



Veselības ministrija



Nacionālais veselības
dienests



NACIONĀLAIS PSIHISKĀS
VESELĪBAS CENTRS

Algoritms

Māsu darbā psihiatrijā un atkarību psihiatrijā izmantojamās veidlapas

2025

Algoritma autoru kolektīvs:

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Metodiskās vadības institūcija psihiatrijas jomā: Jeļena Vrubļevska, Liene Sīle,
Linda Šeldere, Zane Egle, Deniss Ovčarenko

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Veselības aprūpes kvalitātes kontroles vadītāja Valentīna Berga

Stacionārās psihiatriskās aprūpes 17. nodaļas virsmāsa Elita Melķe

Narkoloģijas stacionāra 26. nodaļas virsmāsa Kristīne Spulģīte

VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža""

Virsmāsa izglītības un aprūpes kvalitātes jautājumos Inga Ubaviča

VSIA "Piejūras slimnīca"

1. nodaļas virsmāsa Kristīne Karlsone

VSIA "Strenču Psihoneiroloģiskā slimnīca"

Galvenā māsa Inga Šarova

VSIA "Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca"

Galvenā māsa Elita Pastare

Algoritms saskaņots ar:

Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA

Sandra Igenberga, Kristīne Šacere

VSIA "Slimnīca "Ģintermuiža""

Artūrs Blekte

VSIA "Piejūras slimnīca"

Evija Siliņa

VSIA "Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca"

Sarmīte Ķikuste, Reinis Joksts

VSIA "Strenču Psihoneiroloģiskā slimnīca"

Maija Ancverīņa, Inga Bauska

Latvijas Psihiatru asociācija

Māris Taube

Elmārs Tērauds

Pateicamies visu kolēģu zināšanām, profesionalitātei un iesaistei!

**Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta!*

SATURA RĀDĪTĀJS

SAĪSINĀJUMI UN DEFINĪCIJAS	4
IEVADS	5
MĀSU DARBĀ PSIHIATRIJĀ UN ATKARĪBU PSIHIATRIJĀ IZMANTOTĀS VEIDLAPAS.....	6
ATJAUNINĀTO MĀSU DARBĀ IZMANTOJAMO VEIDLAPU METODOLOĢIJA.....	9
VEIDLAPU APRAKSTS, AIZPILDĪŠANAS NORĀDES UN REKOMENDĀCIJAS	9
VISPĀRĒJĀS REKOMENDĀCIJAS MĀSU APRŪPES DOKUMENTĀCIJAS AIZPILDĪŠANĀ.....	29
VEIDLAPU AIZPILDĪŠANAS KĀRTĪBA	30
REKOMENDĀCIJAS TURPMĀKAJAM DARBAM	31
PIELIKUMI	32
Pielikums Nr. 1.....	33
Pielikums Nr. 2.....	35
Pielikums Nr. 3.....	37
Pielikums Nr. 4.....	38
Pielikums Nr. 5.....	48
Pielikums Nr. 6.....	50
Pielikums Nr. 7.....	51
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS	54

SAĪSINĀJUMI UN DEFINĪCIJAS

Alkohola abstinences smaguma novērtējuma skala (CIWA-Ar) – (*The Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol Scale Revised*) ir klīniskā skala, kas paredzēta alkohola abstinences sindroma smaguma noteikšanai.

Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests (AUDIT) – (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) Pasaules Veselības organizācijas (PVO) izstrādāts tests, lai noskaidrotu, vai personas alkohola lietošanas paradumiem ir negatīvas iezīmes.

Braden skala – Izgulējumu riska novērtēšanas skala.

EEG – Elektroencefalogrāfija.

GAD-7 – (*Generalized Anxiety Disorder Scale-7*) pašnovērtējuma instruments ģeneralizētas trauksmes skrīningam primārās veselības aprūpes pacientiem.

i/v – Intravenozi.

Narkotiku skrīninga aptauja (DAST) – (*Drug Abuse Screening Test*) skrīninga rīks, kas palīdz noteikt personas iespējamās narkotisko vielu lietošanas izraisītus traucējumus.

NPVC – Nacionālais psihiskās veselības centrs, Valsts SIA.

P – Pulss.

p/o – Perorāli.

PHQ-9 – (*Patient Health Questionnaire*) depresijas pašnovērtējuma instruments, kas paredzēts depresijas traucējumu un simptomu skrīningam, smaguma novērtēšanai un pacienta stāvokļa izvērtēšanai dinamikā.

pO₂ – Skābekļa parciālais spiediens asinīs.

Seesing skala – Izgulējuma sadzīšanas vai attīstības izvērtēšanas skala.

SPMK – Stacionāra pacienta medicīniskā karte.

TA – Arteriālais spiediens.

T° – Temperatūra.

IEVADS



Māsu darbs psihiatrijā un atkarību psihiatrijā (narkoloģijā) ir nozīmīga starpdisciplinārās veselības aprūpes sastāvdaļa, kas prasa specifiskas zināšanas, prasmes un standartizētus darba instrumentus. Standartizēta māsu dokumentācija ir būtisks aprūpes elements, kas kalpo kā pamats kvalitatīvas, drošas un uz pacientu centrētas veselības aprūpes nodrošināšanai. Psihiatrijā un atkarību psihiatrijā dokumentācijas nozīme ir īpaši akcentējama, jo pacientu stāvoklis var būt mainīgs, uzvedība – neprognozējama, un aprūpes vajadzības – komplikēts un ilgstošs process.

Pacientu aprūpes veidlapu izmantošana māsu darbā nodrošina strukturētu, konsekventu un kvalitatīvu pacientu novērtēšanu, novērošanu un aprūpes procesu plānošanu. Māsu aprūpes dokumentācija palīdz ne tikai nodrošināt aprūpes pēctecību, bet arī veicina profesionālo atbildību, juridisko aizsardzību un aprūpes komandas sadarbību. Vienlaicīgi veidlapas kalpo kā svarīgs rīks sistemātiskai pieejai, palīdzot dokumentēt būtisku informāciju, kas nepieciešama pacientu efektīvai ārstēšanai un aprūpes kvalitātes nodrošināšanai. Izmantojot standartizētas veidlapas, tiek veicināta datu salīdzināmība un strukturēta informācijas ievade, kas atvieglo ne tikai ikdienas darbu, bet arī statistikas datu apkopošanu, administratīvo uzdevumu veikšanu u.tml.

Saskaņā ar 2024. gada 13. augusta Ministru kabineta noteikumu Nr. 543 “Metodiskās vadības institūcijas noteikumi” 7.2. apakšpunktu, Metodiskās vadības institūcijas pienākums ir izstrādāt vienotus profilakses, diagnostikas, ārstēšanas un tās pēctecības principus ārstniecības iestādēs un veicināt to ieviešanu.¹ Tādējādi Nacionālā psihiskās veselības centra, Valsts SIA, (turpmāk – NPVC) Metodiskās vadības institūcija psihiatrijas jomā kā vienu no 2025. gada darba uzdevumiem ir izvirzījusi māsu darbā psihiatrijā un atkarību psihiatrijā izmantojamo veidlapu atjaunināšanu un digitalizēšanu, vienota veidlapu aizpildīšanas algoritma izveidošanu, kā arī veidlapu rekomendēšanu visās Latvijas psihiatriskajās slimnīcās vienuviet. Nodevuma izstrādē tika iesaistīti eksperti no NPVC, VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””, VSIA “Piejūras slimnīca”, VSIA “Daugavpils Psihoneiroloģiskā slimnīca” un VSIA “Strenču Psihoneiroloģiskā slimnīca”.

¹Ministru kabineta 2024. gada 13. augusta noteikumi Nr. 543 “Metodiskās vadības institūcijas noteikumi”. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/354310-metodiskas-vadibas-institucijas-noteikumi>

Šis metodiskais materiāls izstrādāts ar mērķi aprakstīt, sistematizēt un standartizēt māsu darbā izmantojamo veidlapu pielietojumu psihiatrisko slimnīcu stacionārajās nodaļās, lai veicinātu vienotu izpratni par to nozīmi, lietošanas principiem un praktisko pielietojumu. Metodiskais materiāls ir paredzēts kā palīglīdzeklis māsu ikdienas darbā, vienlaikus sekmējot pacientu drošību, aprūpes nepārtrauktību un efektivitāti.

MĀSU DARBĀ PSIHIATRIJĀ UN ATKARĪBU PSIHIATRIJĀ IZMANTOTĀS VEIDLAPAS

Medicīnisko dokumentāciju reglamentē Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumi Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”, kas nosaka ārstniecības iestāžu medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību un ir saistoši visām ārstniecībām iestādēm.² Līdz šim psihiatrijas un atkarību psihiatrijas māsu aprūpes dokumentācija, kas nav reglamentēta normatīvajos aktos, nav tikusi standartizēta. Tomēr māsu aprūpes dokumentācijai ir līdzīgi pamatprincipi – tajā tiek atspoguļota informācija par pacientu aprūpes procesu un tā rezultātiem.³

Metodiskā darba ietvaros tika apkopota informācija par māsu darbā izmantotajām veidlapām visās Latvijas psihiatriskajās slimnīcās. Analīze liecina, ka, lai arī māsu aprūpes dokumentācijas pamatfunkcija ir vienāda, katrā iestādē tie reglamentēti ar iekšējiem normatīvajiem aktiem, kā rezultātā veidlapas starp iestādēm atšķiras pēc formas, satura un detalizācijas pakāpes. Zemāk apkopotas māsu darbā izmantotās veidlapas katrā no iestādēm:

“Nacionālais psihiskās veselības centrs”, Valsts SIA:

- Pacienta novērošanas veidlapa;
- Pacienta vispārējā stāvokļa dinamiskā novērtējuma veidlapa;
- Pacientu ordinācijas veidlapa;
- Informācijas veidlapa par pacientu, iestājoties nodaļā;
- Pacienta aprūpes veidlapa;

² Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumi Nr. 256 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/132359-medicinisko-dokumentu-lietvedibas-kartiba>

³ Latvijas Māsu asociācija, 2021. Metodiskais materiāls. Māsu darbība psihiatrijas pacientu aprūpē. Pieejams: https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2022-09/ML_Psihiatr.pac_apr.pdf

- Pacienta vitālo rādītāju novērtējuma veidlapa;
- Medikamentu izsniegšanas veidlapa (Metadons, Buprenorfīns);
- Glikozes mērījumu veidlapa;
- Intensīvās aprūpes veidlapa;
- Brūču aprūpes veidlapa;
- Pacienta mehāniskās ierobežošanas protokols;
- Pacientu ierobežošanas gadījumu reģistrācijas žurnāls;
- Narkotiku pieņemšanas-nodošanas akts;
- *Braden* skala izgulējumu rašanās riska izvērtēšanai;
- Ēdiena kvalitātes novērtējuma veidlapa nodaļā;
- Pacienta apstiprinājums;
- Pacienta novērošanas protokols;
- Glikozes līmeņa kontrole kapilārās asinīs;
- Rehabilitācijas plāna izpildes tabula.

VSIA “Piejūras slimnīca”:

- Multifunkcionālās psihiatriskās rehabilitācijas sociālās funkcionēšanas novērtēšanas kritēriji;
- Glikometrijas tests;
- Izgulējuma aprūpes protokols;
- Ordinācijas veidlapa;
- Pacienta novērojumu veidlapa;
- Medicīniskās (psihiatriskās) rehabilitācijas pakalpojumu plāns;
- Temperatūras veidlapa;
- Pacientu ierobežošanas protokols;
- Kvītis par dokumentu, vērtslietu un personīgo mantu nodošanu glabāšanā.

VSIA “Slimnīcā “Ģintermuiža””:

- Informācijas veidlapa par pacientu, iestājoties nodaļā;
- Infūzijas katetra novērtēšanas protokols;
- Krampju lēkmju reģistrācijas veidlapa;
- Pacienta/klienta aprūpes veidlapa;
- Mazkustīga un/vai guloša pacienta/klienta izgulējumu profilakses protokols;
- Izgulējumu riska novērtēšana pēc *Braden* skalas;
- Izgulējumu sadzīšanas vai attīstības skala pēc *Seesing* skalas;

- Pacienta ierobežošanas protokols;
- Pacientu/klientu krišanas risku novērtēšanas karte;
- Intensīvās terapijas un aprūpes veidlapa;
- Protokols par pacientu/klientu kritienu.

VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”:

- Pacienta kustību mehāniskās ierobežošanas protokols;
- Narkoloģiskās nodaļas pacientu enterālo medikamentu veidlapa;
- Narkoloģiskās nodaļas pacientu parenterālo medikamentu veidlapa;
- Narkoloģiskā pacienta aprūpes veidlapa;
- Psihiatriskā pacienta ordināciju veidlapa;
- Parenterālo medikamentu veidlapa;
- Pacienta pašaprūpes līmeņa novērtējuma veidlapa;
- Psihiatriskā pacienta intensīvās aprūpes veidlapa;
- Pacienta novērtēšanas protokols;
- Pacienta novērojumu veidlapa;
- Ādas novērtēšanas un brūces/izgulējuma aprūpes protokols;
- Pacienta pozicionēšanas veidlapa;
- Nodotu lietu veidlapa;
- Pacienta kustību mehāniskās ierobežošanas novērtēšanas protokols.

VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca”:

- Nodošanas – pieņemšanas un pacientu novērošanas žurnāls;
- *Braden* skala izgulējumu rašanās riska izvērtēšanai;
- Slimnieka ārstnieciskā aizņemtības darba terapija nodaļā vai ārpus tās;
- Ordinācijas veidlapa;
- Epileptisko lēkmju reģistrācijas veidlapa;
- Pacienta novērtēšanas protokols;
- Guloša pacienta higiēnas un pozicionēšanas plāns.

