

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Eiropas Sociālā fonda projekts Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības
atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana”

**STARPTAUTISKĀS FUNKCIONĒŠANAS,
NESPĒJAS UN VESELĪBAS
KLASIFIKĀCIJAS
(SFK-BJ) PIELIETOŠANA
FUNKCIONĒŠANAS NOVĒRTĒŠANĀ UN
REHABILITĀCIJAS PLĀNU SASTĀDĪŠANĀ
BĒRNIEM UN JAUNIEŠIEM**

Rīga
2020

ANOTĀCIJA

Metodiskais līdzeklis “Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (SFK-BJ) pielietošana funkcionēšanas novērtēšanā un rehabilitācijas plānu sastādīšanā bērniem un jauniešiem” izstrādāts Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.6.0/17/I/001 “Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla kvalifikācijas uzlabošana” ietvaros.

Metodiskā līdzekļa izstrādes mērķis ir sniegt zināšanas par starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas bērnu un jauniešu versijas (SFK-BJ) pielietošanu funkcionēšanas novērtēšanā un rehabilitācijas plānu sastādīšanā bērniem un jauniešiem, kā arī sniegt zināšanas un attīstīt iemaņas SFK-BJ domēnos ietilpstošo kategoriju pielietošanā bērnu un jauniešu funkcionālo spēju izvērtēšanā, lai apgūtās iemaņas praktiski pielietotu profesionālajā darbībā.

No Pasaules Veselības organizācijas klasifikācijām praktizējošo ārstu visbiežāk lietotā ir Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, kas nodrošina veselības stāvokļa diagnozi. Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija sniedz priekšstatu par funkcionēšanu. Kopā informācija par diagnozi un funkcionēšanu nodrošina plašāku un daudzpusīgāku skatījumu uz cilvēka vai populācijas veselību, kas tiek lietota lēmumu pieņemšanas gaitā.

Šis materiāls, kas ir paredzēts ārstiem un funkcionālajiem speciālistiem, ir kā ievadkurss Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas bērnu un jauniešu versijas pielietošanas principos, lai radītu priekšstatu par iespēju praktiski lietot klasifikāciju ikdienas darbā bērnu un jauniešu funkcionālo spēju izvērtēšanā un rehabilitācijas plānu sastādīšanas procesā.

Metodiskā materiāla autore ir Dr. Sandra Ausekle.

SATURA RĀDĪTĀJS

IEVADS	5
1. SFK-BJ vieta PVO klasifikāciju saimē un tās vispārējs raksturojums	6
1.1. SFK-BJ mērķi	9
1.2. SFK-BJ teorētiskās lietošanas iespējas	10
1.3. SFK-BJ daļas un komponentes	11
1.4. SFK-BJ kategoriju līmeņi	13
1.5. Klasifikācija ar definīcijām.....	16
1.6. SFK-BJ ietverto kategoriju apzīmētāji	16
1.7. SFK-BJ saistība ar novērtēšanas instrumentiem.....	17
2. SFK un SFK-BJ – kopīgais un atšķirīgais	21
3. Bērnu un jauniešu funkcionēšanas ierobežojumu novērtēšanas process.....	22
3.1. Ķermeņa funkciju un struktūru izvērtējums bērniem un jauniešiem	22
3.2. Aktivitātes un dalības domēnu izvērtējums bērniem un jauniešiem.....	24
4. Bērnu un jauniešu ar funkcionāliem ierobežojumiem medicīniskās rehabilitācijas procesa likumiskais pamats	26
4.1. Valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas prioritārā kārtība un process	26
4.2. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidi.....	27
4.3. Monoprofesionālie un multiprofesionālie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi	28
4.4. Medicīniskās rehabilitācijas plāns, tā izstrādes principi un plāna sastāvdaļas	29
5. Rehabilitācijas plānu bērniem un jauniešiem sastādīšanas process medicīniskajā rehabilitācijā.....	30
5.1. Bērnu un jauniešu veselības stāvoklis un ar to saistītie funkcionēšanas ierobežojumi	30
5.2. Dinamiskā novērošana medicīniskajā rehabilitācijā.....	34
6. SFK un SFK-BJ kategoriju izvērtējums aktivitātes un dalības komponentes domēnos	36
7. SFK-BJ izmantošana bērnu un jauniešu veselības stāvokļa izvērtēšanā atbilstošu funkcionēšanas ierobežojumu noteikšanas procesā	41
8. SFK-BJ praktiskā izmantošana rehabilitācijas plānu sastādīšanas procesā bērniem un jauniešiem	46

9. SFK pamatkopu izmantošanas iespējas bērnu un jauniešu funkcionālo spēju novērtēšanā.....	50
9.1. Pamatkopu izveides pamatojums.....	50
9.2. Pamatkopu izstrādes principi	50
9.3. Pamatkopu veidi	51
10. SFK-BJ lietošanas ētiskās vadlīnijas un atbalsta pasākumu izvērtēšana funkcionēšanas ierobežojumu radīto seku mazināšanai	52
10.1. SFK-BJ lietošanas ētiskās vadlīnijas	52
10.2. Atbalsta pasākumu izvērtēšana funkcionēšanas ierobežojumu radīto seku mazināšanai	53
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS.....	55

IEVADS

No starptautiskajām Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk – PVO) klasifikācijām praktizējošo ārstu visbiežāk lietotā ir Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija (turpmāk – SSK). Ārsts ir ārstniecības persona, kurš gan veic slimību profilaksi, diagnostiku, ārstēšanu un pacientu medicīnisko rehabilitāciju, gan arī novērtē slimības un to izraisītos funkcionēšanas ierobežojumus ķermeņa, aktivitātes un dalības līmenī. Tomēr pieredze rāda, ka ar praktisko Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas (turpmāk – SFK) lietošanu ikdienas darbā lielai daļai dažādu specialitāšu ārstu ir gan teorētisko zināšanu, gan praktiskās pieredzes trūkumā balstīti ierobežojumi.

Starptautiskās funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas bērnu un jauniešu versijas (turpmāk – SFK-BJ) pamatu nodrošina SFK (PVO, 2001). SFK-BJ ir veidota, lai attēlotu raksturīgās pazīmes bērna attīstībā un apkārtējās vides ietekmi uz to.

SSK nodrošina slimības, traucējuma vai cita veselības stāvokļa diagnozi. Funkcionēšana un nespēja saistībā ar veselības stāvokli bērniem un jauniešiem tiek klasificēta SFK-BJ. Kopā informācija par diagnozi un funkcionēšanu nodrošina plašāku un daudzpusīgāku skatījumu uz bērnu un jauniešu veselību. SFK-BJ nodrošina vienotu valodu un izpratni par funkcionēšanu klīniskā, sabiedrības veselības un zinātniskā jomā, lai atvieglotu un sekmētu bērnu un jauniešu veselības un nespējas dokumentāciju un novērtēšanu.

Šis metodiskais materiāls ir izstrādāts kā ievadkurss, kas sniedz zināšanas par SFK-BJ pielietošanu funkcionēšanas novērtēšanā un rehabilitācijas plānu sastādīšanā bērniem un jauniešiem, kā arī attīstīta iemaņas SFK-BJ domēnos ietilpstošo kategoriju pielietošanā bērnu un jauniešu funkcionālo spēju izvērtēšanā, lai apgūtās iemaņas praktiski varētu pielietot profesionālajā darbībā.

Metodisko materiālu veido vispārēja rakstura tēmas, kas paredzētas visiem lietotājiem, un specifiskākas tēmas, kas vairāk skar rehabilitācijas procesā iesaistītos vai funkcionēšanas ierobežojumu izvērtēšanā iesaistītos speciālistus.

Materiālā ir sniegts vispārējs SFK-BJ apraksts – par SFK-BJ mērķiem, teorētiskajām lietošanas iespējām, SFK-BJ daļām, komponentēm un kategoriju līmeņiem, kā arī sīkāk aprakstīts kopējais un atšķirīgais starp SFK un SFK-BJ. Tiek skaidrotas SFK-BJ lietošanas ētiskās vadlīnijas un atbalsta pasākumi funkcionēšanas ierobežojumu izraisīto seku mazināšanai, apskatīti SFK pamatkopu izstrādes principi, veidi un pielietošanas iespējas, kā arī SFK-BJ praktiskā pielietošana rehabilitācijas plānu sastādīšanas procesā un bērnu un jauniešu invaliditātes ekspertīzes procesā.

1. SFK-BJ VIETA PVO KLASIFIKĀCIJU SAIMĒ UN TĀS VISPĀRĒJS RAKSTUROJUMS

Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācijas bērnu un jauniešu versija (SFK-BJ) ir PVO izveidota klasifikācija, kas pieder PVO starptautisko klasifikāciju saimei un ir balstīta uz SFK konceptuālā pamata.

Apvienoto Nāciju Organizācijas (turpmāk – ANO) konvencijās (piemēram, ANO Konvencija “Par bērnu tiesībām”, 1989) bērnu un jauniešu vecuma posms ir noteikts no dzimšanas līdz 18 gadu vecumam, un tieši šādu vecuma posmu aptver SFK-BJ ietvertās kategorijas, izvērtējot veselības stāvokļus, funkcionēšanas kategorijas un vides faktorus.

Bērības un jaunības periodam ir raksturīga strauja augšana, pārmaiņas cilvēka fiziskajā, sociālajā un psiholoģiskajā attīstībā.

SFK-BJ nodrošina vienotu valodas lietošanu klīniskajā, sabiedrības veselības un zinātniskajā jomā, lai atvieglotu un sekmētu bērnu un jauniešu veselības un nespējas dokumentāciju un novērtēšanu.

SFK-BJ tiek lietoti termini, kas ataino problēmas ķermeņa funkcijās, struktūrās un aktivitātēs. kā arī dalības ierobežojumus gan zīdaiņiem, gan bērniem, gan pusaudžiem un būtiskos vides faktorus šajos vecuma posmos.

PVO un PVO starptautisko klasifikāciju saime

PVO ir ANO speciāla veselības aģentūra, kas izveidota 1948. gada 7. aprīlī. Tās uzdevums ir veidot, uzturēt un īstenot starptautiskus veselības informācijas standartus, kā arī piedāvāt lietot kopīgu valodu valdībām, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un šo pakalpojumu lietotājiem, kas ir vienota, jēgpilna un noderīga.¹

PVO starptautisko klasifikāciju saime (*WHO Family of International Classifications*) ir klasifikāciju kopums, kas integrētā veidā var tikt izmantots, lai salīdzinātu veselības un ar veselību saistītu informāciju starptautiskā un nacionālā līmenī, un tās mērķi ir:

- uzlabot veselību, nodrošinot pamatotu veselības informācijas iegūšanu, lai atbalstītu lēmumu pieņemšanu dažādos līmeņos;
- nodrošināt konceptuālu ietvaru veselības un veselības vadības informācijas domēniem;
- nodrošināt dažādu klasifikāciju kopumu atbilstoši šo klasifikāciju lietošanas mērķiem;

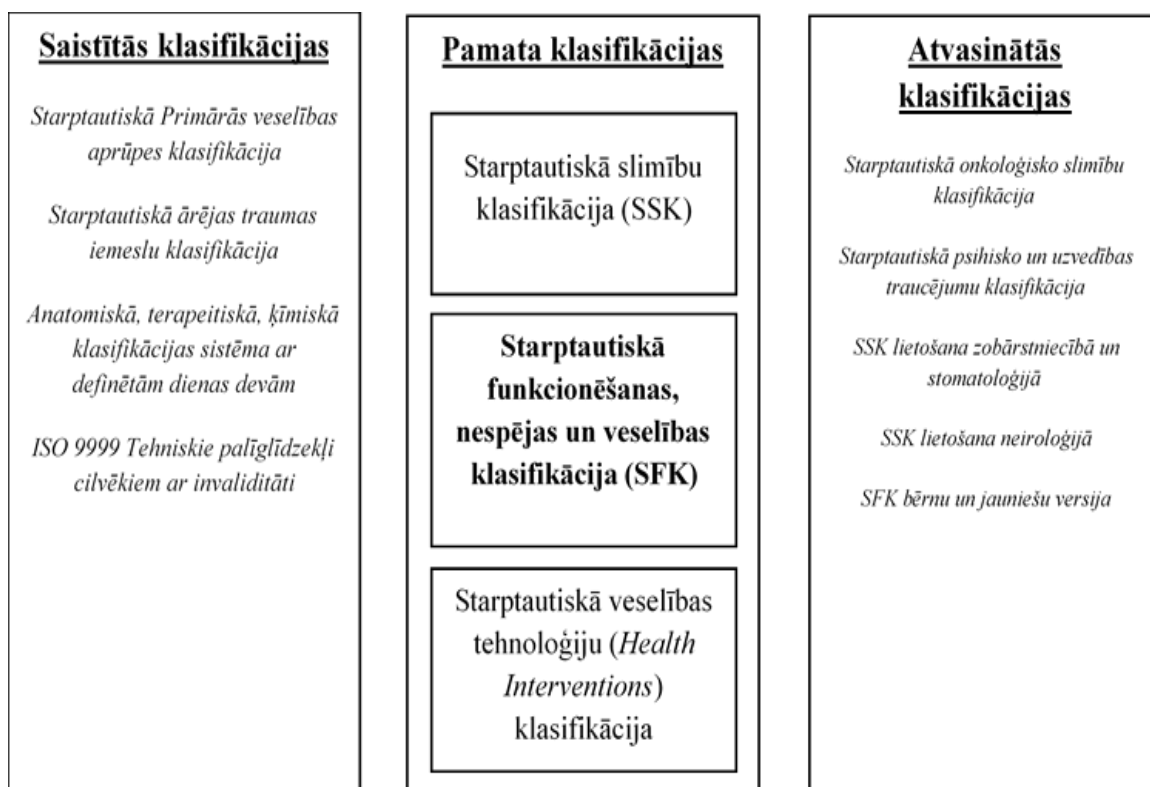
¹ World Health Organization. *About WHO*. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/en/>

- nodrošināt adekvātu klasifikāciju izvēli dažādās veselības aprūpes iestādēs visā pasaulē;
- ļaut salīdzināt datus dažādās valstīs un starp tām dažādās veselības aprūpes disciplīnās, starp pakalpojumu sniedzējiem un laika gaitā;
- veicināt veselības un veselības sistēmu pētniecību.²

PVO starptautisko klasifikāciju saimē iekļautās klasifikācijas ir:

- balstītas uz stingriem zinātniskiem un taksonomiskiem principiem;
- ētiski pieņemamas un starptautiski pielietojamas;
- fokusējas uz multidimensionāliem veselības aspektiem;
- atbilst dažādām vajadzībām un lietotājiem;
- ļauj atvasināt vispārējus veselības novērtēšanas instrumentus;
- piedāvā platformu lietotājiem un attīstītājiem.

