48. Zang Y., Xu W., Qiu Y., Gong D. & Fan Y. (2023). Association between Risk of Malnutrition Defined by the Nutritional Risk Screening 2002 and Postoperative Complications and Overall Survival in Patients with Cancer: A Meta-Analysis. *Nutr. Cancer*, 75:1600–1609. [10.1080/01635581.2023.2227402](https://doi.org/10.1080/01635581.2023.2227402)
49. Waterland, J. L., McCourt, O., Edbrooke, L., Granger, C. L., Ismail, H., Riedel, B., & Denehy, L. (2021). Efficacy of Prehabilitation Including Exercise on Postoperative Outcomes Following Abdominal Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Frontiers in surgery* (Vol. 8, p. 628848). <https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.628848>
50. World Health Organization. (2017a). *ICF research branch*. <https://www.icf->

research-branch.org/icf-core-sets-projects2/cancer/development-of-icf-core-sets-for-patients-with-head-and-neck-cancer

51. World Health Organization. (2017b). *ICF research branch*. <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/cancer/icf-core-set-for-breast-cancer>
52. [https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativaaprupe?utm\\_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.vmnvd.gov.lv/lv/paliativaaprupe?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)

**Konsīlija slēdziena noformēšanas nosacījumi pacientam ar pirmreizēji diagnosticētu onkoloģisko slimību vai ar diagnosticētu onkoloģiskās slimības recidīvu**

N.p.k.	Rādītājs	Saturs
1	<b>Konsīlija datums</b>	Norāda datumu, kad ir veikts konsīlijs, papildus norāda, vai konsīlijs veikts pacienta klātbūtnē, vai bez tās.*
2	<b>Ārstniecības iestāde</b>	Tiek norādīta ārstniecības iestāde, kurā notika konsīlijs
3	<b>Personas dati</b>	Personas vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā un faktiskās dzīvesvieta, tālrunis, e- pasts
4	<b>Pamata diagnoze</b>	Diagnoze vārdiem atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm
5	<b>Blakus diagnoze/s</b>	Diagnoze/s atbilstoši SSK-10 klasifikatoram, t.sk. diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm
6	<b>TNM klasifikācija</b>	T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> pT <input type="checkbox"/> Ja dažādu iemeslu dēļ tas nav iespējams, tad jāsniedz paskaidrojums (piemēram, nav veikta operācija).
7	<b>Slimības stadija</b>	Norāda slimības stadiju ( <i>O, Ois, OA, I, IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2, IC, II, IIA, IIB, IIC, III, IIIA, IIIB, IIIC, IV, IVA, IVB, IVC, neprecizēta – X</i> )
8	<b>Diagnoze apstiprināta</b>	Norāda kāda izmeklējuma laikā ir veikta audu parauga paņemšana, kas apstiprina diagnozi, vai arī kāds izmeklējums/i apstiprina uzstādīto pamatdiagnozi, ja diagnoze nav apstiprināta morfoloģiski
9	<b>Morfoloģija</b>	Morfoloģijas atbilstoši SSK-10 klasifikatoram un citu patoloģiskās izmeklēšanas laikā iegūto informāciju, piemēram, receptoru stāvoklis, molekulāri bioloģiski rādītāji vai mutācijas.
10	<b>Ar slimību vai tās terapiju saistītas komplikācijas</b>	Šajā sadaļā norāda ar slimības tālākas progresēšanas vai ar terapiju saistītos riskus veselībai un iespējamās blaknes, tai skaitā prognozējamās funkcionēšanas traucējumus atbilstoši

		“Starptautisko funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikāciju” (SFK) klasifikatoram.
11	<b>Lēmums par slimības terapijas taktiku</b>	<p>Precīzi norāda pa sadaļām:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ķirurģija (nav nepieciešama, primāra radikāla, paliatīva, simptomātiska);</li> <li>• staru terapija (radikāla, papildu, paliatīva vai simptomātiska);</li> <li>• medikamentozā terapija (neoadjuvanta, adjuvanta, paliatīva);</li> <li>• mērķterapija;</li> <li>• imūnterapija;</li> <li>• paliatīvā aprūpe (ir/nav nepieciešama, ja ir nepieciešama, tad norāda nepieciešamo paliatīvo aprūpes apjomu);</li> <li>• paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums jeb hospisa aprūpe pacienta dzīvesvietā (ir/nav nepieciešams)**;</li> <li>• medicīniskā rehabilitācija (ir/nav nepieciešama, ja ir nepieciešama, tad norāda nepieciešamās medicīniskās rehabilitācijas apjomu)***</li> <li>• speciālistu, kas turpmāk veiks pacienta slimības ārstēšanu, uzraudzību, rehabilitāciju (piemēram, onkologs ķīmijterapeits, ķirurgs, onkologs ginekologs, ģimenes ārsts, Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts (FRM ārsts), funkcionālais speciālists).</li> </ul> <p>Šī konsīlija ietvaros ir jālemj par Latvijā kompensējamiem medikamentiem.</p> <p>Šī konsīlija ietvaros ir jālemj par reproduktīvā materiāla iegūšanu un uzglabāšanu pirms ķīmijterapijas, veicot atzīmi šī konsīlijā slēdzienā, ja pakalpojums ir jānodrošina, ņemot vērā pakalpojuma saņemšanas lietderību un iespējas, kā arī pacienta vēlmes.</p>
12	<b>Prognose par pacienta veselības stāvokli uz konsīlija norises brīdi</b>	Tiek norādīta prognozējama īstermiņa vai ilgtermiņa darbnespēja, vai ilgtermiņa invaliditāte.
13	<b>Ārstniecības personas</b>	Norāda ārstniecības personas vārdu, uzvārdu, specialitāti, kas piedalījās konsīlijā un ārstniecības personas ar savu parakstu un zīmogu apliecina pieņemto lēmumu.

\*Ja konsīlijs notiek bez pacienta klātbūtnes, pacientu ar konsīlija rezultātu iepazīstina ārstējošais ārsts

\*\* Paliatīvās aprūpes mobilās komandas pakalpojums jeb hospisa aprūpe pacienta dzīvesvietā ir indicēta, ja pacienta prognozējamā dzīvildze ir līdz 6 mēnešiem, balstoties uz Ārstniecības likuma 1.panta 31.punktu. Izvērtējot minēta pakalpojuma nepieciešamību, pacienta medicīniskajā dokumentācijā – stacionārajā vai ambulatorajā medicīnas kartē jābūt ierakstam par pacienta prognozējamo dzīvildzi.

\*\*\* Konsīlijā piedalās rehabilitācijas speciālists, kas novērtē pacientu pēc SFK, nosakot prognozējamās funkcionēšanas traucējumus un sniedz rekomendācijas to mazināšanai. Nepieciešamības gadījumā pacientu novirza atbilstoša rehabilitācijas pakalpojuma saņemšanai (akūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz vienlaikus ar akūtas slimības vai slimības paasinājuma ārstēšanu, pēctecīgi: rehabilitācija stacionārā, dienas stacionārā, ambulatoru pakalpojumu veidā).