ATJAUNINĀTO MĀSU DARBĀ IZMANTOJAMO VEIDLAPU METODOLOĢIJA

VEIDLAPU APRAKSTS, AIZPILDĪŠANAS NORĀDES UN REKOMENDĀCIJAS

Balstoties uz darba grupas ekspertu veikto analīzi un novērtējumu, tika identificētas māsu darbā izmantojamās veidlapas, kuras būtu īpaši svarīgi standartizēt un atjaunināt, lai nodrošinātu vienotu aprūpes kvalitāti un dokumentācijas struktūru. Vienlaikus veidlapas tika pārskatītas, atjauninātas un papildinātas atbilstoši pacientu orientētās aprūpes principiem un ārstniecības kvalitātes prasībām.

1. “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā” (Pielikums Nr. 1)

Veidlapas apraksts

“Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā” paredzēta sākotnējai pacienta novērtēšanai uzņemšanas brīdī stacionāra nodaļā. Šī veidlapa ir neatņemama aprūpes procesa sākumdaļa un veido pamatu personalizētai pacienta aprūpei.

Veidlapā tiek fiksēti būtiskākie dati par pacienta vispārējo fizisko, psihisko un sociālo stāvokli, vielu lietošanas paradumiem, suīdālām domām un/vai uzvedību, uzvedību utt. Veidlapa kalpo kā pamats aprūpes koordinēšanai atbilstoši pacienta spējām un noteiktajam aprūpes līmenim (I – IV līmenis), kā arī turpmākai pacienta aprūpes plānošanai. Veidlapa ir apvienota ar “Pacientu aprūpes veidlapu” un “Pacienta pastiprinātās (72 stundu) uzraudzības veidlapu” (sk. metodoloģiju zemāk).

Veidlapas aizpildīšanas norādes

- “Informācijas lapā par pacientu, iestājoties nodaļā” informācija tiek fiksēta uzreiz pēc pacienta iestāšanās stacionāra nodaļā. Ja objektīvu iemeslu dēļ visu informāciju nav iespējams iegūt uzreiz, informācijas laukus var papildināt atkārtoti, t.sk. atjaunināt informāciju, ja novērojamas izmaiņas pacienta veselības stāvoklī, uzvedībā u.tml.;
- Lapas augšmalā ierakstāms nodaļas, kurā pacients iestāties, nosaukums vai numurs, kā arī stacionāra pacienta medicīniskās kartes (turpmāk – SPMK) numurs;

- Zemāk norādāms pacienta vārds, uzvārds un personas kods. Papildus jāatzīmē, vai pacients stacionārā ārstējas pirmreizēji vai atkārtoti, kā arī jānorāda mēsas, kas aizpilda veidlapu, vārds, uzvārds un veidlapas aizpildīšanas datums un laiks;
- Veidlapas tabulā attēlotie informācijas lauki ir numurēti, strukturēti pa blokiem. Paredzēti gan lauki ar brīvu vietu ierakstam, gan lauki, kuros nepieciešams atzīmēt atbilstošo variantu/-us (atzīmēt ☒) un/vai ierakstīt citu variantu (cits: ____);
- Pēc veidlapas aizpildīšanas iegūtā informācija jāpārrunā ar ārstējošo ārstu. Kad māsa ar veidlapas saturu iepazīstinājusi ārstējošo ārstu, pēc iepazīšanās ar dokumentu, ārsts to paraksta;
- Elektroniski jeb digitāli aizpildāmā veidlapas versija paredzēta lietošanai datorā vai planšetdatorā. Visi informācijas lauki aizpildāmi analogi augstāk minētajām norādēm. Brīvie lauki, kas paredzēti ierakstiem, pielāgoti elektroniskai informācijas ievadei;
- Elektroniskās veidlapas dokumenta rekvizītu “paraksts” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu. Elektroniskā dokumenta parakstīšanas laiks ir laika zīmoga pievienošanas datums un laiks.

Rekomendācijas

“Informācijas lapas par pacientu, iestājoties nodaļā” aizpildīšana tiek rekomendēta kopā ar “Pacientu aprūpes veidlapu” un “Pacienta pastiprinātās (72 stundu) uzraudzības veidlapu” (sk. zemāk), lai nodrošinātu visaptverošu un saskaņotu pacienta novērtējumu un aprūpes plānošanu jau no iestāšanās stacionāra nodaļā brīža.

- Veidlapas datus ieteicams pārrunāt un analizēt multidisciplināras komandas ietvaros (psihiatrs, māsa, klīniskais psihologs, mākslu terapeits, fizioterapeits, ergoterapeits, sociālais darbinieks u.c.), lai veidotu vienotu izpratni par pacienta vajadzībām un iespējamajiem riska faktoriem;
- Ieteicams regulāri atgriezties pie sākotnēji fiksētās informācijas, īpaši, ja pacienta stāvoklis ir mainīgs. Veidlapa var tikt izmantota arī kā pamats atkārtotam novērtējumam vai veselības stāvokļa izmaiņu dokumentēšanai;
- Īpašu uzmanību ieteicams pievērst sadaļām, kas saistītas ar suicidālām domām un/vai uzvedību, psihoemocionālo stāvokli, agresiju, atkarību izraisošo vielu

lietošanu u.tml. Ja konstatēti potenciāli riska faktori, jāveic atbilstoši drošības pasākumi;

- Ieteicams iespējami daudz informācijas iegūt tieši no pacienta (ja tas ir iespējams), lai veicinātu viņa līdzdalību aprūpē, uzticēšanos un savstarpējo komunikāciju.

1.1. “Pacientu aprūpes veidlapa” (Pielikums Nr. 2)

Veidlapas apraksts

Šī veidlapa ir paredzēta strukturētai un individualizētai pacienta aprūpes procesa plānošanai, balstoties uz pacienta sākotnējā novērtējuma laikā iegūto informāciju. Veidlapā tiek atspoguļota informācija par pacienta funkcionālo stāvokli, aprūpes mērķiem, īstermiņa un ilgtermiņa aprūpes uzdevumiem. Šī veidlapa palīdz nodrošināt aprūpes pēctecību un veicina pacienta līdzdalību ārstēšanas procesā.

Veidlapas aizpildīšanas norādes

- “Pacientu aprūpes veidlapu” aizpilda pēc sākotnējās novērtēšanas un “Informācijas lapas par pacientu, iestājoties nodaļā” sagatavošanas;
- Aizpilda visiem pacientiem, neatkarīgi no pacienta veselības stāvokļa – pirmās trīs dienas, katru dienu pēc iestāšanās stacionāra nodaļā. Pēc tam atkarībā no nepieciešamības (piemēram, pacientiem uzraugāmajās palātās, pacientiem, kuriem veic stacionāro ekspertīzi, u.tml. veidlapu turpina pildīt katru dienu, citos gadījumos – veidlapu aizpilda reizi divās līdz piecās dienās, atkarībā no nepieciešamības);
- Veidlapas augšmalā ierakstāms pacienta vārds un uzvārds, nodaļas, kurā pacients iestājies, nosaukums vai numurs, kā arī SPMK numurs;
- Veidlapā attēlotajā tabulā nepieciešams atzīmēt katra ieraksta datumu un laiku;
- Informācijas laukos brīvā formā jānorāda konkrētas aprūpes problēmas, māsas novērojumi un aprūpes darbības;
- Veidlapa aizpildāma sadarbībā ar ārstējošo ārstu un aprūpes komandu;
- Informācija ir jāatjaunina ikreiz, kad mainās pacienta stāvoklis vai aprūpes vajadzības;
- Pēc informācijas aizpildīšanas katru ierakstu apliecina ar māsas parakstu;

- Ar veidlapas saturu māsa iepazīstina ārstējošo ārstu, kurš pēc iepazīšanās ar dokumentu to paraksta;
- Veidlapas elektroniskā versija jāaizpilda pēc tiem pašiem principiem, kā ar roku aizpildāmā versija (sk. metodoloģiju “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā”).

Rekomendācijas

Lai efektīvāk sasniegtu izvirzītos aprūpes mērķus, tiek rekomendētas sekojošas darbības, piemēram:

Pacienti ar depresijas simptomātiku:

- Gan iestāšanās brīdī, gan izrakstoties no stacionāra nodaļas pacientam aizpildīt “Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9)”⁴ kā arī “GAD-7 pašnovērtējuma skala”⁵, lai novērtētu simptomu smagumu iestāšanās brīdī un ārstēšanas efektivitāti, izrakstoties no stacionāra nodaļas;
- Rūpīgi novērot pacienta pašvērtējumu, motivāciju un vēlmi/spēju iesaistīties ikdienas aktivitātēs;
- Atbilstoši pacienta spējām stimulēt pacienta pašaprūpi, piemēram, motivēt mazgāties, apģērbties, ēst u.tml.;
- Fiksēt jebkādas pazīmes par suicidālām domām un/vai uzvedību, nepieciešamības gadījumā nodrošināt tūlītēju reakciju un ārstējošā ārsta informēšanu;
- Aktīvi interesēties par pacienta emocijām, trauksmi, bailēm, vienlaikus nodrošinot drošu telpu un privātumu sarunām. Komunikācijā izmantot empātisku pieeju un aktīvu klausīšanos;
- Plānot pacienta ikdienu, nodrošinot emocionālu atbalstu, sociālās un fiziskās aktivitātes, radošo nodarbību iespējas u.tml.;
- Sekot medikamentu iedarbībai un blakusparādībām, informējot ārstējošo ārstu par jebkādām pārmaiņām pacienta veselības stāvoklī;
- Veikt citas darbības atbilstoši ārstējošā ārsta norādēm.

⁴ Nacionālais veselības dienests. “Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/6492/download>

⁵ Nacionālais veselības dienests. GAD-7 pašnovērtējuma skala. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/6489/download>

Pacientiem ar psihotiskiem traucējumiem:

- Veikt pastiprinātu uzraudzību, ja pacientam ir halucinācijas, murgu idejas, dezorganizēta uzvedība u.c.;
- Izvērtēt, vai murgu idejas un halucinācijas ietekmē pacienta uzvedību nodaļā;
- Plānot nepieciešamos drošības pasākumus, piemēram, nodrošinot apkārtējās vides pielāgošanu (samazināt ārējos kairinātājus, novākt potenciāli bīstamus priekšmetus utt.);
- Katru dienu veikt novērojumus un aprakstīt simptomu dinamiku, lai palīdzētu ārstam uzraudzīt terapijas efektivitāti;
- Nodrošināt, lai komunikācija ar pacientu būtu mierīga, vienmērīga un neprovocējoša, vienlaikus ievērojot konsekvenci aprūpes sniegšanā;
- Izvairīties no pēkšņas pieskaršanās, negaidītas tuvošanās pacientam;
- Gadījumā, ja pacients atsakās no medikamentiem, dokumentēt atteikumu un nekavējoties informēt par to ārstējošo ārstu;
- Iesaistīt pacientu vienkāršās, strukturētās nodarbēs, kas palīdz saglabāt uzmanību un mazināt haotisku domāšanu;
- Sekot līdzi tam, vai pacients spēj atšķirt realitāti no halucinācijām, maigā veidā veicinot pacienta kritisko domāšanu;
- Sekot medikamentu iedarbībai un blakusparādībām, informējot ārstējošo ārstu par jebkādam pārmaiņām pacienta stāvoklī;
- Veikt citas darbības atbilstoši ārstējošā ārsta norādēm.

Pacientiem ar demenci:

- Uzmanīgi novērot dehidratācijas, nepietiekama uztura vai infekciju pazīmes;
- Pastiprināti pievērst uzmanību pacienta orientācijai laikā, vietā, personā;
- Iekļaut aprūpes pasākumus, kas veicina pacienta drošību, rutīnas saglabāšanu un maņu stimulāciju;
- Nodrošināt sistemātisku pacientu drošības uzraudzību un preventīvu pasākumu ieviešanu, lai nepieļautu situācijas, kurās varētu rasties paaugstināts kritienu risks;
- Nodrošināt regulārus orientēšanās atgādinājumus, piemēram, “Šodien ir...”, “Jūs atrodaties...”;

- Uzturēt mierīgu, prognozējamu vidi, izvairoties no biežām izmaiņām personālā, ikdienas rutīnā, apkārtējā vidē. Piemēram, vides atpazīšanai – lai pacientam būtu vieglāk atrast savu palātu, vizualizēt to ar dažādām, viegli iegaumējamām piktogrammām vai attēliem, lielākiem burtiem vai cipariem;
- Veicināt pacienta pašcieņu, iesaistot viņu vienkāršās, īsās, strukturētās ikdienas aktivitātēs, kas atbilst pacienta spējām un veicina pozitīvu mijiedarbību ar personālu, piemēram, puzzles likšanā, augu kopšanā u.tml.;
- Sekot medikamentu iedarbībai un blakusparādībām, informējot ārstējošo ārstu par jebkādām pārmaiņām pacienta stāvoklī;
- Veikt citas darbības atbilstoši ārstējošā ārsta norādēm.

Biežākās aprūpes problēmas un risinājumi

Urinācijas traucējumi (nespēja urinēt, urīna nesaturēšana)

Problēma:

Pacientiem ar psihiskiem traucējumiem, kas lieto antidepresantus, antipsihotiskos, anksiolītiskos līdzekļus u.tml., bieži attīstās urīna retence (nespēja urinēt), urīna nesaturēšana.

Iespējamie iemesli:

- Medikamentu izraisītas blakusparādības (piemēram, klozapīns, risperidons);
- Neirogēna urīnpūšļa disfunkcija;
- Apziņas traucējumi vai demence.

Risinājumi:

- Regulārs urinācijas monitorings, pievēršot uzmanību uzņemtajam šķidruma daudzumam;
- Vēdera apjoma novērtēšana un palpācija aizdomu gadījumā par retenci;
- Urīnpūšļa katetra ievade, ja nepieciešams;
- Urologa konsultācija;
- Medikamentu pārskatīšana un korekcija (pēc ārstējošā ārsta norādījumiem);
- Pacienta izglītošana par inkontinences līdzekļu dažādību, pareizu izvēli un lietošanu. Pareiza inkontinences līdzekļu izvēle pacientiem ar apziņas traucējumiem un demenci.