PVO starptautisko klasifikāciju saime ir daļa no plašākas Apvienoto Nāciju Organizācijas ekonomisko un sociālo klasifikāciju saimes. Shematiska PVO starptautiskās klasifikāciju saimes struktūra attēlota 1.1. attēlā.



1.1. attēls. PVO starptautiskās klasifikāciju saimes struktūra

² Madden, R., Sykes, C., Ustun, B. T. *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf?ua=1>

PVO starptautisko klasifikāciju saime:

- **Pamata klasifikācijas** (*Reference classifications*) – ietver galvenos veselības un veselības aprūpes sistēmas parametrus, tādus kā nāve, slimība, funkcionēšana, nespēja, veselība un veselības tehnoloģijas. Šīs klasifikācijas ir starptautiskas vienošanās produkts un var tikt izmantotas par pamatu citu klasifikāciju veidošanai;
- **Atvasinātās klasifikācijas** (*Derived classifications*) – ir balstītas uz vienu vai vairākām pamata klasifikācijām, izveidotas ar domu sniegt detalizētāku vai specifiskāku informāciju, nekā iekļauts pamata klasifikācijā. PVO starptautiskās klasifikāciju saimes ietvaros tikai viena klasifikācija ir atvasināta no SFK – SFK Bērnu un jauniešu versija (*ICF Children and Youth version*);
- **Saistītās klasifikācijas** (*Related classifications*) – ir iekļautas starptautisko klasifikāciju saimē, lai aprakstītu veselībai un veselības aprūpes sistēmai svarīgus aspektus, kas nav iekļauti ne pamata, ne atvasinātajās klasifikācijās.

Starptautiskajās PVO klasifikācijās veselības stāvokļu (slimību, traucējumu, ievainojumu utt.) grupējumu pamatā nodrošina SSK-10,³ kas nodrošina etioloģisko konstrukciju. Funkcionēšana un nespēja saistībā ar veselības stāvokļiem ir klasificēta SFK. Tāpēc SSK-10 un SFK papildina viena otru, un to lietotāji tiek mudināti izmantot šīs abas PVO starptautisko klasifikāciju kopas locekles kopā. SSK-10 nodrošina slimības, traucējuma vai cita veselības stāvokļa “diagnozi”, un šī informācija tiek bagātināta ar papildu informāciju par funkcionēšanu no SFK. Kopā informācija par diagnozi un funkcionēšanu nodrošina plašāku un daudzpusīgāku skatījumu uz cilvēka vai populācijas veselību, un šī informācija var noderēt lēmumu pieņemšanas gaitā.⁴

SSK-11 ir publicēta 2018. gada 18. jūnijā. Salīdzinot ar SSK-10, tai ir uzlabota un paplašināta lietojamība (vairāk klīnisku detaļu, īsāks nepieciešamais apmācību laiks), atjaunots zinātniskais saturs, un tā ļauj kodēt visas klīniskās detaļas. Klasifikācija ir sagatavota lietošanai dažādās e-veselības vidēs. Tā ir saistīta ar citām svarīgām klasifikācijām un terminoloģijām.⁵

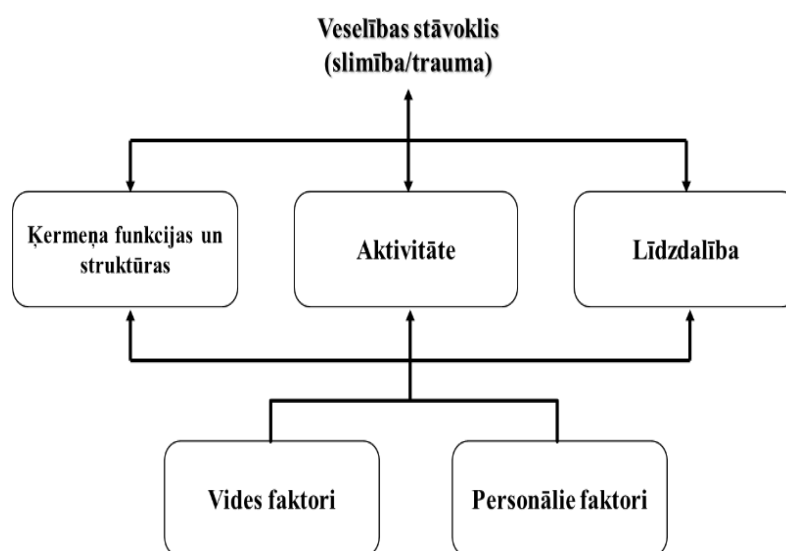
³ World Health Organization. *ICD-10 Version: 2016*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

⁴ Madden, R., Sykes, C., Ustun, B. T. *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf?ua=1>

⁵ World Health Organization. *International Classification of Diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

SFK praktiskās lietošanas iespējas

PVO publicēja SFK 2001. gadā. Tā ir izveidota, balstoties uz Starptautiskās neveselības, nespējas un nevarības klasifikāciju (1980).⁶ SFK pamatā ir tā saucamais biopsihosociālais modelis.⁷ Šajā modelī ir integrētas dažādas nespējas (invaliditātes) perspektīvas – bioloģiskā, individuālā un sociālā⁸ – un skaidrota personas un viņa veselības stāvokļa mijiedarbība ar apkārtējo vidi.⁹ Vispārējais SFK konceptuālais ietvars redzams 1.2. attēlā.



1.2. attēls. SFK konceptuālais ietvars [PVO, 2003, 18]

1.1. SFK-BJ mērķi

Galvenie SFK-BJ mērķi ir tādi paši kā SFK mērķi:

- nodrošināt zinātnisko bāzi, lai varētu izprast un pētīt veselību un ar veselību saistītus stāvokļus, galarezultātus un determinantes;
- ieviest kopīgu valodu veselības un ar veselību saistītu stāvokļu aprakstīšanai, lai uzlabotu saziņu starp dažādiem lietotājiem – veselības aprūpes darbiniekiem, pētniekiem, politikas veidotājiem un sabiedrību, ieskaitot pašus cilvēkus ar nespēju;

⁶ *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of classification relating to the consequences of disease.* (1980). Geneva: World Health Organization.

⁷ *International Classification of Functioning, Disability and Health.* (2001). Geneva: World Health Organization.

⁸ Quintas, R., Cerniauskaite, M., Ajovalasit, D., Sattin, D., Boncoraglio, G., Parati, E.A. et al. (2012, 91) Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 13 (Suppl 1), S14–21.

⁹ Colombetti, E., Osimani, B., Aluas, M., Pessina, A., Musio, A. (2012). Revision of International Classification of Functioning, Disability and Health ethical guidelines: International Classification of Functioning, Disability and Health-related ethical issues. *Am J Phys Med Rehabil.* 13 (Suppl 1), S155–158.

- ļaut salīdzināt dažādu valstu, dažādu veselības aprūpes nozaru un dienestu datus laika gaitā;
- nodrošināt veselības informācijas sistēmas ar sistēmisku kodēšanas shēmu.

1.2. SFK-BJ teorētiskās lietošanas iespējas

SFK nav attiecināma tikai uz cilvēkiem ar nespēju, bet gan uz visiem cilvēkiem. Veselība un ar veselību saistītie stāvokļi var tikt aprakstīti, lietojot SFK, neatkarīgi no veselības stāvokļa. Tādējādi SFK ir universāls lietojums. Tomēr klasifikācija neietver gadījumus, kas nav saistīti ar veselību, piemēram, ja tos nosaka sociāli ekonomiskie faktori.

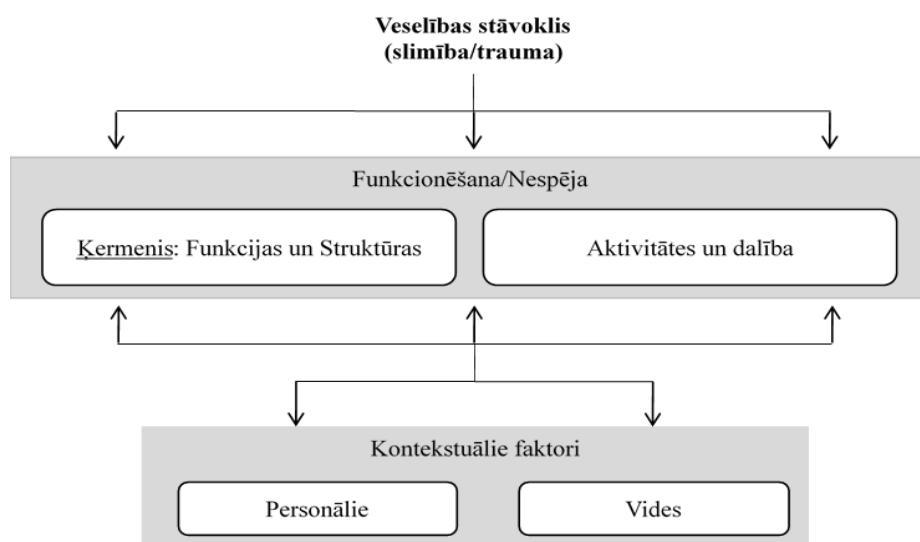
SFK var tikt izmantota dažādiem mērķiem, piemēram, kā:

- statistikas instruments – datu vākšanai un saglabāšanai (piemēram, populācijas pētījumos un apsekojumos vai pārvaldības informācijas sistēmās);
- pētniecības instruments – novērtējot galarezultātus, dzīves kvalitāti vai vides faktorus;
- klīniskais instruments – novērtējot vajadzības, saskaņojot ārstēšanu ar specifiskiem apstākļiem, veicot profesionālās darbības novērtējumu, rehabilitācijas un gala rezultātu novērtēšanu;
- sociālās politikas instruments – sociālās drošības plānošanā, kompensācijas sistēmās, politikas veidošanā un īstenošanā;
- izglītības instruments – studiju plānu veidošanā un lai paaugstinātu izpratni un uzņemtos sabiedrisku darbu;
- citās nozarēs: apdrošināšanā, sociālajā drošībā, darbiekārtos, izglītībā, ekonomikā, vispārējo normatīvo aktu uzlabošanā, vides pārveidošanā cilvēktiesību jautājumos.¹⁰

¹⁰ *International Classification of Functioning, Disability and Health*. (2001). Geneva: World Health Organization.

1.3. SFK-BJ daļas un komponentes

SFK sastāv no divām daļām. Pirmā daļa attiecas uz funkcionēšanu un nespēju, bet otrā aptver kontekstuālos faktorus. Katrai daļai ir divas komponentes (SFK daļu un komponentu shematisku attēlojumu skat. 1.3. attēlā).



1.3. attēls. SFK daļu un komponentu shematiskais attēlojums (PVO, 2003, 215]

Funkcionēšanas un nespējas daļas komponentes ir "ķermenis" un "aktivitātes un dalība". Komponente "ķermenis" ietver divas klasifikācijas: vienu – par ķermeņa sistēmu funkcijām – un otru – par ķermeņa struktūrām. Abu klasifikāciju nodaļas ir veidotas atbilstoši ķermeņa sistēmām. Komponentes "aktivitāte un dalība" aptver pilnu domēnu diapazonu, kuri apzīmē funkcionēšanas aspektus no individuālās un sabiedrības perspektīvas. **Kontekstuālo faktoru daļa** ietver "vides faktoru" un "personālo faktoru" komponentes.

Katra komponente sastāv no dažādiem domēniem, un – katra domēna ietvaros – no kategorijām, kas ir klasifikācijas vienības. Indivīda veselības stāvokļu un ar veselību saistīto stāvokļu rādītāju var fiksēt, atlasot piemērotas kategorijas kodu vai kodus, un tad pievienojot apzīmētājus. Tie ir cipariski kodi, kas norāda funkcionēšanas un nespējas pakāpi (apjomu) vai lielumu šajā kategorijā, kā arī pakāpi, ar kuru vides faktors darbojas kā veicinātājs vai šķērslis.

SFK apraksta personas funkcionēšanu un tās traucējumus, kā arī kontekstuālos faktorus tikai veselības stāvokļa (slimības / traumas) kontekstā. Veselības stāvoklis ir integratīvā funkcionēšanas, nespējas un veselības modeļa komponents un to var klasificēt, izmantojot

Starptautisko slimību klasifikāciju.¹¹ Tādējādi SSK un SFK savstarpēji viena otru papildina, un tiek ieteikts tās izmantot kopā, lai aprakstītu gan veselības stāvokli, gan tā ietekmi uz personas funkcionēšanu.¹²

Katras daļas un komponentes definīcija pozitīvā un negatīvā aspektā aprakstīta 1.1. tabulā.¹³

1.1. tabula

SFK daļu un komponentu definīcijas

Pozitīvais aspekts	Negatīvais aspekts
Funkcionēšana ir visaptverošs termins, kas ietver ķermeņa funkcijas, aktivitātes un dalību (SFK).	Nespēja (<i>disability</i>) ir visaptverošs termins bojājumam un aktivitāšu un līdzdalības ierobežojumiem, kas attiecināmi uz indivīdu un viņa kontekstuālo faktoru mijiedarbību negatīvā aspektā ¹⁴ .
Ķermeņa funkcijas – ķermeņa sistēmu fizioloģiskas funkcijas (iekļaujot psihiskās funkcijas).	Neveselība* – ķermeņa funkciju vai struktūras problēmas, piemēram, nozīmīga novirze vai to zudums.
Ķermeņa struktūras – anatomiskas ķermeņa daļas, piemēram, orgāni, locekļi un to komponenti.	
Aktivitātes – indivīda uzdevuma vai darbības veikums.	Aktivitātes ierobežojumi grūtības, kas var būt indivīdam, izpildot aktivitāti
Dalība – indivīda iesaistīšanās dzīves situācijās.	Dalības ierobežojumi – problēmas, ar ko indivīds var sastapties, iesaistoties dzīves situācijās.
Kontekstuālie faktori – atspoguļo vispusīgu fonu, kurā dzīvo un eksistē indivīds. Tie iekļauj divas komponentes: vides un personālos faktorus, kas var ietekmēt indivīdu ar kādu veselības stāvokli, šī indivīda veselības stāvokļus un ar veselību saistītos stāvokļus.	
	Veicinātāji Kavētāji
Vides faktori – fiziskā, sociālā un attieksmju vide, kurā cilvēki dzīvo un pavada savu mūžu.	
Personālie faktori – indivīda dzīves un eksistences pamats, kas ietver indivīda pazīmes, kuras nav veselības apstākļu vai veselības stāvokļa daļa.	