Aizcietējumi

Problēma:

Psihiatriskajā aprūpē pacientiem bieži ir aizcietējumi – to izraisa nepietiekama fiziskā aktivitāte, nepietiekams uzņemtais šķidruma daudzums, medikamentu iedarbība (piemēram, klozapīns, opioīdi), kā arī nepietiekams uzturs.

Risinājumi:

- Diētas korekcija ar šķiedrvielām un pietiekama hidratācija;
- Regulārs fizisko aktivitāšu plāns;
- Medikamentoza ārstēšana vēdera izejas veicināšanai;
- Vēdera izejas monitorings (biežums, fēču konsistence).

Galvassāpes, reibonis un vispārējs vājums

Problēma:

Var būt saistīta ar medikamentu iedarbību, dehidratāciju, abstinences sindromu vai somatisku blakusslimību esamību (piemēram, anēmija, hipoglikēmija).

Risinājumi:

- Regulāra asinsspiediena, pulsa un glikozes līmeņa kontrole, izmantojot, piemēram, “Pacienta pastiprinātās (72 stundu) uzraudzības lapu”;
- Medikamentu blakusparādību uzskaitē;
- Sabalansēta uzturu un pietiekamas hidratācijas nodrošināšana;
- Neirologa konsultācija.

Nepietiekama uztura uzņemšana

Problēma:

Pacienti var atteikties ēst (piemēram, depresijas, ēšanas traucējumu, psihozes gadījumā), pārēsties, kā arī nespēt izvērtēt savas uztura vajadzības.

Risinājumi:

- Regulāra ķermeņa masas indeksa (KMI) un diētas kontrole;
- Konsultācija ar uztura speciālistu;
- Personalizētas maltītes un pozitīvas apkārtējās vides ēšanas laikā nodrošināšana;
- Pēc ēdienreizes nepieciešama pacienta pastiprināta uzraudzība, lai novērstu pacienta vēlmi atbrīvoties no uzņemtā uztura (īpaši, pacientiem ar ēšanas traucējumiem, piemēram, anoreksiju);
- Smagos gadījumos – enterālā vai parenterālā barošana (pēc ārstējošā ārsta norādījumiem).

Kustību traucējumi un kritienu risks

Problēma:

Motorais nemiers, sedācija, gaitas nestabilitāte vai Parkinsona slimībai līdzīgi simptomi palielina kritienu risku.

Risinājumi:

- Kritienu riska novērtēšana, izmantojot “Pacienta krišanas riska novērtēšanas karti”;
- Apkārtējās vides pielāgošana (neslīdoša grīda, margu pieejamība, optimāla apgaismojuma nodrošināšana);
- Palīglīdzekļu pieejamība un to pareiza lietošana;
- Fizioterapeita vai rehabilitologa iesaiste.

Nepietiekama slimības izpratne un līdzestības trūkums ārstēšanā

Problēma:

Pacienti bieži noliedz savu diagnozi, nevēlas lietot medikamentus, patvaļīgi pārtrauc ārstēšanu.

Risinājumi:

- Psihoeducācija par slimību, medikamentiem un recidīva riskiem;
- Pacienta motivācijas veicināšana;
- Pacientam saprotamas informācijas sniegšana (vienkāršā, skaidrā valodā);
- Tuvinieku izglītošana, lai veidotu atbalstošu vidi ārpus ārstniecības iestādes;
- Sociālā dienesta iesaiste pacienta atbalstam dzīves vietā.

Somatiskā stāvokļa uzraudzības trūkums

Problēma:

Pacienti bieži nesaņem pietiekamu uzmanību attiecībā uz somatisko stāvokli (piemēram, hronisku slimību, hipertensijas, infekcijas slimību gadījumā).

Risinājumi:

- Regulāras somatiskās pārbaudes, vitālo rādītāju monitorings;
- Sadarbība ar citiem veselības aprūpes speciālistiem, piemēram, neirologu, endokrinologu u.c.;
- Diētas piemērošana, fizisko aktivitāšu plānošana.

Pašaprūpes trūkums

Problēma:

Pacientiem var būt grūtības ar personīgās higiēnas ievērošanu, ēšanu, medikamentu lietošanu u.tml.

Risinājumi:

- Ikdienu rutīnas strukturēšana (skaidrs dienas režīms);
- Individuāls aprūpes plāns, kas ietver palīdzības sniegšanu pacientam un apmācību pašaprūpē;
- Iesaistīšana dažādās aktivitātēs, lai veicinātu pacienta neatkarību;
- Aprūpes personālam (laika taupīšanas nolūkā) neveikt tās aprūpes darbības, ko pacients spēj darīt pats;
- Paslavēt pacientu par katru paveikto aktivitāti un sasniegumu;
- Sociālā dienesta iesaistīšana, lai nodrošinātu pacientam piemērotu palīdzību – aprūpi dzīvesvietā, grupu dzīvokļos, aprūpes centros (atbilstoši pašaprūpes deficīta apjomam);
- Ergoterapeita konsultācija.

Paškaitējuma vai agresijas risks

Problēma:

Pastāv risks paškaitējumam, vardarbīgai uzvedībai pret sevi un citiem.

Risinājumi:

- Regulāra psihiskā stāvokļa izvērtēšana, suicīda riska skalu pielietošana (piemēram, “Kolumbijas suicīda riska novērtējuma skala”);
- Nepārtraukta un pastiprināta pacienta novērošana krīzes periodā;
- Apkārtējās vides pielāgošana (piemēram, novākt priekšmetus, ar ko iespējams nodarīt kaitējumu);
- Ievērot drošības pasākumus darbā ar agresīvu pacientu, t.i. ievērot distanci, pie pacienta iet vismaz diviem aprūpes veicējiem, nestāties ceļā agresīvam pacientam, atstājot iespēju izejai, apgūt un pielietot dažādas deeskalācijas tehnikas;
- Aprūpes personālam ir jābūt mierīgam, empātiskam, profesionālam u.tml.;
- Jāspēj atpazīt agresīvas uzvedības pazīmes;
- Ja aprūpes personālam nav iespējams komunicēt ar pacientu (piemēram, stupors), rekomendējams aicināt kādu no aprūpes personāla (māsu, māsas

palīgu, virtuves darbinieku u.c.), kas palīdzēs novirzīt pacienta domas citā virzienā, tādējādi pacients koncentrēsies uz citu personu;

- Darbs ar klīnisko psihologu.

Izgulējumu un imobilitātes risks

Problēma:

Pacienti ar smagu psihisko un somatisko stāvokli, kas nonākuši stacionārā, var būt guloši un/vai mazkustīgi.

Risinājumi:

- Regulāra pozicionēšana, izgulējumu riska novērtēšana, izmantojot *Braden* skalu, kā arī profilakses pasākumu organizēšana atbilstoši ārstniecības iestādē noteiktām prasībām;
- Profilaktiska izgulējumu aprūpe;
- Fizioterapeita iesaiste rehabilitācijā.

Atkarību slimības komorbiditāte

Problēma:

Pacientiem ar psihiskiem traucējumiem bieži ir arī alkohola vai vielu lietošanas atkarības, kas pasliktina ārstēšanās rezultātus.

Risinājumi:

- Pastiprināta atkarību speciālista uzraudzība, multidisciplināra pieeja;
- Validētu skalu, instrumentu, pielietošana, piemēram, Alkohola abstinences smaguma novērtējuma skala (CIWA-Ar), Alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests (AUDIT)⁶, Narkotiku skrīninga aptauja (DAST)⁷ u.c.;
- Vielu lietošanas traucējumu ārstēšana;
- Grupu terapija un psihosociālās intervences;
- Tuvinieku izglītošana par līdzatkarības problēmām;
- Aprūpes pēctecība, nodrošinot stabilu atbalsta mehānismu pēc izrakstīšanās no stacionāra nodaļas (ambulatorā uzraudzība, pašpalīdzības grupas).

⁶ Slimību profilakses un kontroles centrs. Klīniskais algoritms. Akūtas alkohola intoksikācijas un abstinences stāvokļa atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/2.alk_alg_2_alk_intoks_un_abst1.pdf

⁷ Slimību profilakses un kontroles centrs. Klīniskais algoritms Depresijas, trauksmes un psihoaktīvo vielu lietošanas (PAV) traucējumu komorbiditāte, diagnostika, diferenciāldiagnostika, vadīšana, ārstēšana, aprūpe. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/8.dd_alg_3_depresija_un_trauksme1.pdf

Stigmatizācija un sociālā izolācija

Problēma:

Pacienti bieži izjūt sabiedrības negatīvo attieksmi, kas ietekmē viņu pašvērtējumu un ārstēšanas motivāciju.

Risinājumi:

- Iekļaujošas sociālās aktivitātes stacionāra nodaļā;
- Sociālā darbinieka iesaiste;
- Psihosociālās intervences;
- Sabiedrības izglītošana, informatīvi izglītojošu pasākumu par psihiskām saslimšanām, to izpausmēm un mūsdienīgu pieeju ārstēšanā organizēšana, dalīšanās ar pieredzi u.tml.;
- Pacienta motivēšana apmeklēt pašpalīdzības un atbalsta grupas ārpus stacionāra.

Nepietiekama aprūpes pēctecība pēc izrakstīšanās no stacionāra nodaļas

Problēma:

Pacientiem trūkst atbalsta pēc izrakstīšanās no stacionāra nodaļas – pastāv risks, ka viņi var pārtraukt terapiju, nonākt sociālajā izolācijā, palikt bez dzīves vietas u.tml.

Risinājumi:

- Ambulatorās aprūpes nodrošināšana;
- Tuvinieku iesaiste pacienta aprūpē, sadarbība ar sociālo dienestu;
- Motivācija pacienta sociālajai reintegrācijai (darbam, izglītībai u.tml.)

1.2. “Pacienta pastiprinātās (72 stundu) uzraudzības veidlapa”

(Pielikums Nr. 3)

Veidlapas apraksts

Šī ir veidlapa, kas izstrādāta ar mērķi prioritizēt pacientu uzraudzību pirmajās 72 stundās no pacienta iestāšanās stacionāra nodaļā, īpaši pacientu, piemēram, ar psihiskā un somatiskā stāvokļa traucējumiem, katatonu stuporu vai uzbudinājumu, atteikšanos no ēdiena un/vai šķidruma uzņemšanas psihisku traucējumu dēļ un citu pacientu ar smagiem stāvokļiem pastiprinātai uzraudzībai, t.sk. arī jebkuras citas

nepieciešamības gadījumā. Vienlaicīgi veidlapa palīdz nodrošināt pacienta uzraudzības nepārtrauktību brīvdienās un svētku dienās, kad nodaļas dežūrārsts var nebūt pieejams.

Veidlapas aizpildīšanas norādes

- Veidlapas kreisajā augšmalā ierakstāms pacienta vārds un uzvārds, nodaļas, kurā pacients iestājies, nosaukums vai numurs, kā arī SPMK numurs;
- Veidlapā attēlotās tabulas kreisajā malā ir trīs iedaļas, kas apzīmē pacienta pastiprinātās uzraudzības dienu – 1. diena (0 – 24 stundas), 2. diena (24 – 38 stundas) un 3. diena (48 – 72 stundas). Katra no minētajām iedaļām ir sadalīta divās daļās, kas norāda uz pacienta uzraudzības biežumu diennaktī, respektīvi divas reizes diennaktī, trīs dienas pēc kārtas māsai jāveic pacienta pastiprināta uzraudzība;
- Tabulas augšējā horizontālajā ailē norādīti dati, kas jāfiksē konkrētajā uzraudzības dienā, divas reizes diennaktī, t.i. datums (dd.mm.gggg.) un laiks (ss:mm). Vienlaikus jāveic pacienta vitālo rādītāju kontrole – TA (arteriālais spiediens), P (pulss), T° (temperatūra), pO₂ (skābekļa parciālais spiediens asinīs). Tāpat jānorāda glikozes līmenis asinīs, uzņemtais šķidruma daudzums i/v (intravenozi) un p/o (perorāli), izvadītais šķidruma daudzums, kā arī diēta/uzņemtā pārtika. Pēdējā ailē paredzēta vieta piezīmēm un māsas parakstam;
- Ar veidlapas saturu māsa iepazīstina ārstējošo ārstu, kurš pēc iepazīšanās ar dokumentu to paraksta;
- Veidlapas elektroniskā versija jāaizpilda pēc tiem pašiem principiem, kā norādīts augstāk (sk. metodoloģiju “Informācijas lapa par pacientu, iestājosies nodaļā”).

Rekomendācijas

- Norādītajā laika posmā jāmēra vitālie un citi rādītāji, īpaši pievēršot uzmanību, ja kāds no rādītājiem ir izmainīts, piemēram, augsta temperatūra, tahikardija vai bradikardija, hipotensija, elpošanas grūtības, hipoglikēmija utt., un jāveic darbības minētā korekcijai.

2. “Ādas novērtēšanas un brūču aprūpes protokols” (apvienots ar “*Braden* skala izgulējumu riska novērtēšanai” un “*Seesing* skala izgulējuma sadzīšanas vai attīstības novērtēšanai”) (Pielikums Nr.4)

Veidlapu apraksts

“Ādas novērtēšanas un brūču aprūpes protokols”

- Šo protokolu aizpilda visos gadījumos, kad pacientam ir konstatēts jebkāds ādas bojājums. To pilda katru dienu, līdz brūce ir sadzījusī, izņemot gadījumus, ja protokolā kā brūces cēlonis ir izgulējums. Tādā gadījumā tiek pildītas “*Braden* skala izgulējumu riska novērtēšanai” un *Sessing* skalas.