* Būtu jāatceras, ka neveselība nav tas pats, kas tās pamatā esošā patoloģija, bet gan šīs patoloģijas izpausme. Neveselība nav atkarīga no etioloģijas vai veida, kā šis stāvoklis veidojies; piemēram, redzes vai ekstremitātes zaudējums var rasties kā ģenētiskas anomālijas rezultātā, tā arī pēc ievainojuma.

¹¹ World Health Organization. *ICD-10 Version: 2016*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

¹² Birckenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. (2012). *ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice*. ICF Research Branch in cooperation with the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany (at DIMDI).

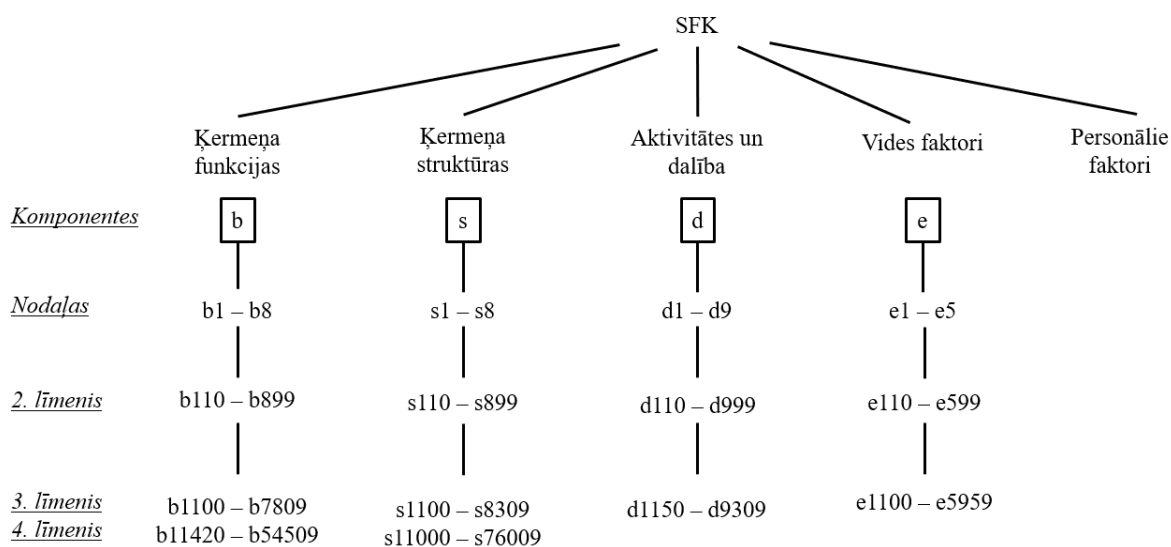
¹³ *International Classification of Functioning, Disability and Health*. (2001). Geneva: World Health Organization.

¹⁴ *World Report on Disability*. (2011). Geneva: World Health Organization.

1.4. SFK-BJ kategoriju līmeņi

SFK kodu sistēma ir organizēta hierarhiskā, savstarpēji saistītā un strukturētā veidā. Tā strukturē informāciju pēc nozīmīguma. Katrs komponents ir iedalīts nodaļās (vienlīmeņa klasifikācija), kam tālāk seko otrā, trešā un ceturrtā līmeņa klasifikācija, kas ir iedalītas kategorijās. Kategorijas ir SFK pamata vienības.

SFK kodu struktūra ir attēlota 1.4. attēlā.¹⁵



1.4. attēls. SFK struktūra [PVO, 2003, 215]

Visās SFK komponentēs, nodaļas apzīmē vienlīmeņa klasifikāciju. Kodēšanas nolūkos katra nodaļa ir sadalīta pamata elementos jeb vienībās, t.s. kategorijās.

Nodaļu kodiem un kategorijām tiek izmantota vienota klasifikācijas valoda, kas datu uzkrāšanai un salīdzināšanai izmantojama neatkarīgi no valsts, valodas, kultūras un profesijas.

Katrs kods sākas ar burtu:

b – ķermeņa funkcijām;

s – ķermeņa struktūrām;

d – aktivitātēm un dalībai;

e – vides faktoriem.

Tam seko ciparu kombinācija jeb kods. Pirmais cipars aiz koda reprezentē vienlīmeņa klasifikāciju, otrais un trešais – divlīmeņu klasifikāciju, kam attiecīgi seko trešā un ceturrtā līmeņa klasifikāciju raksturojoši kodi, pa vienam ciparam katrā¹⁶.

¹⁵ *International Classification of Functioning, Disability and Health*. (2001). Geneva: World Health Organization.

Ķermeņa funkcijas un struktūras ir klasificētas atbilstoši ķermeņa sistēmām, un katra komponente sastāv no astoņām nodaļām (*skat. 1.2. tabulu*), kas ir vienlīmeņa klasifikācija (jeb nodaļas).

1.2. tabula

SFK nodaļas komponentēm “Ķermeņa funkcijas” un “Ķermeņa struktūras”

Nodaļa	Ķermeņa funkcijas	Ķermeņa struktūras
1.	Garīgās funkcijas	Nervu sistēmas struktūras
2.	Maņu funkcijas un sāpes	Acs, auss un ar tām saistītās struktūras
3.	Balss un runas funkcijas	Balss un runas veidošanā iesaistītās struktūras
4.	Asinsrites sistēmas, asinsrades sistēmas, imūnsistēmas un elpošanas sistēmas funkcijas	Asinsrites, imūnsistēmas un elpošanas sistēmas struktūras
5.	Gremošanas, vielmaiņas un endokrīnās sistēmas funkcijas	Ar gremošanas, vielmaiņas un endokrīno sistēmu saistītās struktūras
6.	Uroģenitālās un reproduktīvās funkcijas	Ar uroģenitālo un reproduktīvo sistēmu saistītās struktūras
7.	Nervu, muskuļu un skeleta sistēmas un ar kustībām saistītās funkcijas	Ar kustībām saistītās struktūras
8.	Ādas un ar to saistīto struktūru funkcijas	Āda un ar to saistītās struktūras

Aktivitātes un dalība sastāv no deviņām nodaļām (*skat. 1.3. tabulu*).

1.3. tabula

SFK nodaļas komponentei “Aktivitātes un dalība”

Nodaļa	Aktivitātes un dalība
1.	Mācīšanās un zināšanu lietojums
2.	Vispārējie uzdevumi un vajadzības
3.	Komunikācija
4.	Mobilitāte
5.	Pašaprūpe
6.	Mājas dzīve
7.	Interpersonāla mijiedarbība un attiecības
8.	Galvenās dzīves jomas
9.	Dzīve kopienā, sociālā un pilsoniskā dzīve

¹⁶ Birckenbach, J., Cieza, A., Rauch, A., Stucki, G. (2012). *ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice*. ICF Research Branch in cooperation with the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany (at DIMDI).

Vides faktori klasifikācijā ir grupēti, piegriežot vērību diviem dažādiem līmeņiem:

- Individuālais līmenis – tiešā indivīda vide, kas iekļauj mājas, darba vietu un skolu. Šajā līmenī ir iekļautas arī vides fiziskās un materiālās pazīmes, ar kurām indivīds nonāk tiešā saskarsmē, kā arī tiešie kontakti ar citiem, piemēram, ģimeni, paziņām, vienaudžiem un svešiniekiem.
- Sabiedriskais (sociālais) līmenis – formālas un neformālas sociālās struktūras, dienesti un vispārēja pieeja vai sistēma kopienā vai sabiedrībā, kam ir ietekme uz indivīdu. Šis līmenis iekļauj organizācijas un dienestus, kas saistīti ar darba vidi, kopienas aktivitātēm, valsts institūcijām, komunikāciju un transporta dienestiem, un neformālām sociālām saiknēm, kā arī likumiem, noteikumiem, formāliem un neformāliem noteikumiem, attieksmi un ideoloģijām.¹⁷

Vides faktoru komponente sastāv no piecām nodaļām (skat. 1.4. tabulu). Savukārt 1.5. tabulā kā piemērs divlīmeņu klasifikācijai dots garīgo funkciju nodaļas kategoriju uzskaitījums.

1.4. tabula

SFK nodaļas komponentei “Vides faktori”

Nodaļa	Vides faktori
1.	Lietas un tehnoloģijas
2.	Dabiskā vide un cilvēka veiktās izmaiņas vidē
3.	Atbalsts un savstarpējās attiecības
4.	Attieksmes
5.	Dienesti, sistēmas un politika

1.5. tabula

Garīgās funkcijas un to kategorijas

Nodaļa: b1 Garīgās funkcijas Vispārīgās garīgās funkcijas (b110 – b139) b110 Apziņas funkcijas b114 Orientēšanās funkcijas b117 Intelektuālās funkcijas b122 Vispārīgās psihosociālās funkcijas b125 Noslieces (uz individuālajām uzvedības reakcijām) un intra-personālās funkcijas (<i>Dispositions and intra-personal functions</i>) b126 Temperaments un personības funkcijas b130 Enerģijas un dziņu funkcijas b134 Miega funkcijas b139 Citas precizētas un neprecizētas vispārīgās garīgās funkcijas Specifiskās garīgās funkcijas (b140 – b189)
--

¹⁷ *International Classification of Functioning, Disability and Health*. (2001). Geneva: World Health Organization.

1.5. Klasifikācija ar definīcijām

Funkcionēšanas daļā tiek izmantota trešā un ceturtā līmeņa klasifikācija (piemēru skat. 1.6. tabulā), kas ietver specifiskākas kategorijas nekā divlīmeņu klasifikācija. Šāds klasifikācijas modelis ļauj lietotājam izvēlēties tādu klasifikācijas vienības līmeni, kāds nepieciešams konkrētā uzdevuma veikšanai. Visām kategorijām, izņemot “Ķermeņa struktūras”, detalizēta klasifikācija piedāvā definīciju, un informāciju par to, kas ir un kas nav iekļauts katrā kategorijā.

1.6. tabula

Detalizētas klasifikācijas piemērs

Nodaļa: b1 Garīgās funkcijas
b114 Orientēšanās funkcijas
Vispārīgās garīgās funkcijas, apzinoties un nosakot attiecības pret sevi, citiem, laiku un apkārtni.
<i>Jāiekļauj:</i> orientēšanās funkcijas laikā, vietā un personā; orientēšanās attiecībā pret sevi un citiem, dezorientācija laikā, vietā un personā.
<i>Nav jāiekļauj:</i> apziņas funkcijas (b110); uzmanības funkcijas (b140); atmiņas funkcijas (b144)
b1140 Orientēšanās laikā (<i>Garīgās funkcijas, kas nodrošina dienas, datuma, mēneša un gada apzināšanos</i>)
b1141 Orientēšanās vietā
b1142 Orientēšanās personā
b11420 Orientēšanās sevī (<i>Garīgās funkcijas, kas producē paša identitātes apzināšanos</i>)

1.6. SFK-BJ ietverto kategoriju apzīmētāji

SFK klasificē veselības un ar veselību saistītus domēnus, tomēr, lai kods būtu pilnīgs, tam ir jāietver arī apzīmētājs, kas raksturo aprakstītās problēmas smaguma pakāpi. Apzīmētāji tiek kodēti kā viens vai vairāki cipari aiz punkta, kas tiek likts kategorijas beigās. Visām SFK klasificētajām komponentēm tiek izmantota viena un tā pati ģenēriskā skala. Apzīmētāju raksturojums ir dots 1.7. tabulā.

Komponentei “Aktivitātes un dalība” ir divi atsevišķi apzīmētāji. Veiktspējas apzīmētājs raksturo, ko indivīds dara savā esošajā vidē. Dotumu apzīmētājs raksturo indivīda spēju veikt uzdevumu vai darbību. Šī sastāvdaļa paredzēta, lai norādītu augstāko iespējamo funkcionēšanas līmeni, ko persona var sasniegt dotajā brīdī šajā domēnā. Vides faktoriem var būt pozitīva vai negatīva ietekme uz personas funkcionēšanu. Ja vides faktoram ir kavējošs

raksturs, tiek izmantota iepriekš minētā ģenēriskā skala (0–4), bet, ja vides faktors ir veicinošs, tad punkta vietā tiek izmantota plusa zīme (piem., XXX+3)

Ķermeņa funkciju un struktūru pirmais apzīmētājs, aktivitātes un dalības veikspējas un dotumu apzīmētāji, vides faktoru pirmais apzīmētājs – visi tie apraksta problēmas plašumu attiecīgajā komponentē.

1.7. tabula

SFK apzīmētāju raksturojums

xxx.0	NAV problēmu (nekāda, neesoša, vērā neņemama, ...)	0–4%
xxx.1	VIEGLA problēma (niecīga, maza, ...)	5–24%
xxx.2	MĒRENA problēma (vidēja, mēreni smaga, ...)	25–49%
xxx.3	SMAGA problēma (augsta, ārkārtīgi smaga, ...)	50–95%
xxx.4	ABSOLŪTA problēma (pilnīga, ...)	96–100%
xxx.8	Nav precizēta	
xxx.9	Nav piemērojama	

1.7. SFK-BJ saistība ar novērtēšanas instrumentiem

Ir atšķirība starp veselības iznākumu un veselības iznākuma novērtēšanas instrumentu.