“*Braden* skala izgulējumu riska novērtēšanai”

- *Braden* skalu, kas novērtē izgulējumu rašanās riskus, aizpilda pie iestāšanās stacionāra nodaļā pacientiem, kuriem ir potenciāls izgulējuma rašanās risks, piemēram, pacientiem ar ilgstošu gultas režīmu (īpaši intensīvās terapijas un hronisko slimību aprūpes nodaļu pacienti), gados vecāki (virs 65 gadu vecumam) un/vai mazkustīgi pacienti – pacienti, kuriem pielietota mehāniskā ierobežošana, psihiski smagi slimi pacienti ar katatoniju, dažāda vecuma pacienti ar paralīzi vai parēzi, pazemināta vai stipri palielināta barojuma pacienti, pacienti ar izgulējumiem anamnēzē; pacienti ar sāpīgas traucējumiem vai vaskulārām (asinsvadu) patoloģijām.
- Ja skalas vērtējums ir 15 un mazāk punkti, riskus vērtē katru dienu;
- Ja skalas vērtējums ir vairāk par 15 punktiem, tad atkārtoti riskus pārvērtē pēc 7 dienām.

“*Seesing* skala izgulējuma sadzīšanas vai attīstības novērtēšanai”

- *Sessing* skala parāda izgulējuma sadzīšanas un attīstības izvērtēšanu dinamikā. Izmaiņas stadijas ļauj novērtēt ārstēšanas taktikas efektivitāti. Šo skalu aizpilda tikai tajos gadījumos, ja izgulējuma brūce jau ir izveidojusies. To aizpilda, līdz brūce ir pilnībā sadzījusī.

Veidlapu aizpildīšanas norādes

- “Ādas novērtēšanas un brūču aprūpes protokolu” aizpilda vismaz reizi 24 stundās vai biežāk, atkarībā no tā, vai konstatētas būtiskas izmaiņas pacienta vispārējā vai funkcionālajā stāvoklī (piemēram, ilgstoša imobilizācija u.tml.);
- Protokola aizpildīšana balstīta uz māsas novērojumiem, klīnisko apskati un ierakstiem citā medicīniskajā dokumentācijā (piemēram, “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā”);
- Protokola augšmalā aizpildāms pacienta vārds un uzvārds, nodaļas, kurā pacients iestājies, nosaukums vai numurs, kā arī SPMK numurs;
- Zemāk jāatzīmē brūces cēlonis, kā arī attēlā jānorāda ādas bojājuma lokalizācijas vieta/-s;
- Protokola elektroniski aizpildāmajā versijā attēlam, kurā jāatzīmē brūču lokalizācijas vieta, pievienots sarkanas krāsas simbols (“X”), kuru iespējams pārvietot uz nepieciešamās attēlā norādītās brūces lokalizācijas vietas. Ja gadījumā nepieciešams norādīt vairāk kā vienu brūces lokalizācijas vietu, minēto simbolu nokopē un ielīmē tik daudz, cik ir nepieciešams;
- Zem brūču lokalizācijas attēlā atrodas Sāpju skala, ar kuras palīdzību iespējams noteikt pacienta sāpju intensitāti 10 ballu skaitliskā skalā (0 balles – sāpju nav nemaz – līdz 10 balles – maksimāli stipras sāpes). Protokola elektroniski aizpildāmajā versijā sāpju līmeni atzīmē ar sarkanas krāsas simbolu (“X”) pēc tāda paša principa, kā minēts augstāk, brūces lokalizācijas vietas norādīšanai protokola elektroniski aizpildāmajā versijā;
- Protokolā norādītā tabula sadalīta strukturētos informācijas laukos, kuros jāatzīmē brūces raksturojoši dati, lokāli lietotie medikamenti u.c., kā arī norādīta brīva vieta māsas piezīmēm;
- Veicot atzīmes par brūces raksturojumu, jānorāda ieraksta datums un laiks, kā arī aizpildītā informācija jāapliecina ar māsas parakstu;
- Ar protokola saturu māsa iepazīstina ārstējošo ārstu, kurš pēc iepazīšanās ar dokumentu to paraksta;
- Protokola elektroniskā versija jāaizpilda pēc tiem pašiem principiem kā ar roku aizpildāmā versija (sk. metodoloģiju “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā”);
- Protokolam pievienotas “Izgulējumu riska novērtēšana pēc *Braden* skalas” un “Izgulējuma sadzīšanas vai attīstības izvērtēšana pēc *Seesing* skalas”:

- *Braden* skala izvērtē sešas izgulējumu riska kategorijas: sensoro uztveri, mitrumu, pacienta fizisko aktivitāti, mobilitāti, uzturu un berzes un bīdes risku. Katra kategorija tiek vērtēta no 1 līdz 4 punktiem (izņemot “berze un bīde”, kas tiek vērtēta no 1 līdz 3 punktiem). Jo zemāks kopējais punktu skaits, jo augstāks izgulējumu risks. Kritiskā robeža: ≤ 18 punkti. *Braden* skalas mērījumu dienā iegūto punktu summu mēsa apliecina ar savu parakstu. Skalas apakšējā daļā norādīta informācija par nepieciešamajām darbībām atbilstoši izgulējumu riska rašanās lielumam;
- *Seesing* skala tiek pielietota, lai papildus izvērtētu izgulējuma sadzīšanu un attīstību, t.sk. novērtējot specifiskus faktorus, piemēram, brūces krāsu, apkārtējos audus, izdalījumu daudzumu, smaku u.tml. Šī skala ļauj objektīvāk noteikt jau esoša izgulējuma vai potenciāla izgulējuma klātbūtni, kā arī tā smaguma pakāpi. Ar *Seesing* skalu izgulējuma sadzīšana vai attīstība izvērtējama pēc sešām stadijām. Iegūtais rezultāts var būt robežās no “- 6” līdz “+ 6”. Jo lielāks rezultāts, jo labāks izgulējuma stāvoklis. Ja punktu skaits ir pozitīvs, tad novēro procesa uzlabošanos, ja negatīvs, tad pasliktināšanos, bet ja “0”, tad stāvoklis nav mainījies;
- Skalu apakšdaļā aprakstītas izgulējumu aprūpes darbības tā agrīnā stadijā (I – IV stadija).

Rekomendācijas

- Visi novērtējumi un darbības jāreģistrē pacienta medicīniskajā dokumentācijā;
- Pacienti ar *Braden* skalas punktu vērtējumu ≤ 18 vai *Seesing* skalas vērtējumu ≥ 10 jāuzskata par augsta izgulējumu riska pacientiem, un viņiem nekavējoties jāievieš sistemātiski profilakses pasākumi. Profilakses pasākumos jāiekļauj:
 - Pozicionēšanas plāns (mainīt ķermeņa stāvokli ik pēc 2 stundām vai biežāk);
 - Regulāra ādas mitrināšana un saudzīgas higiēnas ievērošana;
 - Atbilstoša uztura nodrošināšana (nepieciešamības gadījumā konsultēties ar uztura speciālistu);
 - Urīna un fekāliju nesaturēšanas kontrole;

- Jānodrošina multiprofesionālās komandas sadarbība – māsas, ārsti, fizioterapeiti, uztura speciālisti un sociālie darbinieki – lai nodrošinātu visaptverošu pacientu aprūpi.

“Krampju lēkmju reģistrācijas veidlapa” (Pielikums Nr. 5)

Veidlapas apraksts

Veidlapa ir paredzēta strukturētai un detalizētai informācijas apkopošanai par pacienta pārdzīvotajām epileptiskajām vai cita tipa krampju lēkmēm. Veidlapa tiek izmantota gan stacionārā, gan ilgstošas sociālās aprūpes iestādēs. Tās mērķis ir nodrošināt vispusēju informācijas fiksēšanu, kas sevī ietver lēkmes sākuma apstākļus, izpausmes, ilgumu, novērotās pazīmes, pacienta uzvedību pirms un pēc epizodes, kā arī veiktos medicīniskos pasākumus.

Šī veidlapa ir būtisks instruments lēkmju izplatības un smaguma pakāpes izvērtēšanai, terapijas efektivitātes kontrolei un medikamentozās ārstēšanas pielāgošanai. Tā nodrošina iespēju analizēt krampju biežumu un raksturu, kā arī atpazīt potenciāli dzīvībai bīstamas situācijas un savlaicīgi sniegt nepieciešamo palīdzību.

Veidlapas aizpildīšanas norādes

- “Krampju lēkmju reģistrācijas veidlapu” rekomendēts aizpildīt tūlīt pēc krampju lēkmes epizodes vai tiklīdz tas ir iespējams;
- Ja krampju epizodi novērojusi trešā persona (piemēram, tuvinieks), informācija tiek apkopota mutiski un pēc iespējas precīzāk fiksēta veidlapā;
- Veidlapas kreisajā augšmalā ierakstāms pacienta vārds un uzvārds, nodaļas, kurā pacients iestājies, nosaukums vai numurs, kā arī SPMK numurs;
- Veidlapā attēlotās tabulas augšmalā jāfiksē krampju lēkmes datums un laiks. Attiecīgais ieraksts ir jāapliecina ar māsas (parakstam paredzēti divi lauki – katrai mātai savā dežūrā) un ārstējošā ārsta parakstu. Ir svarīgi norādīt lēkmes datumu un laiku, lai sekotu lēkmju biežumam un noteiktu biežākos lēkmju laikus (piemēram, naktī, pēc medikamentu lietošanas, pirms ēšanas utt.);
- Krampju lēkmes pazīmes sadalītas pa informācijas blokiem. Pretī katram blokam jāveic attiecīgā atzīme – X – atzīmē, ja kritērijs atbilst lēkmes pazīmei, To – atzīmē tikai tonisko krampju gadījumā, K – atzīmē tikai klonisko krampju

- gadījumā, X – atzīmē, ja novēro $To + K$, U – tikai spontānas urinācijas gadījumā, D – tikai spontānas defekācijas gadījumā un X – atzīmē, ja $U + D$;
- Gadījumā, ja krampju lēkmes rezultātā konstatēti miesas bojājumi, tas jāatzīmē atbilstošajā informācijas laukā, kā arī detalizēti jāapraksta miesas bojājumu raksturs tam paredzētajā vietā;
 - Ar veidlapas saturu māsa iepazīstina ārstējošo ārstu, kurš pēc iepazīšanās ar dokumentu to paraksta;
 - Veidlapas elektroniskā versija jāaizpilda pēc tiem pašiem principiem, kā ar roku aizpildāmā versija (sk. metodoloģiju “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā”).

Rekomendācijas

- Par visām krampju epizodēm, īpaši pirmreizējām vai neparasta rakstura lēkmēm, jāinformē ārstējošais ārsts, lai pieņemtu lēmumu par turpmāko izmeklējumu un ārstēšanas stratēģiju (piemēram, elektroencefalogrāfiju (EEG), asinsspiediena/glikozes kontroli u.tml.);
- Visos gadījumos, kad pacientam konstatēta krampju lēkmes epizode, ir jāizsauc ārstējošais ārsts vai dežūrārsts;
- Regulāri aizpildītas veidlapas ļauj izveidot krampju lēkmju dinamiku, kas ir noderīgs rīks gan ārstniecības komandai, gan pacientam un viņa tuviniekiem;
- Veidlapas dati jāizmanto multidisciplinārās komandas ietvaros – sadarbojoties ārstiem, māsām, klīniskajiem psihologiem un sociālajiem darbiniekiem – īpaši hronisku pacientu aprūpē;
- Veidlapas jāglabā pacienta medicīniskajā dokumentācijā, lai nodrošinātu aprūpes pēctecību un nepieciešamības gadījumā sniegtu pierādījumus par terapijas gaitu un pacienta veselības stāvokļa dinamiku.

3. “Glikometrijas tests” (Pielikums Nr. 6)

Veidlapas apraksts

Tests ir paredzēts glikozes līmeņa regulārai uzraudzībai un dokumentēšanai pacientiem ar cukura diabētu vai citiem vielmaiņas traucējumiem, kuru gadījumā ir jāmonitorē glikozes līmenis. Tās galvenais mērķis ir nodrošināt individuāli pielāgotu pacienta aprūpi, savlaicīgi identificējot hipoglikēmijas vai hiperglikēmijas riskus un

izvērtējot glikēmijas dinamiku. Papildus tests palīdz analizēt glikozes līmeņa tendences ilgākā laika periodā, kas ir būtiski gan akūtās situācijās, gan ilgtermiņa aprūpes plānošanā.

Veidlapas aizpildīšanas norādes

- “Glikometrijas testa” kreisajā augšmalā ierakstāms pacienta vārds un uzvārds, nodaļas, kurā pacients iestājies, nosaukums vai numurs, kā arī SPMK numurs;
- Jānorāda datums un laiks katram mērījumam (svarīgi norādīt, vai tas veikts pirms vai pēc ēdienreizes, fiziskas slodzes, medikamentu lietošanas);
- Pretī katram laika posmam, kad veikts mērījums, jānorāda glikozes līmeņa rezultāts (mmol/l) un ievadītā insulīna deva;
- Katrs ieraksts jāapliecina ar māsas parakstu;
- Ar testa saturu māsa iepazīstina ārstējošo ārstu, kurš pēc iepazīšanās ar dokumentu to paraksta;
- Testa elektroniskā versija jāaizpilda pēc tiem pašiem principiem kā ar roku aizpildāmā versija (sk. metodoloģiju “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā”).

Rekomendācijas

- Testā iegūtie dati jāizmanto, lai analizētu glikēmijas līkni. Iegūtie dati palīdz arī izvērtēt pacienta atbildes reakciju uz insulīnterapiju vai orālajiem antidiabētiskajiem līdzekļiem, t.sk. diētu;
- Regulāra datu apkopošana veicina komplikāciju riska mazināšanu, īpaši hipoglikēmijas vai hiperglikēmijas gadījumā.