Veselības iznākums (*health outcome*) ir veselības aprūpes beigu iznākums jeb kas notiek ar pacientu slimības kontroles vai seku mazināšanas, aprūpes un rehabilitācijas kontekstā. SFK piedāvā ietvaru šo veselības iznākumu klasificēšanai dažādos funkcionēšanas līmeņos. Tas atbild uz jautājumu “ko mērīt”, bet nepasaka “kā to darīt?”.¹⁸

Savā praktiskajā darbā veselības aprūpes profesionāļi var izmantot plašu novērtēšanas instrumentu (mērījumu) klāstu. Tas ietver tehniskus (laboratoriskos un elektrofizioloģiskos izmeklējumus), klīniskus (fizisku vai kognitīvu traucējumu novērtēšanai) un uz pacientu orientētus instrumentus (dzīves kvalitātes izvērtējumu). Šie mērījumi ir vispārīgi vai slimību specifiski. Un tie no veselības iznākumu viedokļa var savstarpēji pārklāties, t. i., novērtēt vienu un to pašu informāciju. Tāpēc tiek piedāvāts klīniskajā darbā izmantotos instrumentus saistīt ar SFK, lai varētu definēt veselības iznākumu, ko tas mēra. Vispārējas mērījumu īpašības atkarībā no funkcionēšanas līmeņa ir aprakstītas 1.8. tabulā.

¹⁸ Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 37 (4), 212–218.

SFK un funkcionēšanas mērījumi

Mērījums	Ķermenis	Aktivitātes	Līdzdalība
Mērījuma mērķis	Anatomiska vai strukturāla novirze no normas	Uzdevumi, prasmes vai uzvedība	Integrācija kopienā
Novērtējuma elementi	Ķermeņa funkcijas un struktūra	Individuālas aktivitātes un funkcionālās spējas	Līdzdalība sabiedrībā, sociālās lomas
Specifiskuma līmenis	Detalizēts	Vidējs	Vispārējs
Mērījumu plašums	Var būt tikai fizisks	Vairāk multidimensionāls	Nepieciešams multidimensionāls
Iejaukšanās	Medicīniska ārstēšana vai profilakse	Rehabilitācijas pakalpojumi	Izglītība, vide un izmaiņas politikā

Pie novērtēšanas instrumentiem pieder:

- 1) veselības stāvokļa un ķermeņa struktūru līmenī: anamnēze, klīniskā izmeklēšana, laboratoriskās izmeklēšanas metodes u. c.;
- 2) lielākā daļa no novērtēšanas instrumentiem, kas tiek izmantoti medicīnā, novērtē pacientu funkciju:
 - klīniska funkcionāla izmeklēšana (muskuļu spēks, locītavu kustību apjoms, asinsrites un elpošanas funkciju izvērtēšana);
 - standarta / klīniskie testi (*timed up and go*, piecelšanās u. c.);
 - tehniskie novērtēšanas instrumenti (dinamometrija, asinsspiediens, EMG u. c.);
 - standartizēti testi (piem., gaitas analīze);
- 3) aktivitāšu novērtēšanai:
 - standartizētas aktivitātes: novērtē vienu funkciju, ko persona spēj veikt (staigāšanas testi, satvēriens u. c.), – novērtē kvalitatīvi vai kvantitatīvi (izpildes laiks, spēja pacelt priekšmetus u. c.);
 - kompleksas aktivitātes: piem., ikdienas aktivitātes (novērtē profesionālis vai pati persona);
- 4) informāciju par līdzdalību galvenokārt iegūst ar anamnēzes palīdzību vai izmantojot standartizētas anketas; tiek iegūta informācija par:
 - sociāli ekonomiskiem parametriem (darba nespēju);
 - atbilstošiem vides faktoriem: sociālā situācija, ģimene, draugi, sabiedrība, nodarbinātība u. c.;

- aprūpes nepieciešamību;
- palīgīdzekļu nepieciešamību un izmantošanu;
- vides adaptāciju.¹⁹

Lai saistītu pacienta novērtēšanai izmantojamus mērījumus ar SFK, ir izstrādāti noteikumi mērījumu saistīšanai ar SFK (*ICF linking rules*). Šie noteikumi paredzēti, lai uzlabotu veselības informācijas salīdzināšanu pēctecīgā, saskaņotā veidā, kas kalpo par pamatu uz pierādījumiem balstītai lēmumu pieņemšanai dažādos veselības aprūpes sistēmas līmeņos.²⁰

Saistot mērījumus ar SFK, ir jāievēro šādi pamatpunkti:

- detalizētas zināšanas par SFK;
- katrs jēgpilns koncepts tiek saistīts ar visprecīzāko SFK kategoriju;
- neizmantojot kategoriju “cits precizēts” (8);
- neizmantojot kategoriju “neprecizēts” (9);
- “nav definējams”:
 - a) Nd-gh (*general health*);
 - b) Nd-ph (*physical health*);
 - c) Nd-mh (*mental health*);
 - d) Nd-qol (*quality of life*);
- pf (personālie faktori);
- nc (*not covered by ICF*);
- hc (*health condition*).²¹

1.5. attēlā ir atainots piemērs vairāku mērīšanas instrumentu sasaistīšanai ar SFK-BJ funkcionēšanas novērtēšanai cerebrālās triekas gadījumā.²²

¹⁹ PRM Section of UEMS. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. (2006). *Eura Medicophys*.42 (4), 292–332.

²⁰ Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., Prodinger, B. (2016). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*. Mar 17: 1–10. doi: 10.3109/09638288.2016.1145258.

²¹ Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 37 (4), 212–218.

²² Schiariti, V., Klassen, A.F., Cieza, A., Sauve, K., O'Donnell, M., Armstrong, R., Masse, L.C. (2014). Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (IVF-CY): A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(1), 1–12. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2013.08.001>.

Name (abbreviation) ^a	N° of citations where measure was used	Items or domains used in analysis	B N (%)	S N (%)	A&P N (%)	EF N (%)	PF N (%)	Others N (%)	Total number of unique concepts ^b	Linked to ICF-CY	Brief description of measure
Children's assessment of participation and enjoyment (CAPE)	5	55	0	0	23(100)	0	0	0	23	Items	Self-report measure of children's participation in recreation and leisure activities outside of mandated school activities
Child health questionnaire (CHQ)	19	109	21(35)	0	27(45)	4(6.7)	1(1.7)	7(11.7)	60	Items	Multidimensional quality of life instrument focuses on physical and psychosocial functioning and well-being
Canadian occupational performance measure (COPM)	8	12	0	0	30(100)	0	0	0	30	Domains	Detects change in a client's self-perception of occupational performance over time.
Gillette Functional assessment questionnaire (FAQ)	10	32	2(11.8)	0	15(88.2)	0	0	0	17	Items	Assesses the functional walking level of a child
Gross motor function measure (GMFM)	92	88	3(12)	0	22(88)	0	0	0	25	Items	Measures change in gross motor function over time in children with cerebral palsy.
KIDSCREEN	5	10	7(46.7)	0	3(20)	2(13.3)	1(6.7)	2(13.3)	15	Domains	Assesses children's and adolescents' subjective health >and well-being, applicable to healthy and chronically ill children
Melbourne assessment of upper limb function (MAULF)	5	4	0	0	4(100)	0	0	0	4	Domains	Measures quality of unilateral upper limb movement in children with neurological conditions,
Pediatric evaluation of disability inventory (PEDI)	35	199	13(17.8)	0	58(79.5)	2(2.7)	0	0	73	Items	Assesses key functional capabilities and performance in children by observing mobility, self-care and social function
The Pediatric quality of life inventory (PedsQL)	9	23	6(30)	0	10(50)	3(15)	0	1(5)	20	Items	Multidimensional measure of HRQOL in healthy children and adolescents and acute and chronic health conditions.
Pediatric outcomes data collection inventory (PODCI)	12	87	6(13)	0	32(69.6)	5(10.9)	1(2.2)	2(4.3)	46	Items	Subjective measurement assesses outcomes in pediatric musculoskeletal conditions.
Physician's rating scale (PRS)	9	6	1(100)	0	0	0	0	0	1	Items	Quantitative observational scale that evaluate gait
Quality of upper extremity skills test (QUEST)	13	7	5(71.4)	0	2(28.6)	0	0	0	7	Items	Evaluates movement patterns and hand function in children with cerebral palsy
Strength and difficulties questionnaire (SDQ)	5	34	10(40)	0	12(48)	1(4)	1(4)	1(4)	25	Items	Brief behavioural screening questionnaire
Vineland adaptive behavior scales (VABS)	8	61	7(13)	0	44(81.5)	1(1.9)	1(1.9)	1(1.9)	54	Items	A measure of adaptive behavior from birth to adulthood.
WeeFIM	4	18	1(5.6)	0	17(94.4)	0	0	0	18	Domains	Measures functional performance in three domains: self-care, mobility and cognition.

^a Measures order by abbreviation alphabetical order.
^b Total number of meaningful concepts without duplications per measure. Full list of multiple-item measures is shown in [Appendix 4](#). Abbreviations: B, body function; S, body structure; A&P, activity and participation; EF, environmental factors, PF, personal factors; ICF-CY, International Classification of Functioning, Disability and Health children and youth version. *Other – not definable plus not covered by the ICF-CY.

1.5. attēls. Piemērs vairāku instrumentu saistīšanai ar SFK-BJ cerebrālās triekas gadījumā

2. SFK UN SFK-BJ: KOPĪGAIS UN ATŠKIRĪGAIS

SFK-BJ tika izstrādāta, rodoties nepieciešamībai pēc SFK varianta, kuru varētu pielāgot bērnu un jauniešu veselības problēmām, kā arī izglītības un sociālajiem aspektiem, jo bērniem un jauniešiem ir funkcionēšanas kategorijas, kuras būtiski atšķiras vai ir pilnīgi citas, salīdzinot ar pieaugušajiem. Un tas ir jāņem vērā, lai klasifikācija būtu precīza un ietvertu attiecīgās vecumposma pārmaiņas un attīstību dažādos vecuma posmos, ievērojot arī apkārtējās vides pazīmes.

Laikā no 2002. gada līdz 2005. gadam PVO SFK-BJ darba grupa rīkoja vairākas tikšanās un izmēģinājuma projektus, lai pārskatītu jau esošos SFK kodus un noteiktu jaunus kodus bērnu un jauniešu raksturīgo pazīmju aprakstīšanai. Tika modificēti un papildināti apraksti, piešķirts jauns saturs un būtība nelietotiem kodiem, modificēti iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji un papildināti apzīmētāji. Tādējādi SFK-BJ papildina galveno SFK sējumu, sniedzot specifisku saturu un papildu detaļas, lai aptvertu ķermeņa funkcijas un struktūras, aktivitātes, dalību un vidi, kas ir būtiski zīdaiņiem, bērniem un pusaudžiem.²³

SFK un SFK-BJ kopīgās īpašības:

- 1) SFK-BJ versijai ir tādas pašas klasifikācijas īpašības kā SFK:
 - tāda pati klasifikācijas hierarhijas struktūra;
 - taksonomijas principi;
 - apzīmētāji;
 - tādi paši koncepti:
 - identiski konceptu nosaukumi;
 - identiskas definīcijas;
 - identiska terminoloģija;
 - identisks informācijas modelis;
- 2) SFK un SFK -BJ ir PVO starptautisko klasifikāciju saimes klasifikācijas;
- 3) SFK-BJ nav pretrunā ar SFK kā pamata klasifikāciju.

SFK-BJ raksturīgais, kas ir atšķirīgs no SFK:

- 1) modificēti vai paplašināti klasifikācijas paskaidrojumi;
- 2) pievienots jauns saturs kodiem, kas SFK nav izmantoti;
- 3) modificēti izslēgšanas un iekļaušanas kritēriji;
- 4) paplašināti apzīmētāji, lai iekļautu cilvēka attīstībai svarīgus aspektus.

²³ *International classification of functioning, disability and health : children & youth version: ICF-CY.* (2007). World Health Organization.

3. BĒRNU UN JAUNIEŠU FUNKCIONĒŠANAS IEROBEŽOJUMU NOVĒRTĒŠANAS PROCESS

3.1. Ķermeņa funkciju un struktūru izvērtējums bērniem un jauniešiem

SFK-BJ struktūra nodrošina izpratni par ķermeņa struktūru nesaraucamu mijiedarbību ar funkcijām, aktivitātēm un dalību, kā arī uzsver to nesaraucamo savstarpējo saistību ar vidi. SFK-BJ izveides procesā ir pievienots jauns un paplašināts SFK saturs jomās, kas skar izziņu, valodu, spēli, rīcību un uzvedību dažādos bērna attīstības periodos. Kopumā SFK ir pievienoti 237 kodi, kuri raksturo bērnu dažādos attīstības periodos.²⁴

Joprojām darbs pie SFK-BJ pilnveides turpinās.²⁵ Bērns attīstās no pilnīgas atkarības no vecākiem zīdaiņa vecumā līdz fiziskam, sociālam un psiholoģiskam briedumam pusaudža vecumā. Šajā dinamiskajā procesā bērna funkcionēšana ir atkarīga no nepārtrauktas sadarbības ar ģimeni vai citiem aprūpētājiem bērna sociālajā vidē. Līdz ar to bērna funkcionēšana nevar būt izolēta, bet tā jāapskata *ģimenes sistēmas* kontekstā. Tas ir svarīgs apsvērums, kad jāpieņem lēmums par bērna funkcionēšanu dažādās dzīves situācijās. Ģimenes mijiedarbības ietekme uz bērna funkcionēšanu ir lielāka šajā attīstības fāzē, nekā jebkurā vēlākā posmā katra indivīda dzīves laikā. Fiziskās un sociālās vides ietekme bērniem un jauniešiem ir izšķiroša dažādu iemaņu apgūšanai. SFK-BJ bērnu nespējas un vides kontekstā tiek uzsvērta ģimenes loma un nozīmība. Tieši ģimenē bērns attīstās, tādēļ atbalsta programmas ģimenēm ir īpaši svarīgas. Tas ir ekoloģiskais un uz ģimeni vērstais domāšanas veids.