4. “Protokols par pacienta kritienu” (apvienots ar “Pacienta krišanas risku novērtēšanas karte”) (Pielikums Nr. 7)

Veidlapas apraksts

Protokola mērķis ir pacientu drošības uzlabošana, kritienu novēršana vai samazināšana līdz minimumam, kā arī ar kritieniem saistīto ievainojumu samazināšana un kritienu riska novērtēšana. Lai gan kritienus nav iespējams novērst, ir iespējams mazināt no tiem gūto ievainojumu smagumu. Protokolā veicamas atzīmes par klīnisko novērtējumu pēc kritiena, kā arī kritiena apstākļiem. Šo protokolu aizpilda dežūrmāsa

par katru kritienu neatkarīgi no tā, vai tam ir bijušas sekas. Oriģinālu jāpievieno krišanas risku novērtēšanas kartei (pievienota protokolam), bet protokola kopiju jāsniedz kvalitātes sistēmas speciālistam 24 stundu laikā. Pie kritieniem nav pieskaitāmi gadījumi, ko izraisījusi sinkope, lai gan cilvēks, kurš krīt, var zaudēt samaņu kritiena rezultātā.

Papildus protokolam pievienota “Pacientu krišanas risku novērtēšanas karte”, ar kuras palīdzību iespējams novērtēt pacienta krišanas risku atbilstoši speciāli izstrādātai punktu sistēmai. Kartes mērķis ir palīdzēt aprūpes personālam sniegt kvalitatīvu aprūpi pacientiem, kuriem ir paaugstināts krišanas risks, līdz ar to palielināta kaulu lūzumu un traumu iegūšanas iespējamība. To noformējot, jāņem vērā:

- Veicot krišanas risku novērtēšanu personām, kurām ir 65 gadi un vairāk, jāņem vērā to, ka bieži šīs personas neziņo par kritieniem, tādēļ nepieciešams jautāt par to;
- Karti noformē personām, kurām ir 65 gadi un vairāk; personām, kuras ir jaunākas par 65 gadiem (nepieciešamību nozīmē ārsts); visiem tiem pacientiem, kuri krituši atkārtoti, iestājoties stacionāra nodaļā;
- Aizpildītu karti pievienot pacienta stacionārai kartei vai pacienta lietai;
- Krišanas riska novērtējumu stacionāra nodaļās veic dežūrmāsai, bet ilgstošas sociālās aprūpes un rehabilitācijas nodaļās – nodaļas virsmāsai.

Veidlapas aizpildīšanas norādes

- “Protokola par pacienta kritienu” augšmalā ierakstāms pacienta vārds un uzvārds, nodaļas, kurā pacients iestājies, nosaukums vai numurs, kā SPMK numurs;
- Dokuments sastāv no “Protokola par pacienta kritienu” un “Pacienta krišanas riska novērtēšanas kartes”:
 - “Protokols par pacienta kritienu” ir aizpildāms pēc kritiena fakta konstatēšanas. Kritiena fakta brīdī dežūrmāsa novērtē pacienta klīnisko stāvokli, paralēli sanitārs vai kāds cits aprūpes komandas darbinieks nekavējoties izsauc dežūrārstu, neatkarīgi no pacienta kritiena smaguma;
 - Protokola klīniskā novērtējuma pēc kritiena sadaļā fiksē pacienta asinsspiedienu un pulsu, kā arī atzīmē acīmredzama smaga stāvokļa pazīmes, ja tādas ir. Sadaļā “Kritiena apstākļi” tiek norādīts kritiena laiks,

datums, vieta, veids un identificētie bīstamie apstākļi. Protokolu paraksta dežūrmāsa;

- Protokolam pievienota “Pacienta krišanas risku novērtēšanas karte”, kura tiek novērtēts vai pacients ir ar augstu vai zemu krišanas risku. Pacientus ar augstu krišanas risku nepieciešams identificēt lietojot sarkanas krāsas aproci. Gadījumā, ja nav iespējams izvērtēt pacienta krišanas risku atbilstoši norādēm, tiek turpināta kartes aizpildīšana, aizpildot “Krišanas risku punktu aprēķina tabulu”. Novērtēšanu veikusī persona paraksta formu un fiksē datumu;
- Protokola elektroniskā versija jāaizpilda pēc tiem pašiem principiem, kā norādīts augstāk (sk. metodoloģiju “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā”).

Rekomendācijas

Nemot vērā kritiena potenciāli smagās sekas, obligāti nepieciešams izvērtēt:

- Traumatiskā rakstura sekas (iespējams lūzums, sasitums, hematoma, nobrāzumi, brūces u.tml.);
- Acīmredzamus iemeslus un provocējošus faktoros (atbilstoši “Protokola par pacienta kritienu” piemēriem);
- Veikt preventīvus drošības pasākumus, likvidējot potenciālu iespēju kritienam atkārtoties;
- Veikt pacienta novērošanu un izmeklēšanu katru dienu, nedēļu ilgi pēc kritiena fakta konstatēšanas.

Personāla rīcība pacienta kritiena gadījumā:

1. Iegūt ziņas no potenciālajiem kritiena lieciniekiem un pēc iespējas pilnvērtīgāk noskaidrot kritiena mehānismu (piemēram, vājums, paslīdēšana, pacelšanas mēģinājums u.c.);
2. Novērtēt kritiena smaguma raksturu:
 - 2.1. Meklēt traumu ar funkcionāliem traucējumiem, sāpēm;
 - 2.2. Meklēt brūci un asiņošanu;
 - 2.3. Meklēt apziņas traucējumu simptomātiku.
3. Klātesošā dežūrmāsa veic šādus pasākumus, par kuriem tiek veikti ieraksti pacienta medicīniskajā dokumentācijā:

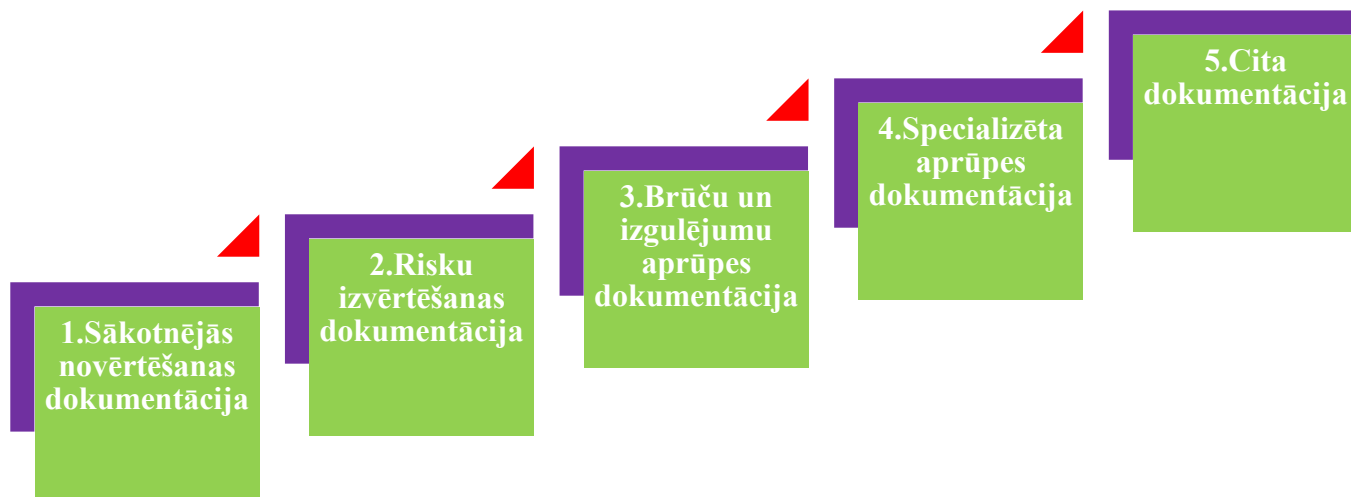
- 3.1. Mēra pulsu, arteriālo spiedienu un ķermeņa temperatūra;
 - 3.2. Novērtē elpošanu, samaņu, uzvedību, ādas krāsu un sāpes;
 - 3.3. Aizpilda “Protokolu par pacienta kritienu”.
4. Paralēli sanitārs vai kāds cits aprūpes komandas darbinieks nekavējoties izsauc dežūrārstu neatkarīgi no pacienta kritiena smaguma. Ārstam jebkurā gadījumā ir jāizmeklē pacients pēc kritiena;
 5. Katrs pacients pēc kritiena, neatkarīgi no traumas esamības, turpmākajās dienās un nedēļas laikā jāizmeklē un atkārtoti jānovērtē:
 - 5.1. Sāpes;
 - 5.2. Funkcionālās spējas;
 - 5.3. Spēju staigāt.
 6. Jānovērs provocējošie faktori un jāpārliciecinās, vai iekštelpu vide ir pielāgota un vai ir nepieciešams pielietot gurnu sargus (ordinē ārstējošais ārsts).

VISPĀRĒJĀS REKOMENDĀCIJAS MĀSU APRŪPES DOKUMENTĀCIJAS AIZPILDĪŠANĀ

- Visi informācijas lauki jāaizpilda pēc iespējas precīzi un detalizēti, fiksējot ne tikai pacienta sniegto informāciju, bet arī māsas objektīvos novērojumus;
- Dokumentācija jāaizpilda uzreiz pēc notikuma/novērojuma vai arī tik līdz tas ir iespējams;
- Jāievēro profesionalitāti un objektivitāti, informāciju jānorāda neitrāli, izvairoties no personīgā viedokļa vai emocijām;
- Informācija jānorāda salasāmā rokrakstā. Nelietot neprecīzus apgalvojumus, piemēram, “Pacients jūtas labi”, “Pacientam ir labs garastāvoklis” u.tml.;
- Jālieto standartizētus terminus un saīsinājums, kas ir saprotami arī pārējai aprūpes komandai;
- Gadījumos, kad pacienta stāvoklis ir mainīgs vai pieejama jauna informācija, regulāri jāatjauno fiksētā informācija;
- Jāievēro konfidencialitāte un datu aizsardzības prasības;
- Lai nodrošinātu precīzu un kvalitatīvu māsu aprūpes dokumentāciju aizpildīšanu, ieteicams nodrošināt regulāras apmācības personālam par

veidlapas aizpildīšanu, īpaši uzsverot informācijas nozīmi aprūpes lēmumu pieņemšanā.

VEIDLAPU AIZPILDĪŠANAS KĀRTĪBA



1. Pacienta sākotnējā novērtēšana:

- 1.1. “Informācijas lapa par pacientu, iestājoties nodaļā” – aizpilda visiem pacientiem uzņemšanas brīdī stacionāra nodaļā;
- 1.2. “Pacienta pastiprinātās (72 stundu) uzraudzības veidlapa” – aizpilda pirmās trīs diennaktis, divas reizes dienā no pacienta iestāšanās stacionāra nodaļā gadījumos, kad pacientam nepieciešama pastiprināta uzraudzība (sk. metodoloģiju “Pacienta pastiprinātās (72 stundu) uzraudzības veidlapa;”
- 1.3. “Pacienta aprūpes veidlapa” – aizpilda visiem pacientiem pirmajās stundās pēc uzņemšanas stacionāra nodaļā, pie pacienta izmaiņām veselības stāvoklī un turpmāk – visu pacienta ārstēšanās laiku;
- 1.4. “Pacienta novērtēšanas protokols” (Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumu Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 3. pielikuma 3. ieliekamā lapa Nr. 003/u) – aizpilda visiem pacientiem pirmajās stundās pēc iestāšanās stacionāra nodaļā, turpmāk visu pacienta ārstēšanās laiku;
- 1.5. “Ordinācijas lapa” (Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumu Nr. 265 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība” 3. pielikuma 4. ieliekamā lapa Nr. 003/u) – aizpilda visiem pacientiem no iestāšanās stacionāra nodaļā pirmās dienas, turpmāk visu pacienta ārstēšanās laiku;

2. Risku izvērtēšana:

- 2.1. "Izgulējumu riska novērtēšana pēc *Braden* skalas" – aizpilda pēc iestāšanās stacionāra nodaļā visiem tiem pacientiem, kam ir potenciāls izgulējuma attīstības risks;
- 2.2. "Pacienta krišanas risku novērtēšanas karte" – aizpilda, kad pacients iestāties stacionāra nodaļā, īpaši atsevišķos gadījumos (sk. metodoloģiju "Pacienta krišanas risku novērtēšanas karte");
- 3. Ādas un izgulējumu aprūpe:**
 - 3.1. "Ādas novērtēšanas un brūču aprūpes protokols" – aizpilda nekavējoties, tiklīdz pacientiem konstatēta brūce/izgulējums, turpmāk visu pacienta ārstēšanās laiku;
 - 3.2. "Izgulējuma sadzīšanas vai attīstības izvērtēšana pēc *Seesing* skalas" – aizpilda visiem tiem pacientiem, kam tiek veikta izgulējuma aprūpe, lai novērtētu tā dzīšanu vai attīstību, turpmāk visu pacienta ārstēšanās laiku;
- 4. Specializēta aprūpe:**
 - 4.1. "Protokols par pacienta kritienu" – aizpilda nekavējoties, tiklīdz konstatēts pacienta kritiens;
 - 4.2. "Krampju lēkmju reģistrācijas veidlapa" – aizpilda nekavējoties, tiklīdz pacientam konstatēta krampju lēkme, turpmāk visu pacienta ārstēšanās laiku;
 - 4.3. "Glikometrijas tests" – aizpilda pēc nepieciešamības (nozīmē ārstējošais ārsts) pacientiem ar cukura diabētu vai citiem vielmaiņas traucējumiem, turpmāk visu pacienta ārstēšanās laiku;
- 5. Cits:**
 - 5.1. Citas ar Ministru kabineta noteikumiem vai ārstniecības iestādes iekšējo rīkojumu apstiprinātas veidlapas.

REKOMENDĀCIJAS TURPMĀKAJAM DARBAM

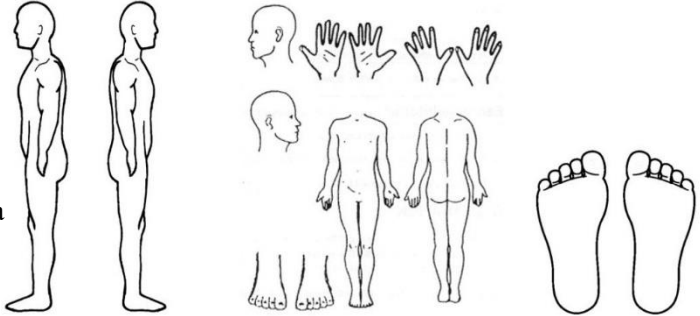
1. Rekomendēt gan ar roku aizpildāmās, gan digitalizētās atjauninātās māsu darbā psihiatrijā un atkarību psihiatrijā izmantojamās veidlapas visu psihiatrijas slimnīcu stacionāra nodaļās;
2. Divu mēnešu laikā aprobēt minētās veidlapas to ikdienas lietošanai māsu darbā un informēt NPVC Metodiskās vadības institūciju psihiatrijas jomā par nepieciešamību veikt saturiskas un/vai tehniskas korekcijas to efektīvākai izmantošanai darbā.

PIELIKUMI

INFORMĀCIJAS LAPA PAR PACIENTU, IESTĀJOTIES NODAĻĀ

Nodaļa: _____ SPMK Nr.: _____

Pacienta vārds, uzvārds: Personas kods:		☐ Pirmreizējs ☐ Atkārtots	Māsas vārds, uzvārds: Datums, laiks:
Pacienta sūdzības:			
Māsas novērojumi, uzņemot pacientu nodaļā:			
1. Iestājies: ☐ Mierīgs ☐ Uzbudināts ☐ Agresīvs ☐ Kavēts ☐ Ar uzvedības traucējumiem ☐ Cits:	2. Kontaktam pieejams: ☐ Nē ☐ Jā ☐ Daļēji	3. Blakus saslimšanas, t.sk. invaliditāte:	4. Vēlu lietošana (alkohols, narkotikas): ☐ Nē ☐ Jā Kādas: Biežums, devas nedēļā/mēnesī:
5. Pacientam nepieciešama pastiprināta uzraudzība/novērošana: ☐ Nē ☐ Jā	6. Alerģijas: ☐ Nē ☐ Jā Uz ko:		
7. Anamnēzē suicidālas domas un/vai uzvedība: ☐ Jā ☐ Nē darbības: ☐ Jā ☐ Nē	8. Anamnēzē galvas traumas: ☐ Jā ☐ Nē	9. Sadzīve: ☐ Dzīvo viens ☐ Ģimenē ☐ SAC ☐ Mācās ☐ Strādā ☐ Nestrādā ☐ Pensija ir ☐ Pensijas nav ☐ Cits:	10. Āriene kopta: ☐ Jā ☐ Nē
11. Āda: ☐ Normāla ☐ Iekaisums ☐ Izsitumi ☐ Cits:	12. Miesas uzbūve, svars: ☐ Norma ☐ Pazemināts ☐ Paaugstināts ☐ Augums ____ cm ☐ Svars ____ kg	13. Runa: ☐ Saprotama ☐ Nesaprotama ☐ Paātrināta ☐ Palēnināta ☐ Daudzrunīgs ☐ Mazrunīgs ☐ Cits:	14. Garastāvoklis: ☐ Līdzsvarots ☐ Pazemināts ☐ Pacilāts ☐ Mainīgs ☐ Cits:
15. Orientācija: Jā Nē Mainīga Laikā ☐ ☐ ☐ Telpā ☐ ☐ ☐ Personā ☐ ☐ ☐	16. Ēdiena, šķidruma uzņemšana: ☐ Norma ☐ Cits: ☐ Diēta, kāda:	17. Urinācija: ☐ Norma ☐ Aizture ☐ Nesaturēšana ☐ Cits:	18. Vēdera izeja: ☐ Norma ☐ Šķidra ☐ Aizcietējumi ☐ Cits:

19.Attieksme pret medikamentiem: ☐ Lieto tikai ar ārsta nozīmējumu ☐ Dažreiz nelieto ☐ Nelieto ☐ Cits:	20.Komunikācijas spējas: ☐ Norma ☐ Apgrūtināta ☐ Nav iespējama ☐ Cits:	21.Atmiņa: ☐ Norma ☐ Apgrūtināta ☐ Izteikti traucējumi ☐ Cits:	22.Miegs: ☐ Apmierinošs ☐ Ar traucējumiem ☐ Cits:
23.Slimības apziņa: ☐ Ir ☐ Nav ☐ Daļēji ☐ Cits:	24.Brūču lokalizācija un raksturojums: ☐ Izgulējums ☐ Apdegums ☐ Apsaldējums ☐ Trofiskā čūla/diabētiskā čūla ☐ Operācijas brūce ☐ Cita veida brūce: 		
25.Nepieciešamie palīgīdzekļi: ☐ Brilles ☐ Zobu protēzes ☐ Ratiņkrēsls ☐ Autiņbikses ☐ Spieķis ☐ Nav ☐ Cits:	26.Pacientam nepieciešams palīdzēt: ☐ Ēst ☐ Piecelties ☐ Ģērbties ☐ Staigāt ☐ Mazgāties ☐ Apmeklēt labierīcības ☐ Lietot medikamentus ☐ Pārsiet brūci ☐ Cits: ☐ Klāt gultu ☐ Kopt matus ☐ Kopt nagus ☐ Kopt muti ☐ Skūties	27.Māsas novērojumi/uzvedības izmaiņas:	
28.Nepieciešamais aprūpes līmenis: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ I – pacienta fiziskās vai psihiskās spējas ir mēreni ierobežotas: ēd, mazgājas, pārvietojas, apkopj sevi patstāvīgi; II – pacienta fiziskās vai psihiskās spējas ir mēreni vai ievērojami ierobežotas: pārvietojas (vai gultas režīms) daļēji jāpalīdz pašaprūpē; III – pacienta fiziskās vai psihiskās spējas ir ievērojami vai smagi ierobežotas: gultas režīms, pilnībā kopjams, ar grozīšanu ik pēc 2 stundām, urīna, vēdera izejas nesaturēšana, barojams vai mākslīgā ēdināšana; IV – pacienta fiziskās vai psihiskās spējas ir smagi ierobežotas: izteikta pašaprūpes spēju nepietiekamība, pacients pilnībā aprūpējams un uzraugāms visu diennakti.			
29.Piezīmes:			

Ārstējošā ārsta paraksts, atšifrējums: _____

Māsas paraksts: _____

PACIENTA APRŪPES LAPA

Pacienta vārds, uzvārds:_____

Nodala:_____ **SPMK Nr.:**_____

[illegible]

Ārstējošā ārsta paraksts, atšifrējums: _____

PACIENTA PASTIPRINĀTĀS (72 STUNDU) UZRAUDZĪBAS LAPA

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Nodaļa: _____ SPMK Nr.: _____

*Apzīmējumi: TA (arteriālais spiediens), P (pulss), T° (temperatūra), pO² (skābekļa parciālais spiediens asinīs), i/v (intravenozi), p/o (perorāli)

Novērošanas diena	Nr. p.k.	Datums dd.mm.gggg.	Laiks ss:mm	TA	P	T°	pO ² / elpošanas frekvence	Glikoze asinīs	Uzņemtais šķidruma daudzums		Izvadītais šķidruma daudzums	Diēta/ uzņemtā pārtika	Piezīmes/ Māsas paraksts, atšifrējums
									i/v	p/o			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<u>1.diena</u> 0-24 stundas	1.												
	2.												
<u>2.diena</u> 24-48 stundas	1.												
	2.												
<u>3.diena</u> 48-72 stundas	1.												
	2.												

Ārstējošā ārsta paraksts, atšifrējums: _____

ĀDAS NOVĒRTĒŠANAS UN BRŪČU APRŪPES PROTOKOLS

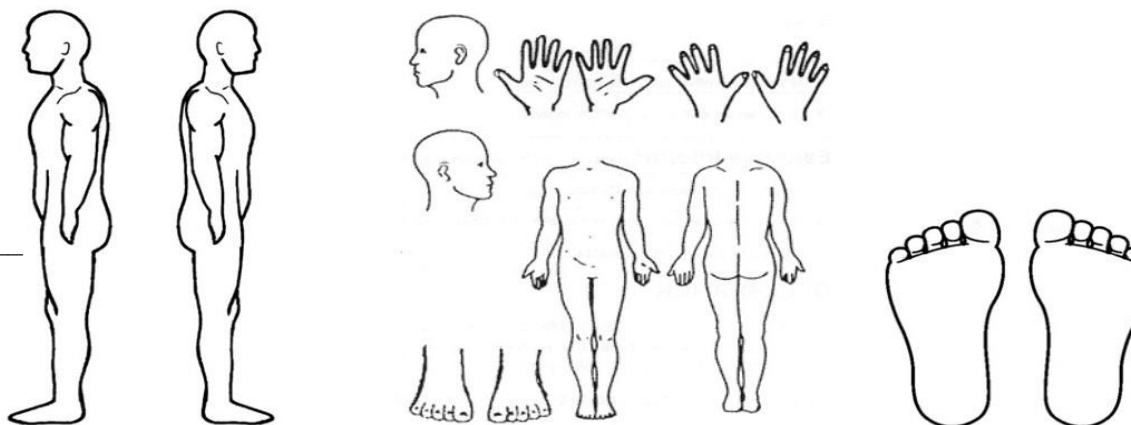
Pacienta vārds, uzvārds: _____

Nodaļa: _____ SPMK Nr.: _____

Brūces lokalizācijas vieta (atzīmēt):

Brūces cēlonis:

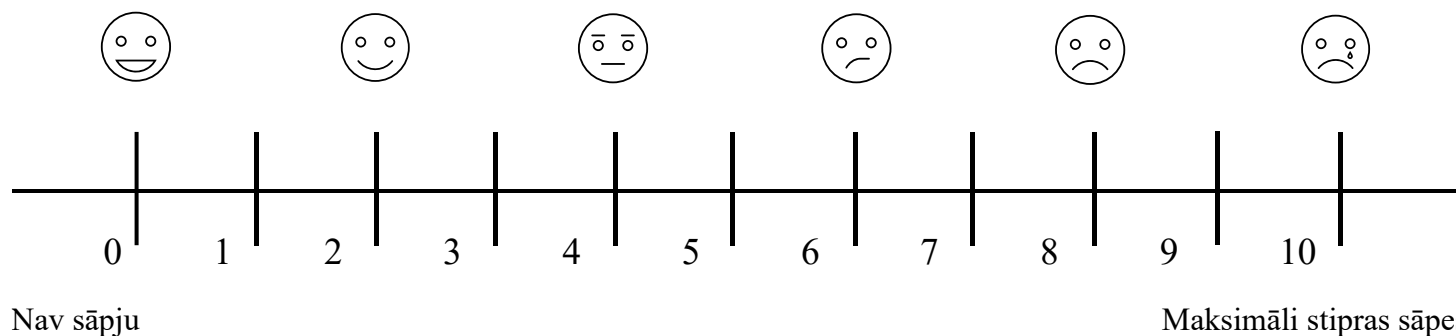
- ☐ Izgulējums
- ☐ Apdegums
- ☐ Apsaldējums
- ☐ Trofiskā čūla/diabētiskā čūla
- ☐ Operācijas brūce
- ☐ Cita veida brūce: _____



Sāpju novērtēšanas skala

*Atzīmē sāpju intensitāti uz 10 ballu skaitliskas skolas, kur sāpju intensitātei atbilst skaitlis no 0 līdz 10.

0 - sāpju nav nemaz, 10 balles – maksimāli stipras, neizturamas sāpes.



Datums <i>dd.mm.gggg.</i>															
Laiks <i>ss:mm</i>															
Brūces mērījums <i>cm, mm</i>	Garums														
	Platums														
	Dziļums														
Brūces pamats	Nekroze														
	Strutas														
	Granulācija														
	Epitēlijs														
	Atklāti dziļie audi, cīpslas, kauli														
Brūces malas	Apsārtušas														
	Tūskainas														
	Macerētas														
	Ar ekzēmu														
	Sausas/lobās														
	Normālas														
Apkārtējie audi	Apsārtuši														
	Cianotiski														

	Tūskaini														
	Bez izmaiņām														
Eksudācija	Izteikta														
	Mērena														
	Maza														
Eksudāts	Strutas														
	Asinis														
	Serozs šķīdums														
Pārsēja maiņa															
Lokāli lietotie medikamenti															
Lietotais pārsējs															
Māsas paraksts, atšifrējums:															
Piezīmes:															

Ārstējošā ārsta paraksts, atšifrējums: _____

Māsas paraksts, atšifrējums: _____

IZGULĒJUMU RISKĀ NOVĒRTĒŠANA PĒC *BRADEN* SKALAS

_____ .nodaļa

SPMK Nr.: _____

Pacienta vārds, uzvārds: _____		Pirmreizējā novērtētāja vārds, uzvārds: _____	1. vērtēšana, datums: _____	2. vērtēšana, datums: _____	3. vērtēšana, datums: _____	4. vērtēšana, datums: _____	5. vērtēšana, datums: _____	6. vērtēšana, datums: _____	7. vērtēšana, datums: _____
Riska faktors	Punktu skaits	Raksturojums	Vērtējums						
Jušanas izvērtējums (spēja reaģēt uz spiedienu vai kairinātāju)	1	Iztrūkst. Nav atbildes uz sāpīgu stimulu, jo ir bezsamaņa vai traucēta apziņa. Vai ierobežota spēja sajūst sāpes vairāk nekā 1/2 ķermeņa virsmas							
	2	Ļoti ierobežota. Atbild tikai uz sāpīgiem stimuliem. Nespēj komunicēt, vienīgi vaid vai ir sensorās funkcijas traucējumi, kas neļauj sajūst kairinājumu, sāpes vai diskomfortu apmēram 1/2 no ķermeņa.							
	3	Nedaudz ierobežota. Atbild uz verbālām komandām, bet ne vienmēr spēj paust diskomfortu, var būt nepieciešama palīdzība vai ir nelieli sensori traucējumi, kas ierobežo spēju just sāpes un diskomforta sajūtu vienā vai divās ekstremitātēs.							
	4	Nav traucējumu. Atbild uz verbālām komandām. Nav sensora deficīta, kas ierobežo spēju sajūst sāpes un diskomfortu.							
Ādas mitrums	1	Pastāvīgi mitra. Āda ir mitra gandrīz visu laiku svīšanas un urinēšanas dēļ. Mitrums tiek konstatēts katru reizi, kad pacients tiek pagriezts vai kustināts.							
	2	Bieži mitra. Āda bieži ir mitra. Jāveic regulāra veļas maiņa.							
	3	Dažreiz mitra. Āda ir reizēm mitra. Nepieciešama ārpuskārtas veļas maiņa apmēram reizi nedēļā.							