Bērnā attīstoties, dzīves situācijas mainās gan apjoma, gan sarežģītības ziņā attiecībā ar vecākiem vai aprūpētāju. Vēlākajā vecumā veidojas jaunas attiecības ar vienaudžiem un skolābiedriem. Jo jaunāks ir bērns, jo viņa dalības iespējas nosaka vecāki, aprūpētāji vai pakalpojumu sniedzēji. Ģimenes vides loma un pārējie apstākļi apkārtējā vidē ir neatņemama bērna dzīves un attīstības sastāvdaļa, kas, īpaši agrīnā bērnībā, nosaka dalību. Vecāki un ģimenes locekļi ir vissvarīgākie bērna attīstības veicinātāji.

Bērnu un jauniešu funkcionēšanas novērtējums dažādos vecuma posmos un funkcionēšanas jomās ir grūts uzdevums, svarīgi ir pārzināt viņu fizioloģisko attīstību, kā arī ņemt vērā iespējamās attīstības traucējumus.

²⁴ *International classification of functioning, disability and health : children & youth version : ICF-CY.* (2007). World Health Organization.

²⁵ WHO-FIC Network. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/network/en/>

Piemēram, SFK-BJ ķermeņa struktūru līmenī ir sniegta informācija par galvas smadzeņu strukturālām izmaiņām, kuras tālāk izraisa muskuļu tonusa izmaiņas, bet tās savukārt – motoro aktivitāšu un bērna dalības ierobežojumus. Apvienojot šo informāciju, tiek nodrošināta holistiska pacienta novērtēšana visās funkcionēšanas jomās.

Izmantojot SFK-BJ, var izveidot personificētu, strukturētu klīnisku dokumentāciju, kurā var skaidri norādīt bērna stiprās un problemātiskās jomas, viņa vajadzības, rehabilitācijas komandas un vecāku izvirzītos mērķus. Vienlaicīgi ir jāizprot, ka pastāv atšķirības starp bērna / jaunieša funkciju un aktivitāšu veikšanas kapacitāti un aktivitāšu veikšanas spējām reālās vides apstākļos. Šo koncepciju ir svarīgi ņemt vērā tieši novērtēšanas procesā.

Laiks, kad bērniem un jauniešiem attīstās dažādas ķermeņa funkcijas, struktūras un aktivitātes, var būt dažāds, un tas saistīts ar individuālām augšanas un attīstības atšķirībām. Taču funkciju, struktūru un aktivitāšu attīstības aizkavēšanās var atspoguļot attīstības aizturi. Tā var izpausties jebkurā jomā (piem., izziņas un runas funkcijās, mobilitātē un komunikācijā). Šo funkciju un aktivitāšu attīstību ietekmē apkārtējās vides fiziskie un psiholoģiskie faktori.²⁶

Ķermeņa funkciju, struktūru un aktivitāšu attīstības aizkavēšanās bieži ir bērniem ar augstu nespējas attīstības risku. Tāpēc ir svarīgi attīstību dokumentēt dinamikā, kā arī savlaicīgi uzsākt nepieciešamo ārstēšanu un rehabilitāciju.

Lielākoties nopietnas bērna ķermeņa strukturālās izmaiņas tiek pamanītas jau perinatālajā periodā, kad tiek veikti attēldiagnostikas un ģenētiski izmeklējumi. Nozīmīgu informāciju ārstam sniedz dzemdību norise, jaundzimušā novērtējums un padziļinātu izmeklējumu rezultāti.

Tādējādi tiek iegūta pirmā informācija par iespējamiem ķermeņa strukturālajiem bojājumiem. Jebkuram bērnam Latvijā pirmā gada laikā tiek nodrošināts atkārtots funkcionāls novērtējums, kurā tiek monitorēta bērna struktūru attīstība – augšana, ķermeņa masas pieaugums, kā arī jaunu ķermeņa funkciju attīstība – velšanās, rāpošana, sēdēšana, stāvēšana un staigāšana. Šajā laikā arī strauji attīstās aktivitātes – neverbāla un verbāla komunikācija, rotaļāšanās, mijiedarbība ar apkārtējiem ģimenes locekļiem.

Taču ir gadījumi, kad strukturālu ķermeņa izmaiņu dēļ funkciju un aktivitāšu attīstība ievērojami atpaliek no vispārpieņemtajām bērna fizioloģiskajām attīstības normām jeb noteiktu funkcionēšanas līmeni nerasniedz nekad.

²⁶ *International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY.* (2007). World Health Organization.

Šādos gadījumos ir nopietni jāanalizē vides faktoru ietekme – bērna barošana, pozicionēšana, vecāku prasmes un aprūpe, mājokļa iekārtojums. Jāveic arī padziļināta izmeklēšana, lai konstatētu bērna stiprās un ne tik labi attīstītās funkcionēšanas jomas.

3.2. Aktivitātes un dalības domēnu izvērtējums bērniem un jauniešiem

Svarīgi ir dokumentēt zīdaiņa un bērna attīstību ķermeņa struktūru, funkciju un aktivitāšu SFK-BJ kategorijās. Tomēr tas nav viegls uzdevums, jo SFK-BJ norāda funkciju vai aktivitāti, tomēr nenorāda vecumu, kad tai jāattīstās.

Tādēļ risinājums ir izmantot attiecīgus novērtēšanas instrumentus un iegūtos rezultātus attiecināt uz SFK-BJ kategorijām, piemēram:

1) agrīna vecuma bērnu visaptverošai novērtēšanai:

- *Assessment, Evaluation and Programming System for Infants and Children (AEPS)*;
- *Bayley Scales of Infant and Toddler Development (Third Edition)*;
- Minhenes funkcionālā skala;

2) motorās attīstības novērtēšanai:

- *Gross Motor Function Measure (GMFM)*.

3) pašaprūpes novērtēšanai:

- *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PED-I)*;

4) intelektuālās attīstības novērtēšanai:

- *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition (WPPSI-III)*;
- *Woodcock-Johnson III Tests of Cognitive Abilities (WJ-III)*.

Ir pieejami arī citi novērtējumi gan bērna attīstības, gan valodas, gan lasītprasmes un rēķināšanas, gan sīkās motorikas izvērtēšanai. Iepriekš minētie instrumenti novērtē gan ķermeņa funkcijas, gan aktivitātes.²⁷

Šie novērtējumi ir gan procentuāli, gan punktu sistēmās, un tos labi var saskaņot ar SFK-BJ piecu funkcionēšanas līmeņu gradāciju.

²⁷ Schiariti, V., Klassen, A.F., Cieza, A., Sauve, K., O'Donnell, M., Armstrong, R., Masse, L.C. (2014). Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (IVF-CY): A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(1), 1–12. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2013.08.001>

Pieejamas ir vairākas funkcionēšanas klasifikācijas sistēmas, kuras ir izveidotas tieši bērniem un jauniešiem ar cerebrālo trieku. Tās ir piecu līmeņu funkcionēšanas traucējumu klasifikācijas sistēmas, kuras veidotas atbilstoši SFK-BJ principiem un ir viegli savietojamas.

Šīs sistēmas gan klīniskajā praksē, gan pētniecībā izmanto, lai raksturotu cerebrālās triekas smaguma pakāpi.

Tā kā cerebrālās triekas slimniekiem raksturīgi dažādi funkcionēšanas traucējumi, bet galvenie un raksturīgākie ir lielās motorās funkcionēšanas jomā, tad popularitāti ir ieguvusi Lielo motoro funkciju klasifikācijas sistēma (*GMFCS E & R – Gross Motor Function Classification System E&R*).²⁸

Manuālo spēju raksturojumam izmanto Manuālo spēju klasifikācijas sistēmu (*MACS – Manual ability classification system*).²⁹

Komunikācijas traucējumu raksturošanai var izmantot Komunikācijas funkciju klasifikācijas sistēmu (*CFCS – Communication Function Classification System*). Novērtējums ir tulkots un validēts Latvijā Rehabilitācijas centrā “Mēs esam līdzās” un pieejams latviešu valodā.³⁰

Runas saprotamības vērtējumam Latvijā lieto Vikingu runas skalu (*Viking Speech Scale*). Novērtējums ir tulkots un validēts Latvijā Rehabilitācijas centrā “Mēs esam līdzās” un pieejams latviešu valodā.³¹

Grūtības bērniem ar cerebrālo trieku sagādā arī ēšana un dzeršana, kas būtiski ietekmē bērna attīstību visās funkcionēšanas jomās. Ēšanas un dzeršanas funkciju izvērtējums ir veicams, izmantojot Ēšanas un dzeršanas spēju klasifikācijas sistēmu (*EDACS – Eating and Drinking Ability Classification System*). Novērtējums ir tulkots un validēts Latvijā Rehabilitācijas centrā “Mēs esam līdzās” un pieejams latviešu valodā.³²

Darbs pie jaunu, informatīvu novērtēšanas instrumentu izveides turpinās un, iespējams, jau tuvākajā laikā būs iespējams vēl detalizētāk raksturot bērnu funkcionēšanu.

²⁸ Palisano et al. (1997). GMFCS E & R between 6th and 12th birthday: Descriptors and illustrations. *Dev Med Child Neurol*, 39:214–23. Retrieved from https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/002/114/original/GMFCS_English_Illustrations_V2.pdf

²⁹ Eliasson, et al. (2006). *Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy 4-18 years*. Retrieved from <http://www.macs.nu/>

³⁰ Hidekers (Hidecker) u.c. (2011). *Komunikācijas funkciju klasifikācijas sistēma (KFKS) indivīdiem ar cerebrālo trieku*. Pieejams: http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS_Latvian.pdf

³¹ Peningtons (Pennington) u.c. (2010). *Vikingu runas skala*. Pieejams: <http://www.scpenetwork.eu/assets/SCPE-Tools/VSS/SCPE-NET-Annexes-WP4-Viking-Speech-Scale-LV.pdf>

³² Sellers (Sellers) u. c. (2014). *Ēšanas un dzeršanas spēju klasifikācijas sistēma*. Pieejams: <https://www.sussexcommunity.nhs.uk/downloads/get-involved/research/chailey-research/edacs/edacs-classificationsystem-latvian.pdf>

4. BĒRNU UN JAUNIEŠU AR FUNKCIONĀLIEM IEROBEŽOJUMIEM MEDICĪNISKĀS REHABILITĀCIJAS PROCESA LIKUMISKAIS PAMATS

4.1. Valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas prioritārā kārtība un process

No valsts budžeta līdzekļiem tiek apmaksāta medicīniskā rehabilitācija ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai rehabilitologa nosūtījumu:

- 1) bērniem invalīdiem;
- 2) bērniem un pacientiem ar funkcionāliem ierobežojumiem, kuriem medicīniskā rehabilitācija ir kā tiešs turpinājums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu saņemšanas;
- 3) pacientiem ar prognozējamu (draudošu) invaliditāti;
- 4) ilgstoši slimojošām personām darbspējīgā vecumā.

Lai saņemtu valsts apmaksātu medicīnisko rehabilitāciju, ir jāvērsas pie ģimenes ārsta, kurš, izvērtējot pacienta veselības stāvokli, nepieciešamības gadījumā var izsniegt nosūtījumu rehabilitologa vai fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta ambulatorai konsultācijai.

Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas (turpmāk – FRM) ārsts, izvērtējot pacienta veselības stāvokli un medicīniskās indikācijas, ir tiesīgs izstrādāt medicīniskās rehabilitācijas plānu un izsniegt nosūtījumu valsts apmaksātās medicīniskās rehabilitācijas saņemšanai ambulatorā ārstniecības iestādē, stacionārā ārstniecības iestādē vai mājās (insulta pacientiem ar noteiktām diagnozēm).

Kārtību, kādā tiek organizēta medicīniskā rehabilitācija, nosaka Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 “Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība” trešās daļas “Valsts apmaksātās medicīniskās palīdzības minimumā un valsts obligātās veselības apdrošināšanā ietilpstošo veselības aprūpes pakalpojumu organizēšana” 3.11. “Medicīniska rehabilitācija”.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu mērķis ir nodrošināt personām ar noteiktiem funkcionāliem ierobežojumiem šo ierobežojumu mazināšanu vai novēršanu, kā arī komplikāciju riska novērtēšanu un mazināšanu.³³

Atlasot pacientus medicīniskai rehabilitācijai, tiek novērtēti:³⁴

³³ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 101. Punkts.

- personas veselības stāvoklis un ar to saistītie funkcionālie ierobežojumi;
- medicīniskās rehabilitācijas potenciāls (pamatoti uzstādīta diagnoze, uzsākta atbilstoša terapija, stabili hemodinamiskie rādītāji, kā arī funkcionēšanas ierobežojuma stabilitāte, atgriezeniskums / neatgriezeniskums);
- personas un viņas piederīgo motivācija;
- veselības stāvokļa stabilitāte rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;
- optimālais medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veids.

Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.

Valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai pacientus nosūta:

- FRM ārsts, kurš izmeklē personu vai izvērtē cita ārsta nosūtījumu vai funkcionālā speciālista sagatavotu (veicot to līdz piecām nodarbībām ilgā funkcionālā speciālista kursā) medicīnisko dokumentāciju akūtu stāvokļu ārstēšanas vai hroniski noritošas slimības laikā, personai atrodoties stacionārā ārstniecības iestādē vai personu konsultējot ambulatori;
- psihiatriskās palīdzības gadījumā – psihiatrs vai bērnu psihiatrs;
- narkoloģiskās palīdzības gadījumā – narkologs.

Ja personai nepieciešami logopēda vai funkcionālā speciālista sniegti rehabilitācijas pakalpojumi (līdz pieciem apmeklējumiem), uz tiem personu var nosūtīt arī ģimenes ārsts vai speciālists.

4.2. Medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidi

Ir šādi medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu veidi:³⁵

- 1) akūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz vienlaikus ar akūtas slimības vai slimības paasinājuma ārstēšanu līdz trim mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža;
- 2) subakūtās rehabilitācijas pakalpojumi, kurus sniedz līdz sešiem mēnešiem no slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža;

³⁴ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 103. punkts.

³⁵ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 105. punkts.

- 3) ilgtermiņa rehabilitācijas pakalpojumi hronisku funkcionēšanas traucējumu gadījumā, kurus sniedz ilgāk par sešiem mēnešiem pēc slimības sākuma vai slimības paasinājuma ārstēšanas uzsākšanas brīža, vai perinatālu attīstības traucējumu gadījumā, iekļaujot pacientu medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, persona var tikt iekļauta medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā.

Dinamiskas novērošanas gadījumā medicīniskās rehabilitācijas nodrošinātājs ir ārsts – FRM ārsts, bērnu psihiatrs vai narkologs:

- nosaka personas veselības stāvokļa kontroles intervālu;
- nosaka funkcionēšanas kontroles intervālu;
- organizē rehabilitācijas plāna sagatavošanu (pārskatīšanu);
- organizē rehabilitācijas plāna īstenošanu;
- ordinē nepieciešamās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas, medikamentus un konsultācijas;
- nosūta personu valsts apmaksātu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanai;
- saskaņo izstrādāto ārstniecības un rehabilitācijas plānu ar ģimenes ārstu un pašvaldības sociālo dienestu;
- koordinē izstrādātā ārstniecības un rehabilitācijas plāna izpildi.³⁶

4.3. Monoprofesionālie un multiprofesionālie medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi

Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz tikai ambulatori.³⁷

Multiprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir specializēta medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma organizācijas forma, ko īsteno multiprofesionāla komanda dienas stacionārā vai stacionārajā ārstniecības iestādē, ievērojot šādus nosacījumus:³⁸

³⁶ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 111. punkts.

³⁷ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 108. punkts.

³⁸ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 109. punkts.

- pakalpojumu sniedz medicīniskās rehabilitācijas nodrošinātājārsts un funkcionālie speciālisti, piedaloties ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kā arī klīniskajiem vai veselības psihologiem;
- multiprofesionāla pakalpojuma nodrošināšanā iesaistāmos speciālistus nosaka ārsts, kurš koordinē multiprofesionālās komandas darbu;
- multiprofesionālu pakalpojumu sniedz vai nu kā bāzes pakalpojumu (ilgst divas līdz trīs stundas; ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas) vai kā intensīvās rehabilitācijas kursu (ilgst trīs līdz četras stundas; ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas).

4.4. Medicīniskās rehabilitācijas plāns, tā izstrādes principi un plāna sastāvdaļas

Medicīniskās rehabilitācijas nodrošinātājārsts izstrādā medicīniskās rehabilitācijas plānu personām, kuras:

- saņem monoprofesionālus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;
- saņem multiprofesionālus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus;
- ir iekļautas dinamiskajā medicīniskās rehabilitācijas novērošanā.

Medicīniskās rehabilitācijas plānā ietver:

- medicīniskās rehabilitācijas mērķus;
- plānotās medicīniskās rehabilitācijas un citas medicīniskās tehnoloģijas izvirzīto rehabilitācijas mērķu sasniegšanai;
- lietojamo medicīnisko tehnoloģiju riskus un kontrindikācijas;
- termiņus un kritērijus atkārtotai personas funkcionēšanas spēju novērtēšanai;
- rehabilitācijas kursa pabeigšanas un rezultātu novērtēšanas nosacījumus.³⁹

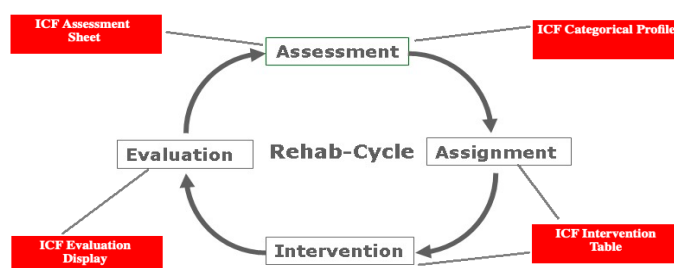
³⁹ Ministru kabineta 28.08.2018. noteikumu Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*, 113. punkts.

5. REHABILITĀCIJAS PLĀNU BĒRNIEM UN JAUNIEŠIEM SASTĀDĪŠANAS PROCESS MEDICĪNISKAJĀ REHABILITĀCIJĀ

SFK biopsihosociālais modelis ataino 21. gadsimta domāšanu, kur veselība nozīmē cilvēka funkcionēšanu viņam raksturīgajā kontekstā. Tādējādi funkcionālo veselību nodrošina ne tikai ārstniecības personas ārstniecības iestādēs, bet arī sociālo un izglītības iestāžu atbalsts un, protams, arī valstī pieņemtā likumdošana. Šis kopdarbības mērķis ir vides un sociālo barjeru nojaukšana un cilvēku ar nespēju pilnīga integrācija sabiedrībā. SFK-BJ modeli var izmantot, lai attīstītu un virzītu klīnisko domāšanu, lai nodrošinātu nepieciešamos pakalpojumus bērniem un viņu ģimenes locekļiem.^{40, 41} Klīnicistiem ir svarīgi saprast, ka SFK-BJ klasifikācijas vienība nav bērna diagnoze, bet gan viņa funkcionēšanas profils.

5.1. Bērnu un jauniešu veselības stāvoklis un ar to saistītie funkcionēšanas ierobežojumi

Rehabilitācijas procesa organizēšanā PVO iesaka izmantot problēmu risināšanas principu, ko grafiski var attēlot kā rehabilitācijas ciklu (*The Rehab-Cycle®*; skat. 5.1. attēlu), ko izmanto rehabilitācijas komandas darba koordinācijai. Tas sastāv no četriem elementiem: novērtēšanas (*assessment*), uzdevumu plānošanas (*assignment*), rehabilitācijas procesa (*intervention*) un atkārtotas izvērtēšanas (*evaluation*).⁴²



5.1. attēls. Rehabilitācijas procesa plānošana [29]

⁴⁰ Rosenbaum, P. (2011). Family and quality of life: key elements in intervention in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53 (Suppl. 4), 68–70. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04068.x.

⁴¹ Rosenbaum, P. (2004). *Families and service providers: making the connection effectively*. In: The Management of the Movement Disorders of Children with Cerebral Palsy, 2nd ed (Eds. D. Scrutton, D. Damiano & M. Mayson), pp. 22–31. Mac Keith Press, London, UK.

⁴² Rauch, A., Cieza, A., Stucki, G., Melvin, J. (2008). How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*, 44, 329–342.

Pacients un viņa ģimene pirmās konsultācijas laikā apraksta savas vēlmes, cerības, gaidas un prasības rehabilitācijas procesam. Tādējādi veidojas sadarbība ar ģimeni, kas tiek dokumentēta, tiek noteiktas sadarbības prioritātes un mērķi.

Konsultācijas laikā tiek pieņemts lēmums uzsākt rehabilitācijas procesu un lūgta ģimenes locekļu piekrišana tajā iesaistīties.

Atbilstoši PVO rekomendācijām tiek aizpildīta SFK novērtēšanas veidlapa (angl. – *ICF assessment sheet*) (*skat. 5.2. attēlu*).

Būtiska ir pacienta un viņa ģimenes iesaiste novērtēšanā, rehabilitācijas mērķu izvirzīšanā un sasniegšanā, kā arī gala rezultāta izvērtēšanā.

SFK novērtēšanas veidlapu aizpilda gan vecāki, gan rehabilitācijas komandas locekļi, norādot galvenās funkcijas, aktivitātes un dalības komponentes, kas ir svarīgas bērna attīstībā.

Konkrētajā klīniskajā gadījumā (*skat. 5.2. attēlu*) ģimenes vēlmes tika noskaidrotas un pēc tam dokumentētas atbilstoši SFK-BJ taksonomijai.

Rehabilitācijas Problēmu Risināšana Cerebrālās Triekas Slimniekiem, izmantojot Starptautisko Funkcionēšanas Klasifikāciju			
Pacients: Jānis Vecums: 11 gadi RPR Nr.: 1 Datums: 27.02.2019		Cerebrālā trieka Diskinētiskā forma Diskinētiskais apakštīps	Medikamenti: Vit D3, Ca preparāti Rehabilitācijas mērķis: Iekļaušanās skolā un sabiedriskā dzīvē
Pacients/ Ģimenes viedoklis	b715 - locītavu funkciju stabilitāte b735 - muskuļu tonuss b730 - muskuļu spēks b740 - fiziskā izturība b760 - voluntāro kustību kontrole b770 - gaitas stereotipa funkcijas s730 - augšējo ekstremitāšu funkcija s750 - apakšējo ekstremitāšu funkcija	d540 - ģērbšanās d510 - mazgāšanās d440 - sīkā motorika d5201 - zoba tīrīšana d530 - tualetes lietošana d115 - dzirdēšana un klausīšanās d155 - pamatiemaņu apgūšana d169 - rakstīšana d166 - lasīšana d220 - daudzpakāpju uzdevumu uzticēšana d4601 - pārvietošanās ārpus mājām	d820 - skolas izglītība d910 - sabiedriskā dzīve d920 - atpūta d9200 - spēle d730 - attieksme pret svešiniekiem
	Funkcijas/Struktūras	Aktivitātes	Dalība
Veselības aprūpes personāla viedoklis	b3301 - runas ritms b3302 - runas ātrums b715 - locītavu funkciju stabilitāte b730 - muskuļu tonuss b740 - fiziskā izturība b760 - voluntāro kustību kontrole s730 - augšējo ekstremitāšu funkcija s750 - apakšējo ekstremitāšu funkcija	d115 - dzirdēšana un klausīšanās d155 - pamatiemaņu apgūšana d169 - rakstīšana d166 - lasīšana d220 - daudzpakāpju uzdevumu veikšana d4601 - pārvietošanās ārpus mājām d510 - mazgāšanās d530 - tualetes lietošana d440 - sīkā motorika d540 - ģērbšanās	d820 - skolas izglītība d910 - sabiedriskā dzīve d920 - atpūta d9200 - spēle
	Personīgie faktori	Vides faktori	
Motivācija: +4 Sociālais fons: -2		e340 - personīgo asistentu nodrošināšana e115 - produkti un tehnoloģijas personīgai un ikdienas lietošanai e120 - produkti un tehnoloģijas mobilitātei un transportēšanai iekš- un ārpus telpām e570 - sociālās nodrošināšanas sistēma, politika e580 - veselības aprūpes sistēma	

5.2. attēls. SFK novērtēšanas veidlapa

Kopīgi vienojoties, jāizvēlas rehabilitācijas ilgtermiņa un īstermiņa mērķi.⁴³

Pacienta klīniskajā novērtēšanā savas kompetences ietvaros iesaistās visa rehabilitācijas komanda: FRM ārsts, fizioterapeits, ergoterapeits, audiologopēds, psihologs, speciālais pedagogs un sociālais darbinieks.

Komandas locekļu skaits un specializācija ir atkarīga no konkrētā pacienta funkcionēšanas traucējumu apjoma. Visiem komandas locekļiem ir jābūt apmācītiem SFK-BJ principu izmantošanā – jāprot izvēlēties atbilstošus ķermeņa struktūru, funkciju, aktivitāšu un dalības novērtēšanas instrumentus, jābūt kompetentiem tehnisko palīgīdzekļu izvēles, apmācības un lietošanas jomā.

Būtiski ir ieviest standartizētu novērtējumu, kur no lielā SFK kategoriju klāsta tiek izvēlēti noteiktai diagnozei visraksturīgākie funkcionēšanas traucējumi.

SFK modelis ir ideāls veids, kā apvienot dažādu jomu speciālistu novērtējumus, kopīgi izvirzīt izmērāmus un sasniedzamus rehabilitācijas mērķus.

SFK pamatkopu izmantošana šo procesu padara vēl pārskatāmāku un vieglāk realizējamu.⁴⁴

Pacienta novērtēšanas process noslēdzas ar visu iegūto novērtēšanas rezultātu, kvalifikatoru, vides veicinātājfaktoru un kavētājfaktoru, kā arī rehabilitācijas mērķu apvienošanas SFK-BJ funkcionēšanas profilā (*ICF categorical profile*).

Individuālajā funkcionēšanas profilā (*skat. 5.3. attēlu*) ir svarīgi izvirzīt ilgtermiņa mērķi, rehabilitācijas programmas mērķi un to savukārt strukturēt sīkākos mērķus, kuri vērsti uz dažādu aktivitāšu attīstību, kas ir konkrētā pacienta dalības komponentes.

Neatņemama komandas darba sastāvdaļa ir vides kavējošās un veicinošās ietekmes novērtēšana gan pacienta dzīvesvietā, gan pirmsskolas iestādē un skolā.

Rehabilitācijas programmā jāiekļauj pacienta, viņa ģimenes locekļu, asistentu un skolotāju apmācība tehnisko palīgīdzekļu pareizā lietošanā. Nereti rehabilitācijas praksē sastopamies ar gadījumiem, kad nepareizi lietots kvalitatīvs tehniskais palīgīdzeklis kļūst nevis par bērna attīstības veicinātāju, bet gan tieši pretēji – par kavētāju.

Individuālais funkcionēšanas profils dod iespēju katram komandas loceklim apzināties izvirzīto mērķu nozīmību ilgtermiņa mērķu sasniegšanā.

⁴³ Swiss Paraplegic Research. (2018). *ICF Case study*. Retrieved from <https://www.icf-casestudies.org/>

⁴⁴ ICF Research Branch. *ICF Core Sets*. Retrieved from <https://www.icf-research-branch.org/download/category/4-icf-core-sets>

Svarīga katra rehabilitācijas komandas locekļa darba sastāvdaļa ir izvēlēties tehnoloģijas, kas nepieciešamas rehabilitācijas mērķu sasniegšanai. Tikpat nozīmīgi tās lietot ir arī citiem komandas un ģimenes locekļiem.

5.3. attēlā piedāvāta tabula (*ICF intervention table*), kur apvienoti rehabilitācijas mērķi un tehnoloģijas.