	4	Reti mitra. Āda pārsvarā ir sausa. Gultas veļas maiņai īpašs režīms nav nepieciešams.							
Pacienta fiziskā aktivitāte	1	Guļošs. Piesaistīts gultai.							
	2	Sēdošs ratiņkrēslā. Spēja staigāt ir izteikti ierobežota vai nav iespējama. Nespēj pats sevi noturēt. Nepieciešama palīdzība pozicionējot ratiņkrēslā.							
	3	Reizēm staigā. Dienas laikā reizēm staigā īsas distances ar vai bez palīdzības. Lielāko daļu laika pavada gultā vai ratiņkrēslā.							
	4	Bieži staigā. Staigā ārpus istabas vairākas reizes dienā.							
Mobilitāte (spēja mainīt/kontrolēt ķermeņa stāvokli)	1	Pilnībā ierobežota. Nespēj veikt pat nelielas kustības, lai bez citu palīdzības mainītu ķermeņa stāvokli.							
	2	Ļoti ierobežota. Reizēm veic nelielas kustības vai ķermeņa stāvokļa maiņu, bet nevar patstāvīgi veikt plašas kustības.							
	3	Nedaudz ierobežota. Var patstāvīgi veikt nelielas kustības, ķermeņa un ekstremitāšu stāvokļa maiņu.							
	4	Nav ierobežota. Var veikt plašas kustības un biežu ķermeņa stāvokļa maiņu bez citu palīdzības.							
Uztura uzņemšana	1	Vāja. Nekad neuzņem pilnīgi visu nepieciešamo uztura daudzumu. Reti apēd vairāk kā 1/3 no nepieciešamā. Nepietiekama šķidruma lietošana. Neuzņem papildus mikroelementus un vitamīnus.							
	2	Nav pietiekama. Reti apēd visu nepieciešamo uztura daudzumu, uzņem apmēram 1/2 no nepieciešamā. Parasti papildus uzņem mikroelementus un vitamīnus vai uzņem mazāk parenterālo barošanu nekā nepieciešams.							
	3	Apmierinoša. Apēd gandrīz visu vai lielāko daļu no nepieciešamā uztura. Reizēm atsakās no ēšanas. Nozīmējot papildus, lieto medikamentus un vitamīnus vai uzņem lielāko daļu no parenterālās barošanas.							
	4	Laba. Apēd visu nepieciešamo pārtikas daudzumu katru dienu. Nekad neatsakās no ēšanas. Reizēm ēd ēdienreīzu starplaikos. Papildus vitamīnu un minerālvielu uzņemšana nav nepieciešama.							
Berzes un bīdes ietekme	1	Izteikta. Lai kustētos, nepieciešama palīdzība. Ja atstāj bez atbalsta, pacients noslīd. Mainot stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, ir nepieciešams repositionēt. Spasticitāte un kontraktūras.							

	2	Daļēji izteikta. Spēj kustēties pats vai nepieciešama minimāla palīdzība. Kustību laikā ir berze pret gultu vai ratiņkrēslu. Pārsvarā spēj saglabāt apmierinošu stāvokli gultā vai ratiņkrēslā, bet reizēm noslīd.							
	3	Netiek novērota. Spēj kustēties gultā vai ratiņkrēslā patstāvīgi. Ir pietiekams muskuļu spēks, lai mainītu pozu, neradot berzi. Ir optimāls ķermeņa stāvoklis gultā vai ratiņkrēslā.							
Māsas paraksts, atšifrējums:									
Summa:									
Vissliktāk – 1 punkts, vislabāk – 4 punkti. Riska faktoru novērtējumā iegūtos punktus summē. Minimālais iespējamais punktu skaits ir 6 punkti, maksimālais – 23 punkti. <u>Zema riska grupa (15 – 18 punkti); Vidēji augsta riska grupa (13 – 14 punkti); Augsta riska grupa (10 – 12 punkti); Ļoti augsta riska grupa (6 – 9 punkti).</u> Jo mazāks punktu skaits, jo lielāks risks veidoties izgulējumiem. Ja ir 15 vai mazāk punktu, tad risks jāvērtē vienu reizi dienā katru dienu. Ja pacientam ir drudzis, zems proteīnu uzņemšanas potenciāls, nestabila hemodinamika, diastoliskais spiediens zem 60 mmHg, pacients jāpieskaita augstākai riska grupai.									
Darbības atbilstoši izgulējumu rašanās riska lielumam (Pēc <i>BRADEN</i> skalas)									
Zema riska grupa (15 – 18 punkti) ▪Regulāra grozīšana; ▪Novērst mitrumu, bīdi un berzi; ▪Papēžu polsteris; ▪Spiedienu samazinošu virsmu pielietošana; ▪Maksimāla aktivizācija; ▪Adekvāta barošana.			Vidēji augsta riska grupa (13 – 14 punkti) ▪Izstrādāt individuālu grozīšanas plānu; ▪Regulāra grozīšana; ▪Lietot palīgierīces 30° pozīcijas nodrošināšanai; ▪Novērst mitrumu, bīdi un berzi; ▪Papēža polsteris; ▪Maksimāla aktivizācija; ▪Spiedienu samazinošu virsmu pielietošana; ▪Adekvāta barošana.						
Augsta riska grupa (10 – 12 punkti) ▪Izstrādāt individuālu grozīšanas plānu; ▪Biežāka grozīšanas frekvence; ▪Regulāra grozīšana; ▪Lietot palīgierīces 30° pozīcijas nodrošināšanai; ▪Novērst mitrumu, bīdi un berzi; ▪Papēža polsteris; ▪Maksimāla aktivizācija; ▪Spiedienu samazinošu virsmu pielietošana; ▪Adekvāta barošana			Ļoti augsta riska grupa (6 – 9 punkti) ▪Izstrādāt individuālu grozīšanas plānu; ▪Grozīšanas frekvences palielināšana; ▪Lietot palīgierīces 30° pozīcijas nodrošināšanai; ▪Regulāra grozīšana; ▪Novērst mitrumu, bīdi un berzi; ▪Papēžu polsteris; ▪Maksimāla aktivizācija; ▪Spiedienu samazinošu virsmu pielietošana; ▪Adekvāta barošana; ▪Pretizgulējuma matračī un gultas, kas novērš spiedienu. ! Pretizgulējumu gultas un matračī nesamazina grozīšanas biežumu						

IZGULĒJUMA SADZĪŠANAS VAI ATTĪSTĪBAS IZVĒRTĒŠANA PĒC SEESING SKALAS

. nodaļa

SPMK Nr. _____

Pacienta vārds, uzvārds: _____			1. vērtēšana, datums: _____	2. vērtēšana, datums: _____	3. vērtēšana, datums: _____	4. vērtēšana, datums: _____	5. vērtēšana, datums: _____	6. vērtēšana, datums: _____	7. vērtēšana, datums: _____	8. vērtēšana, datums: _____	9. vērtēšana, datums: _____	10. vērtēšana, datums: _____
Āda	Apraksts	Stadija										
Normāla	Pastāv risks	0										
Nav brūces	Var būt pigmentācijas izmaiņas vai apsārtums	1										
Brūce ar noteiktām malām un brūce aizpildīta	Apkārtējie brūces audi nav apsārtuši	2										
Brūces gultne pildīta ar rozā granulācijas audi	Veidojas krevele? Nekrotiskie audi nav. Izdalījumi minimāli. Minimāla smaka.	3										
Vidēji vai minimāli granulācijas audi	Veidojas nekroze (krevele). Nekrotiski audi minimāli. Vidēji	4										

	izteikti izdalījumi. Vidēji izteikta smaka.											
Brūce ar nekrotiskiem audiem un/vai kreveli	Izdalījumi izteikti. Ievērojama smaka. Apkārtējā āda sārta vai izmainītu krāsu.	5										
Brūce ar nekrotiskiem audiem un/vai kreveli	Strutaini izdalījumi. Spēcīga smaka. Apkārtējie audi ar bojātu ādas virsējo slāni, čūlām, brūcītēm, var būt sepse.	6										
Māsas paraksts, atšifrējums:												
Punktu skaits:												
Izvērtējot regulāri brūces stāvokli pēc skalas, var novērot un fiksēt brūces attīstību dinamikā. Punktu skaits = (iepriekšējā stadija) - (patreizējā stadija). Iegūtais rezultāts var būt robežās no “- 6” līdz “+ 6”. Jo lielāks rezultāts, jo labāks izgulējuma stāvoklis. Ja punktu skaits ir pozitīvs, tad novēro procesa uzlabošanos, ja negatīvs, tad pasliktināšanos, bet ja “0”, tad stāvoklis nav mainījies.												

Izgulējumu aprūpe agrīnās stadijās

I stadija – ādas apsārtums, tūska, indurācija, bet nav brūces

- Atslogot problēmzonu;
- **Brūces tīrīšana** – vismaz 1 reizi dienā ādas kopšana ar siltu ūdeni un nepieciešamības gadījumā ar ziepēm, kas pēc iespējas mazāk sausina ādu. Neberzt un nemasēt, pēc mazgāšanas maigi nosusināt;
- 2 – 3 reizes dienā lietot mitrinošu krēmu vai losjonu, sevišķi pēc mazgāšanās;
- **Kategoriski aizliegts** lietot briljantzaļo, joda šķīdumus un citus krāsvielas un spirta šķīdumu saturošus līdzekļus.

II stadija – nepilna biezuma brūce, nobrāzums, čūla vai /un III stadija – pilna biezuma brūce, nekroze ar nelielu eksudātu

- Atslogot problēmzonu;
- **Brūces tīrīšana** – vismaz vienu reizi dienā skalot brūci ar NaCl 0,9% šķīdumu 10 – 15 minūtes, pēc tam maigi nosusināt;
- **Pārsiešana** – lieto marles pārsienamo materiālu. Samitrina marles salveti ar NaCl 0,9% šķīdumu, nospiež un liek uz brūces. Pa virsu uzliek sausu pārsēju, maina katras 4 stundas. Pārsējam nedrīkst ļaut izzūt, jo tad tas traucē dzīšanai;
- Var lietot hidrocoloīdu vai gēlu pārsēju;
- Apkārtējiem audiem 2 – 3 reizes dienā lietot mitrinošu krēmu vai losjonu;
- Hidroterapija, duša ar ūdeni no ūdensvada vienu reizi diennaktī;
- Nepieļaut problēmzonu vai brūču papildus macerāciju un kontamināciju;
- Izvairīties no bojātās pozīcijas slogošanas, līdz tā pilnīgi sadzījusī;
- **Kategoriski aizliegts** lietot briljantzaļo, joda šķīdumus un citus krāsvielas un spirta šķīdumu saturošus līdzekļus.

III stadija – pilna biezuma nekroze vai čūla ar nekrozi, eksudāciju vai/un IV stadija – pilna biezuma brūce, krāteris vai brūce ar lielu eksudāciju vai duļķainu eksudātu

- **Pārsiešanas mērķis** ir nodrošināt tīru brūces virsmu, mitrumu un to aizsargāt no infekcijas;
- **Brūces tīrīšana** – katru reizi, mainot pārsēju, veic debridementu, tādējādi samazinot baktēriju skaitu brūcē. Lietot NaCl 0,9% šķīdumu – maigai skalošanai vai skalošanai ar spiedienu (hidroterapija);
- Alternatīva – absorbējošie pārsēji – dekstranomēri, kalcija algināti u.c.;
- Brūces tīrīšanai **nelietot** povidona-joda šķīdumu, ūdeņraža peroksīdu, etiķskābi, kālija hipohlorīdu un citus agresīvus šķīdumus, jo iespējamās blaknes, kas samazina brūces dzīšanu, nogalinot fibroblastus, makrofāgus;
- Pārsiešanā lietot marles pārsēju, kas samitrināts NaCl 0,9% šķīdumā. Pārsienot aizpilda defekta vietu, kas absorbē eksudātu, rada mitru vidi, tādējādi sekmējot brūces dzīšanu;
- Lokālus antibakteriālus līdzekļus lieto pēc ārsta nozīmējuma tikai tad, ja novērota lokāla infekcija, nevis kolonizācija;
- Uzsējumu no brūces ar mikrofloras jūtīgumu pret antibakteriāliem līdzekļiem jānosaka tikai pēc ārsta nozīmējuma pie simptomiem, kas varētu liecināt par klīnisku infekciju, kaulu/locītavu iesaisti, sepsi. Uzsējumu ņem pēc brūces attīrīšanas, no dziļākiem nekrotiskiem audiem vai kauliem;
- Izvairīties lietot steroīdus saturošus lokālus līdzekļus;
- Nepieļaut problēmzonu vai brūču papildus macerāciju un kontamināciju;
- Izvairīties no bojātās pozīcijas slogošanas, līdz tā ir pilnīgi sadzījusī, nepieciešama **speciālista konsultācija!**

III stadija vai/un IV stadija ar izteiktām nekrozēm

▪Pārsiešanas mērķis – nekrotisko audu debridements:

a) konservatīvi instrumentāls debridements – nekrotisko audu ekscīzija ar skalpeli vai asām šķērēm līdz pārliecinoši dzīviem audiem. Veic jebkura māsa, kas ir apguvusi izgulējumu ārstēšanas metodiku;

b) enzīmu saturošas debridējošas ziedes – ziedi nozīmē ārsts, preparātu liek tikai uz nekrotiskiem audiem un brūces dobumu aizpilda ar pārsēju. Parasti maina ik 8 stundas;

c) mehāniskais debridements, izmantojot mitri – sausu pārsēju (*wet-to-dry*) un/vai hidroterapiju. Samitrina marles pārsēju, nospiež un ieklāj brūcē. Pārsējam ļauj izžūt, pirms veic nākamo pārsiešanu (parasti pēc 4 stundām), un tad to norauj. Pārsēju pirms noņemšanas nedrīkst mitrināt, jo tad tiek zaudēts pārsēja pielietošanas mērķis. Šīs metodes pielietošana var izraisīt sāpes, tāpēc nepieciešamības gadījumā pirms paredzamās pārsiešanas lieto pretsāpju medikamentus. Pēc pārsēja noņemšanas brūci masīvi skalo ar šļirci vai zem spiediena, tā izskalojot brūci un palīdzot evakuēt “vaļīgus” nekrotiskos audus.