SFK-BJ pacienta profils PIEMĒRS													
Novērtējums													
Ilgttermiņa mērķis: Uzlabot veselības stāvokli un mācīties skolā						x	x	x	x				0
Programmas Mērķis: Optimāla neatkarība ikdienā						x	x	x					0
Mērķis 1: Uzlabot mobilitāti, izmantojot tehniskos palīg līdzekļus						x	x	x	x				1
Mērķis 2: Uzlabot roku, plaukstu un pirkstu mobilitāti						x	x	x	x				1
Mērķis 3: Uzlabot neatkarību pašaprūpē						x	x	x	x	x			3
SFK-BJ kategorijas		SFK-BJ kvalifikātori									Saistība ar mērķi	Mērķa vērtība	
						Problēma							
						0	1	2	3	4			
b710	Locītavu mobilitāte					x	x	x	x		1, 2,3	2	
b715	Locītavu stabilitāte					x	x				1, 2,3	2	
b730	Muskuļu spēka funkcijas					x	x	x			1, 2,3	2	
b 760	Mērķtiecīgu kustību kontroles funkcijas					x	x	x			1, 2,3	2	
d230	Ikdienas aktivitāšu veikšana					x	x	x	x		RP	1	
d440	Koordinētas roku kustības					x	x	x			3	3	
d445	Roku un plaukstu izmantošana/iesaistīšana aktivitātēs					x	x	x	x		3	2	
d8200	Uzsākt izglītības programmu, parcel uz nākamo klasi					x	x	x	x	x	IM	3	
		Veicinātāji				Kavētāji							
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4			
e1201	Tehniskie palīg līdzekļi mobilitātei – rollators,		x	x	x	x					1	2+	
e1301	Palīg tehnoloģijas izglītībai- dators, programmatūra			x	x	x					IM	4+	
e1501	Pielāgotas tualetes un uzbrauktuves skolā		x	x	x	x					3	2+	
e340	Personīgais asistents	x	x	x	x	x					PM	4+	

Paskaidrojumi

SFK-BJ pacienta profils – SFK_BJ Kvalifikātori: problēmas apjoms (0 = nav problēmu - 4 = pilnīga problēma) ķermeņa funkcijās (b), ķermeņa struktūrās (s), aktivitātēs un dalībā (d) pozitīva (+) vai negatīva (-) vides ietekme (e), personīgie faktori (pf); Saistība ar mērķi: 1, 2, 3 attiecas uz Mērķi 1, 2, 3; RP attiecas uz Programmas Mērķi; IM attiecas uz Ilgttermiņa mērķi; Mērķa vērtība attiecas uz SFK-BJ kvalifikātoriem, kuri ir sasniegti pēc Rehabilitācijas programmas.

5.3. attēls. SFK-BJ funkcionēšanas profils

5.2. Dinamiskā novērošana medicīniskajā rehabilitācijā

Pacientiem ar hroniskām saslimšanām dažādas intensitātes rehabilitācija ir nepieciešama ilgtermiņā. Tikpat svarīgi ir pārliecināties par to, vai izvirzītie mērķi ir sasniegti. Rehabilitācijas komandai kopā ar vecākiem ir nepieciešams izanalizēt iemeslus, kas ir kavējuši tos sasniegt.

Praktisks atbalsts šim salīdzinājumam ir piedāvātā veidlapa (*skat. 5.4. attēlu*) – SFK-BJ funkcionēšanas novērtējums dinamikā (*ICF evaluation display*).⁴⁵

SFK-BJ Novērtējums dinamiskā										NOVĒRTEJUMS										ATKARTOTS NOVĒRTEJUMS									
Ilgtermiņa mērķis: Uzlabot veselības stāvokli un mācīties skolā										0										Vēl nav novērtēts									
Programmas Mērķis: Optimāla neatkarība ikdienā										1										Vēl nav novērtēts									
Mērķis 1: Uzlabot mobilitāti, izmantojot tehniskos palīgīdzekļus										x x x x										x x x									
Mērķis 2: Uzlabot roku, plaukstu un pirkstu mobilitāti										x x x x										x x x									
Mērķis 3: Uzlabot neatkarību pašapūpē										x x x x x										x x x x									
SFK-BJ kategorijas										SFK-BJ kvalifikatori										SFK-BJ kvalifikatori									
										Problema										Problema									
										0 1 2 3 4										0 1 2 3 4									
b710 Locītavu mobilitāte										x x x x										x x x									
b715 Locītavu stabilitāte										x x x										x x									
b730 Muskuļu spēka funkcijas										x x x										x x									
b 760 Mērķtiecīgu kustību kontroles funkcijas										x x x										x x									
d230 Ikdienas aktivitāšu veikšana										x x x x										x x x									
d440 Koordinētas roku kustības										x x x										x x									
d445 Roku un plaukstu izmantošana/iesaistīšana aktivitātēs										x x x x										x x x									
d8200 Uzskārtības programmu, parcel uz nākamo klasi										x x x x x										x x x x									
										Veicinātāji										Kavētāji									
										4+ 3+ 2+ 1+ 0										4+ 3+ 2+ 1+ 0									
e1201 Tehniskie palīgīdzekļi mobilitātei – roļators, ratīrkrēsls										x x x x										x x x									
e1301 Palīgtechnoloģijas izglītībai- dators, programmatūra										x x x										x x x									
e1501 Pieliktas tualetes un uzbrauktuves skolā										x x x										x x x									
e340 Personālais asistents										x x x x										x x x									
e310 Ģimenes atbalsts										x x x										x x x									
pf Pozitīva attieksme pret dzīvi										x x x x										x x x x									
																				Vēl nav novērtēts									

Paskaidrojumi
SFK-BJ novērtējums – SFK_BJ Kvalifikatori: problēmas apjoms (0 = nav problēmu - 4 = pilnīga problēma) ķermeņa funkcijās (b), ķermeņa struktūrās(s), aktivitātēs un dalībā (d) pozitīva (+) vai negatīva (-) vides ietekme (e), personālie faktori (pf); Saistība ar mērķi: 1, 2, 3 attiecas uz Mērķi1, 2, 3; RP attiecas uz Programmas Mērķi; IM attiecas uz Ilgtermiņa mērķi; Mērķa vērtība attiecas uz SFK-BJ kvalifikatoriem, kuri ir sasniegti pēc Rehabilitācijas programmas. Mērķis sasniegts: + nozīmē sasniegts, - nozīmē nav sasniegts.

5.4. attēls. SFK-BJ funkcionēšanas novērtējums dinamikā (piemērs)

Pēc rehabilitācijas plāna sastādīšanas tiek sastādīts komandas darbības plāns ar konkrētiem uzdevumiem. Šim nolūkam izmanto detalizētu rehabilitācijas plānu, tehnoloģijas un komandas iesaistīšanu procesā (*ICF Intervention plan*), kā piemēru skat. 5.5. attēlā.

⁴⁵ World Health Organization. *The ICF Evaluation Display*. ICF eLearning Tool. Retrieved from <http://icf.ideaday.de/en/page58919.html>

Rehabilitācijas komandas uzdevumi		Rehabilitācijas tehnoloģijas	FT	ET	LT	Spec. ped.	Tehn. OrL	Soc. darb.	Ģimene	RT	Biof
b140	Uzmanības funkcijas	Uzdevumi ar gala rezultātu.	X	X	X	X			X		
b163	Pamata kognitīvās funkcijas	Apmācība			X	X			X		
d530	Neatkarība tualetē	Bikšu novilkšanas/uzvilkšanas iemaņu trenēšana. Palīgīdzekļu un adekvātas asistēšanas izmantošana.	X	X					X		
d550	Ēšana	Ēdiena griešanas prasmju trenēšana. Bilaterālas kustības.		X					X		
d1450	Jaunu iemaņu apgušana rakstīšanā	Sīkās motorikas uzlabošana. Acu-roku koordinācijas uzlabošana. Pielāgotie rakstāmrīki.		X		X			X		X
d4154	Stāvu pozas saglabāšana (bez atbalsta)	Aktīvās stabilitātes uzlabošana iegurnī un apakšējās ekstremitātēs. Aktīvās un pasīvās mobilitātes saglabāšana un uzlabošana apakšējo ekstremitāšu locītavās. Līdzsvara treniņš.	X	X			X		X	X	X
d4500	Staigāšana bez palīgierīcēm	Gaitas treniņš ar un bez staigāšanas palīgierīces. Muskuļu spēka attīstīšana Aktīvās stabilitātes uzlabošana iegurnī un apakšējās ekstremitātēs. Aktīvās un pasīvās mobilitātes saglabāšana un uzlabošana apakšējo ekstremitāšu locītavās. Līdzsvara treniņš.	X						X		X
E110	Tehniskās palīgierīces-rati, vertikālizācijas palīgierīce, pārvietošanās palīgierīce-rollators, vannas pretslīdes paklājs, vannas pārsēšanās krēsls, ortopēdiskās zoles	Ergoterapeita novērtējums un tehnisko palīg-līdzekļu pielāgošana pacienta vajadzībām.		X			X	X			
E110	Mājokļa adaptācija - rokturi pie sienas, tualetē roku balsti abās pusēs	Ergoterapeita novērtējums un tehnisko palīg-līdzekļu pielāgošana pacienta vajadzībām.		X				X			

5.5. attēls. Komandas darbības plāns atbilstoši rehabilitācijas mērķiem, kas ietver izmantojamās tehnoloģijas (piemērs)

6. SFK UN SFK-BJ KATEGORIJU IZVĒRTĒJUMS

SFK-BJ vienlīmeņa klasifikācija ietver tās pašas nodaļas, kādas ir SFK. SFK-BJ divlīmeņa un tālākās klasifikācijās jau ir ietverti aspekti, kas ir atšķirīgi no SFK.

SFK ir tulkota latviešu valodā un ir brīvi pieejama internetā: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_lav.pdf?sequence=10.

Savukārt SFK-BJ versijai vēl nav oficiāla tulkojuma, un tas ir pieejams PVO oficiālajā mājas lapā:

- angļu versijā
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- vai krievu versijā
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789244547328_rus.pdf?sequence=12&isAllowed=y).

Šajā nodaļā ir uzskaitītas SFK otrā līmeņa kategorijas domēniem, kas ietvertas komponentē “Aktivitātes un dalība”. Kategorijas, kuras nav SFK daļa un ir pievienotas SFK-BJ versijai, ir atzīmētas **treknrakstā**, un tām iekavās tiek dots oriģinālais nosaukums angļu valodā. 6.1. tabulā ar * (zvaigznīti) ir atzīmētas otrā līmeņa kategorijas, kas nav mainītas, bet kuru saturs ir mainīts detalizētajā klasifikācijā.

6.1. tabula

SFK-BJ komponentes “Āktivitātes un dalība” domēni un kategorijas

“Mācīšanās un zināšanu pielietošana”	
Mērķtiecīgs maņu funkciju lietojums (d110–d129)	
d110	Skatīšanās
d115	Klausīšanās
d120*	Citu sajūtu mērķtiecīgs lietojums
d129	Cits precizēts un neprecizēts mērķtiecīgu sensorisko funkciju lietojums
Pamatzināšanu apguve (d130–d159)	
d130	Atdarināšana
d131	Mācīšanās caur darbībām ar objektiem (<i>Learning through actions with objects</i>)
d132	Informācijas apgūšana (<i>Acquiring information</i>)
d133	Valodas apgūšana (<i>Acquiring language</i>)
d134	Papildu valodas apgūšana (<i>Acquiring additional language</i>)
d135	Atkārtošana
d137	Jēdzienu apgūšana (<i>Acquiring concepts</i>)

d140*	Mācīšanās lasīt
d145*	Mācīšanās rakstīt
d150*	Mācīšanās rēķināt
d155	Prasmju apgūšana
d159	Citas precizētas un neprecizētas pamatmācības
Zināšanu lietojums (d160–d179)	
d160*	Uzmanības koncentrēšana
d161	Uzmanības vēršana (<i>Directing attention</i>)
d163*	Domāšana
d166*	Lasīšana
d170*	Rakstīšana
d172*	Rēķināšana
d175	Problēmu risināšana
d177	Lēmumu pieņemšana
d179	Cits precizēts un neprecizēts zināšanu lietojums
d198	Cits precizēts mācību un zināšanu lietojums
d199	Neprecizēts mācību un zināšanu lietojums
“Vispārējie uzdevumi un prasības”	
d210*	Atsevišķa uzdevuma izpilde
d220*	Daudzējādu uzdevumu izpilde
d230*	Ikdienas mājas soļa izpilde
d240	Stresa pārvarēšana un citas psiholoģiskas vajadzības
d250	Savas uzvedības pārvaldīšana (<i>Managing one's own behaviour</i>)
d298	Citi precizēti vispārējie uzdevumi un vajadzības
d299	Neprecizēti vispārējie uzdevumi un vajadzības
“Komunikācija”	
Informācijas uztvere komunikācijas laikā (d310–d329)	
d310*	Mutisku ziņojumu uztvere komunikācijas laikā
d315	Neverbālu ziņojumu uztvere komunikācijas laikā
d320	Formālā zīmju valodā veiktu ziņojumu uztvere komunikācijas laikā
d325	Rakstisku ziņojumu uztvere komunikācijas laikā
d329	Citas precizētas un neprecizētas informācijas uztvere komunikācijas laikā
Ziņojumu veidošana komunikācijā (d330–d349)	
d330	Runāšana
d331	Prelingvistiskā fāze (<i>Pre-talking</i>)
d332	Dziedāšana (<i>Singing</i>)
d335	Neverbāla ziņojuma veidošana
d340	Ziņojuma veidošana formālu zīmju valodā
d345	Rakstīta ziņojuma veidošana
d349	Citu precizētu un neprecizētu ziņojumu veidošana komunikācijā
Saruna un sakaru līdzekļu un tehniku lietojums (d350–d369)	
d350	Saruna
d355	Diskusija
d360	Sakaru līdzekļu un tehniku pielietojums