▪Brūces tīrīšana – jāveic pirms pārsiešanas, brūci skalo ar NaCl 0,9% šķīdumu, nosusina. Kad nekrotiskie audi attīrīti, tad pārsiešanas turpina pielietojot “wet-to – dry”. Lietot NaCl 0,9% maigai skalošanai vai skalošanai ar spiedienu (hidroterapija);

▪Alternatīva – absorbējošie pārsēji – dekstranomēri, kalcija algināti u.c.;

▪Nelietot povidona-joda šķīdumu, ūdeņraža peroksīdu, etiķskābi, kālija hipohlorīdu un citus agresīvus šķīdumus;

▪Nepieļaut problēmzonu vai brūču papildus macerāciju un kontamināciju;

▪Izvairīties no bojātās pozīcijas sloģošanas, līdz tā ir pilnīgi sadzijusi, nepieciešama **speciālista konsultācija!**

Debridements – tā ir brūces atbrīvošana no mirušiem, bojātiem vai inficētiem audiem.

KRAMPJU LĒKMJU REĢISTRĀCIJAS VEIDLAPA

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Nodaļa: _____ SPMK Nr.: _____

Pazīmes	Datums, laiks:																	Aizpildīšanas apzīmējumi X – atzīmē, ja kritērijs atbilst lēkmes pazīmei; To – atzīmē tikai tonisko krampju gadījumā; K – atzīmē tikai klonisko krampju gadījumā; X – atzīmē, ja novēro To + K; U – tikai spontānas urinācijas gadījumā; D – tikai spontānas defekācijas gadījumā; X – atzīmē, ja U+ D
	Māsas paraksts, atšifrējums:																	
	Ārstējošā ārsta paraksts, atšifrējums:																	
Lēkmes sākums	Pēkšņs																	
	Pakāpenisks																	
Apziņa	Bezsamaņa																	
	Sašaurināta																	
Ķermeņa tonusa izmaiņas	Pacients krīt																	
	Pacients lēni saļimst																	
Acu zīlīšu reakcija uz gaismu	Platas, uz gaismu nereaģē																	
	Uz gaismu reaģē																	
Krampju dinamiku	Vispirms toniski (To), tad kloniski (K) krampji																	

	Haotiska muskuļu raustīšanās																	
Spontāna urinēšana (U) un defekācija (D)	Ir																	
	Nav																	
Mēles sakošana	Ir																	
	Nav																	
Lēkmes ilgums	Norāda cikos sākās un beidzās lēkme (piemēram.: 13 ⁰⁰ -13 ¹⁰)																	
Apziņa pēc lēkmes	Bezsamaņa																	
	Sašaurināta apziņa																	
Aculiecinieku klātie	Lēkmi neietekmē																	
	Lēkmi paildzina																	
Miesas bojājumi	Ir																	
	Nav																	
Māsas paraksts, atšifrējums:																		

GLIKOMETRIJAS TESTS

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Nodaļa: _____ SPMK Nr.: _____

Datums, laiks:							
	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva
Pirms brokastīm	/	/	/	/	/	/	/
2 h pēc brokastīm	/	/	/	/	/	/	/
Pirms pusdienām	/	/	/	/	/	/	/
Pēc pusdienām	/	/	/	/	/	/	/
Pirms vakariņām	/	/	/	/	/	/	/
Pirms gulētiešanas	/	/	/	/	/	/	/
Māsas paraksts							

Datums, laiks:							
	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva	Glikozes līmenis mmol/l /Deva
Pirms brokastīm	/	/	/	/	/	/	/
2 h pēc brokastīm	/	/	/	/	/	/	/
Pirms pusdienām	/	/	/	/	/	/	/
Pēc pusdienām	/	/	/	/	/	/	/
Pirms vakariņām	/	/	/	/	/	/	/
Pirms gulētiešanas	/	/	/	/	/	/	/
Māsas paraksts							

Māsas paraksts, atšifrējums: _____

Ārstējošā ārsta paraksts, atšifrējums: _____

! Šo protokolu nekavējoties aizpilda dežurmāsa par katru kritienu neatkarīgi no tā, vai tam ir bijušas sekas. Oriģinālu jāpievieno krišanas risku novērtēšanas kartei (sk. pielikumā), bet protokola kopiju jāsniedz kvalitātes sistēmas specialistam 24 stundu laikā. Pie kritieniem nav pieskaitāmi gadījumi, ko izraisījusi sinkope, lai gan cilvēks, kurš krīt, var zaudēt samāņu kritiena rezultātā.

PROTOKOLS PAR PACIENTA KRITIENU

Pacienta vārds, uzvārds: _____

Nodaļa: _____ SPMK Nr.: _____

<i>Klīniskais novērtējums pēc kritiena</i>
Asinsspiediens _____ Pulss _____
Acīmredzamas smaga stāvokļa pazīmes:
☐ respiratora vai kardiāla distresa pazīmes
☐ sāpes, kaulu lūzums (lokālizācija) _____
☐ brūce (lokālizācija) _____
☐ funkcionālais deficīts ☐ apziņas traucējumi ☐ nāve
<i>Kritiena apstākļi</i>
Kritiena datums _____ Laiks _____
Vai kritiena brīdī blakus bija personāls: ☐ Jā ☐ Nē
(ja "Jā" – vārds, uzvārds: _____)
Par kritienu ziņojis pacients ☐ Jā ☐ Nē; un/vai trešā persona ☐ Jā ☐ Nē
Kritiena vieta: ☐ palāta/istaba ☐ vannas istaba ☐ ēdamtelpa ☐ procedūru telpa
☐ citur, precizēt _____
☐ ārpus telpām, precizēt _____
Izkrišana no gultas: ☐ bez nolūka celties ☐ vēloties piecelties ☐ vēloties atgulties
☐ pāri paceltai gultai malai ☐ esot ierobežotam fiksācijas laikā
☐ cits, precizēt _____
Kritiens no ratiņkrēsla vai krēsla: ☐ bez nolūka celties ☐ vēloties piecelties
☐ vēloties apsēsties
☐ cits, precizēt _____
Kritiens ejot: ☐ citas personas pavadībā ☐ bez palīdzības
☐ ar palīgīdzekļiem, precizēt _____
Citi kritienu gadījumi: ☐ higiēnas laikā ☐ gērbjoties vai izgērbjoties
☐ dodoties vai atgriežoties no tualetes ☐ kritiena brīdī neviens neredzēja
☐ kritiens saistībā ar trešo personu (pagrūda, strīda laikā, pārvietojot personālam vai radniekiem) precizēt _____
☐ citi apstākļi, precizēt _____
Identificētas briesmas apkārtējā vidē: ☐ slapja grīda ☐ slidena grīda ☐ atkritumi vai netīrumi ☐ nepietiekams apgaismojums ☐ pārāk spilgts apgaismojums ☐ nepiemēroti apavi
☐ nepielāgoti pārvietošanas līdzekļi ☐ nebloķētas bremzes pārvietošanas ierīcēm ☐ augsts sliekšnis
☐ cits, precizēt _____

Datums, laiks: _____

Dežurmāsas paraksts, atšifrējums: _____

Novērtējumu veic dežūrmāsa personām kurām ir 65 gadi un vairāk
un jāpievieno stacionārā pacienta medicīniskai kartei. Gadījumā, ja nepieciešams izvērtēt pacientu jaunāku par 65
gadiem, to nozīme ārsts.

Pacienta krišanas risku novērtēšanas karte

Pacienta vārds,
uzvārds: _____
Nodaļa: _____ SPMK
Nr.: _____

1. Tiek uzskatīts, ka pacients ir ar augstu krišanas risku, ja:

- ☐ Pacientam ir bijis vairāk kā viens krišanas gadījums 6 mēnešu laikā pirms hospitalizācijas;
- ☐ Jebkura vecuma pacientam ir bijis krišanas gadījums šīs stacionēšanas laikā.

Pacientam ar augstu krišanas risku jālieto sarkanā krāsā identifikācijas aproci.

2. Tiek uzskatīts, ka pacients ir ar zemu krišanas risku, ja:

- ☐ Pacientam ir pilnīga paralīze vai pacients pilnīgi nekustīgs.

Pasākumi nav nepieciešami, turpinām uzraudzīt pacientu.

3. Ja pacientam ir kāds no iepriekš minētajiem nosacījumiem, atzīmējiet un pasvītrojiet atbilstošo variantu:

- ☐ zems krišanas risks;
- ☐ augsts krišanas risks.

un neturpiniet krišanas riska punktu aprēķinu.

4. Gadījumā, ja pacientam nav neviena no iepriekš minētajiem nosacījumiem, turpiniet krišanas riska punktu aprēķinu aizpildot krišanas risku punktu aprēķināšanas tabulu zemāk.

*Novērtējumu veic dežūrmāsa personām kurām ir 65 gadi un vairāk
un jāpievieno stacionārā pacienta medicīniskai kartei. Gadījumā, ja nepieciešams izvērtēt pacientu jaunāku par 65
gadiem, to nozīme ārsts.*

Krišanas risku punktu aprēķināšanas tabula

Atzīmējiet atbilstošo variantu un saskaitiet visus punktus, lai aprēķinātu krišanas risku. Ja neviens no variantiem neder, ailē "punktu skaits" ierakstiet 0.	
Novērtēšanas kritēriji	Punktu skaits
Vecums: ☐ Līdz 65 gadiem (1 punkts) ☐ 65 – 70 gadi (1 punkts) ☐ 71 – 79 gadi (3 punkti) ☐ 80 gadi un vairāk (5 punkti)	
Krišanas vēsture: ☐ Pacientam bijis viens krišanas gadījums 6 mēnešu laikā pirms stacionēšanas (5 punkti)	
Augsta riska medikamenti – ietver psihotropās vielas, opiātus, pretkrampju līdzekļus, antihipertensīvos līdzekļus, diurētiskus, nomierinošos, sedatīvus vai miega līdzekļus, caurejas līdzekļus (izvēlēties vienu atbildi): ☐ 1 no augsta riska medikamentiem (3 punkti) ☐ 2 vai vairāk augsta riska medikamenti (5 punkti)	
Pārvietošanās (izvēlēties visu, kas attiecas uz pacientu un saskaitīt kopā): ☐ Vajadzīga palīdzība vai uzraudzība attiecībā uz pārvietošanos (2 punkti) ☐ Redzes vai dzirdes traucējumi, kas ietekmē pārvietošanos (2 punkti) ☐ Lieto staigāšanas palīgierīces, ratiņkrēslu (3 punkti)	
Gaita: ☐ Nav traucēta (0 punkti) ☐ Ir nestabila (samazināts muskuļu spēks) – (2 punkti) ☐ Izmainīts gaitas stereotips (2 punkti)	
Kognitīvais stāvoklis: ☐ Spēj adekvāti izvērtēt savu funkcionālo stāvokli (0 punkti) ☐ Nespēj adekvāti izvērtēt savu funkcionālo stāvokli (2 punkti)	
Kopējais punktu skaits:	

Vērtējums:

- ☐ 0 – 5 punkti, zems krišanas risks;
☐ 6 – 12 punkti, vidējais krišanas risks;
☐ 13 punkti un vairāk, augsts krišanas risks.

Novērtēšanu veica: _____
amats, vārds, uzvārds, paraksts

Datums: _____

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Latvijas Māsu asociācija, 2021. Metodiskais materiāls. Māsas darbība psihiatrijas pacientu aprūpe. Pieejams: https://www.talakizglitiba.lv/sites/default/files/2022-09/ML_Psihiatr.pac_apr.pdf [sk. 12.05.2025.];
2. Ministru kabineta 2024. gada 13. augusta noteikumi Nr. 543 “Metodiskās vadības institūcijas noteikumi”. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/354310-metodiskas-vadibas-institucijas-noteikumi> [sk. 12.05.2025.];
3. Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumi Nr. 256 “Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/132359-medicinisko-dokumentu-lietvedibas-kartiba> [sk. 12.05.2025.];
4. Nacionālais veselības dienests. “Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (PHQ-9). Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/6492/download> [sk. 15.05.2025.];
5. Nacionālais veselības dienests. GAD-7 pašnovērtējuma skala. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/6489/download> [sk. 15.05.2025.];
6. Slimību profilakses un kontroles centrs. Klīniskais algoritms. Akūtas alkohola intoksikācijas un abstinences stāvokļa atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/2.alk_alg_2_alk_intoks_un_abst1.pdf [sk. 19.05.2025.];
7. Slimību profilakses un kontroles centrs. Klīniskais algoritms Depresijas, trauksmes un psihoaktīvo vielu lietošanas (PAV) traucējumu komorbiditāte, diagnostika, diferenciāldiagnostika, vadīšana, ārstēšana, aprūpe. Pieejams: https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/8.dd_alg_3_depresija_un_trauksme1.pdf [sk. 19.05.2025.];