d369	Citas precizētas un neprecizētas sarunas un citu precizētu un neprecizētu sakaru līdzekļu un tehniku pielietojums
d398	Cita precizēta komunikācija
d399	Neprecizēta komunikācija
“Mobilitāte”	
Ķermeņa stāvokļa maiņa un saglabāšana (d410–d429)	
d410*	Ķermeņa stāvokļa maiņa
d415*	Ķermeņa stāvokļa saglabāšana
d420	Sevis pārvietošana
d429	Cita precizēta un neprecizēta ķermeņa stāvokļa maiņa un saglabāšana
Priekšmetu pārņemšana, pārvietošana un apiešanās ar tiem (d430–d449)	
d430	Priekšmetu pacelšana un pārņemšana
d435	Priekšmetu pārvietošana ar kājām
d440	Precīzu plaukstas kustību izmantošana
d445	Plaukstas un rokas izmantošana
d446	Precīzu pēdas kustību izmantošana (<i>Fine foot use</i>)
d449	Citu precizētu un neprecizētu priekšmetu pārņemšana, pārvietošana un apiešanās ar tiem
Staigāšana un pārvietošanās (d450–d469)	
d450	Staigāšana
d455*	Pārvietošanās
d460	Pārvietošanās dažādās vietās
d465	Pārvietošanās, izmantojot aprīkojumu
d469	Cita precizēta un neprecizēta staigāšana un pārvietošanās
Pārvietošanās, lietojot transportlīdzekli (d470–d479)	
d470*	Transportlīdzekļa izmantošana pasažiera lomā
d475	Transportlīdzekļa vadīšana
d480	Jāšana uz dzīvnieka pārvietošanās nolūkā
d489	Citas precizētas un neprecizētas pārvietošanās, lietojot transportlīdzekli
d498	Cita precizēta mobilitāte
d499	Neprecizēta mobilitāte
“Pašaprūpe”	
d510	Mazgāšanās
d520*	Ķermeņa daļu aprūpe
d530*	Tualetes izmantošana
d540	Ģērbšanās
d550*	Ēšana
d560*	Dzeršana
d570*	Rūpes par savu veselību
d571	Rūpes par savu drošību (<i>Looking after one's safety</i>)
d598	Cita precizēta pašaprūpe
d599	Neprecizēta pašaprūpe
“Mājas dzīve”	
Pirmās nepieciešamības priekšmetu iegāde (d610–d629)	
d610	Mājokļa iegāde
d620	Preču un pakalpojumu iegāde

d629	Citu precizētu un neprecizētu pirmās nepieciešamības priekšmetu iegāde
Darbi mājāsaimniecībā (d630–d649)	
d630	Ēdiena gatavošana
d640*	Mājas soļa veikšana
d649	Citi precizēti un neprecizēti darbi mājāsaimniecībā
Rūpes par iedzīves priekšmetiem un palīdzība citiem (d650–d669)	
d650*	Rūpes par iedzīves priekšmetiem
d660*	Palīdzība citiem
d669	Citas precizētas un neprecizētas rūpes par iedzīves priekšmetiem un palīdzība citiem
d698	Cita precizēta mājas dzīve
d699	Neprecizēta mājas dzīve
“Interpersonāla mijiedarbība un attiecības”	
Vispārēja interpersonāla mijiedarbība (d710–d729)	
d710*	Interpersonāla pamatmijiedarbība
d720	Sarežģīta interpersonāla mijiedarbība
d729	Cita precizēta un neprecizēta vispārēja interpersonāla mijiedarbība
Specifiskas interpersonālas attiecības (d730–d779)	
d730	Attiecības ar nepazīstamiem cilvēkiem
d740	Formālas attiecības
d750	Neformālas sociālas attiecības
d760	Attiecības ģimenē
d770	Intīmās attiecības
d779	Citas precizētas un neprecizētas specifiskas interpersonālas attiecības
d798	Cita precizēta interpersonāla mijiedarbība un attiecības
d799	Neprecizēta interpersonāla mijiedarbība un attiecības
“Galvenās dzīves jomas”	
Izglītība (d810–d839)	
d810	Neformālā izglītība
d815*	Pirmsskolas izglītība
d816	Pirmsskolas dzīve un saistītās aktivitātes (<i>Preschool life and related activities</i>)
d820*	Skolas izglītība
d825*	Arodizglītība
d830*	Augstākā izglītība
d835	Skolas dzīve un saistītās aktivitātes (<i>School life and related activities</i>)
d839	Cita precizēta un neprecizēta izglītība
Darbs un nodarbinātība (d840–d859)	
d840	Mācekļa gadi (gatavošanās darbam)
d845	Darba iegūšana, tā saglabāšana un darba attiecību pārtraukšana
d850	Apmaksāts darbs
d855	Neapmaksāts darbs
d859	Cits precizēts un neprecizēts darbs un nodarbinātība

Ekonomiskā dzīve (d860–d879)	
d860	Ekonomiskās pamatdarbības
d865	Sarežģītas ekonomiskās darbības
d870	Ekonomiskā patstāvība
d879	Cita precizēta un neprecizēta ekonomiskā dzīve
d880	Iesaistīšanās spēlē (<i>Engagement in play</i>)
d898	Citas precizētas galvenās dzīves jomas
d899	Neprecizētas galvenās dzīves jomas
“Dzīve kopienā, sociālā un pilsoniskā dzīve”	
d910*	Dzīve kopienā
d920	Atpūta un brīvais laiks
d930	Reliģija un garīgā dzīve
d940	Cilvēktiesības
d950	Politiskā dzīve un pilsonība
d998	Cita precizēta dzīve kopienā, sociālā un pilsoniskā dzīve
d999	Neprecizēta dzīve kopienā, sociālā un pilsoniskā dzīve

7. SFK-BJ IZMANTOŠANA BĒRNU UN JAUNIEŠU VESELĪBAS STĀVOKĻA IZVĒRTĒŠANĀ ATBILSTOŠU FUNKCIONĒŠANAS IEROBEŽOJUMU NOTEIKŠANAS PROCESĀ

Bērniem līdz 18 gadu vecumam veselības stāvokļa un funkcionēšanas ierobežojumu izvērtējums Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijā (VDEĀK) tiek veikts, nosakot atbilstību invaliditātes kritērijiem, t.sk. medicīnisko indikāciju noteikšanai, lai varētu sniegt atzinumu par atbilstību valsts noteikto sociālo pakalpojumu saņemšanai.

Kārtību, kādā tiek veikta invaliditātes ekspertīze, nosaka Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr. 805 “Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību” (turpmāk tekstā – Noteikumi Nr. 805).

Savukārt Invaliditātes likumā noteikts, ka personai līdz 18 gadu vecumam invaliditāti nosaka bez iedalījuma grupās.⁴⁶

Invaliditātes likumā⁴⁷ noteikts, ka **funkcionēšanas ierobežojums** ir slimības, traumas vai iedzimta defekta izraisīts fizisks vai garīgs (organisma spēju; apmācības, komunikācijas, orientācijas, pārvietošanās, pašaprūpes spēju; savas uzvedības, aktivitāšu, līdzdalības kontrolēšanas spēju) traucējums, kas ierobežo personas spēju strādāt, aprūpēt sevi un iekļauties sabiedrībā.

Savukārt **invaliditāte** ir ilgstošs vai nepārejošs ļoti smagas, smagas vai mērenas pakāpes funkcionēšanas ierobežojums, kas ietekmē personas garīgās vai fiziskās spējas, darbības, pašaprūpi un iekļaušanos sabiedrībā.⁴⁸

Tāds fiziskās vai garīgās veselības traucējumu radīts funkcionēšanas ierobežojums, kas ilgst nepārtraukti vismaz 6 mēnešus (vai var pieņemt, ka ilgs, jo veselības traucējumi ir smagi un ar nelabvēlīgu prognozi) un kurš ir uzskatāms par stabilu (jo netiek prognozēta stāvokļa būtiska uzlabošanās nākamā vismaz 6 mēnešu laikā), ir **ilgstošs funkcionēšanas ierobežojums**.

Nepārejošs funkcionēšanas ierobežojums invaliditātes ekspertīzes procesā definēts kā tāds fiziskās vai garīgās veselības traucējumu radīts funkcionēšanas ierobežojums, kas ir uzskatāms par stabilu neatkarīgi no ilguma un kura gadījumā nav prognozējama stāvokļa būtiska uzlabošanās nākamā vismaz 24 mēnešu laikā.

⁴⁶ *Invaliditātes likums*. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010., 6. panta pirmā daļa.

⁴⁷ Turpat, 1. pants.

⁴⁸ Turpat, 5. panta pirmā daļa.

Invaliditātes ekspertīzes procesā ar pašaprūpi saprot sevis mazgāšanu un noslaucīšanu, rūpes par savu ķermeni un ķermeņa daļām, tualetes izmantošanu, ģērbšanos, ēšanu un dzeršanu, savukārt ar iekļaušanos sabiedrībā saprot iekļaušanos dzīves situācijās līdzvērtīgi citiem.

Ārsta eksperta uzdevums ir izvērtēt personas veselības traucējumus – novērtēt diagnozes un to pamatojumu, izvērtēt personas veselības traucējumu raksturīgos simptomus un pazīmes, ārstēšanas un rehabilitācijas rezultātus, svarīgāko analīžu un citu izmeklējumu datus. Ārsts eksperts novērtē diagnozes un personas veselības stāvokli kontekstā ar to radītajiem funkcionēšanas ierobežojumiem, kā arī stāvokļa prognozi, ņemot vērā medicīniskās rehabilitācijas iespējas.

Atbilstība invaliditātes kritērijiem tiek izvērtēta, ņemot vērā Noteikumu Nr. 805 4. pielikuma I daļu, savukārt atbilstība medicīnisko indikāciju bērna invalīda īpašas košanas nepieciešamībai nosaka atbilstoši Noteikumu Nr. 805 4. pielikuma II daļai.

Noteikumu Nr. 805 4. pielikuma I daļā uzskaitītas dažādu nozoloģiju – nervu sistēmas slimību, psihisko un uzvedības traucējumu, auss un aizauss paugura, kā arī acu slimību, iekšējo orgānu slimību (t. sk. elpošanas sistēmas, asinsrites sistēmas, muskuļu, skeleta un saistaudu sistēmas, uroģenitālās sistēmas, gremošanas sistēmas), ķirurģisko slimību, endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimību, ādas slimību, onkoloģisko slimību, asins un asinsrades orgānu slimību un imūnsistēmas traucējumu, iedzimtu kropļību, deformāciju, metabolo slimību un hromosomu anomāliju, kā arī kombinētas patoloģijas gadījumu – izraisītas veselības problēmas un kritēriji, kuri ir bērna invalīda statusa noteikšanas pamatā.

Noteikumu Nr. 805 4. pielikuma II daļā ir uzskaitītas diagnozes un patoloģiskie stāvokļi ar smagu norisi un ļoti izteiktiem funkciju traucējumiem, kuru gadījumā sniedzams atzinums par medicīnisko indikāciju noteikšanu bērna invalīda īpašas kopšanas nepieciešamībai, kas ir arī pamats pašvaldībā un izglītības iestādē lemt jautājumu par bērna no piecu gadu līdz 18 gadu vecumam atbilstību asistenta pakalpojumu saņemšanai. Novērtējot funkcionēšanas ierobežojumus bērna invalīda īpašas kopšanas nepieciešamības izvērtēšanas procesā (punktos, kuros pie slimības vai patoloģiskā stāvokļa nosaukuma minēts funkcionālā stāvokļa raksturojums), vadās pēc Noteikumu Nr. 805 5. pielikuma II daļā noteiktajiem kritērijiem.

Noteikumu Nr. 805 9. pielikumā noteikti kritēriji atzinuma sniegšanai par medicīnisko indikāciju noteikšanu vieglā automobiļa speciālai pielāgošanai un pabalsta saņemšanai transporta izdevumu kompensēšanai bērniem no viena gada un sešu mēnešu vecuma.

Bērniem līdz 18 gadu vecumam veselības traucējumu smaguma pakāpi izvērtē pēc Noteikumu Nr. 805 5. pielikuma I daļas “Veselības traucējumu novērtēšanas tabula” (skat. 7.1. tabulu).⁴⁹

7.1. tabula

Veselības traucējumu novērtēšanas tabula [5, 5. pielikums]

Nr. p.k.	Veselības traucējumu smaguma pakāpe	Viegla	Mērena	Smaga	Ļoti smaga
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Simptomu raksturojums	Simptomi tiek kontrolēti ar ārstēšanu vai periodiski ir viegli simptomi, neskatoties uz ārstēšanu	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, saglabājas viegli simptomi vai periodiski mēreni simptomi	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, saglabājas mēreni simptomi vai periodiski smagi simptomi	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, saglabājas smagi simptomi vai periodiski ļoti smagi simptomi
2.	Fizikālās izmeklēšanas dati	Fizikālā atradne normāla vai periodiski ir viegla fizikālā atradne	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, fizikālā atradne ir viegla vai periodiski mērena	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, fizikālā atradne ir mērena vai periodiski smaga	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, fizikālā atradne ir smaga vai periodiski ļoti smaga
3.	Laboratoriski instrumentālās izmeklēšanas dati	Izmaiņu nav vai periodiski ir vieglas izmaiņas	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, saglabājas vieglas izmaiņas vai periodiski mērenas izmaiņas	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, saglabājas mērenas izmaiņas vai periodiski smagas izmaiņas	Neskatoties uz nepārtrauktu ārstēšanu, saglabājas smagas izmaiņas vai periodiski ļoti smagas izmaiņas

⁴⁹ Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija. (17.03.2016.). *Kārtība kādā Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija nodrošina Ministru kabineta 2014. gada 23. decembra noteikumu Nr. 805 “Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbaspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību” 3., 4., 5. un 6. pielikumā noteikto kritēriju piemērošanu.* Iekšējie noteikumi. Nr. 145NOR1-3/2016.

Invaliditāti bērniem nosaka, ja veselības traucējumu smaguma pakāpe ir vismaz mērena. Ja veselības traucējumi nav vismaz mēreni, tiek vērtētas arī bērna funkcionālās spējas.

Funkcionālo spēju novērtējums vērtējams 21 noteiktā funkcionēšanas kategorijā:⁵⁰

- b140 Uzmanība (noturība, maiņa, sadalīšana);
- b144 Atmiņa (īslaicīgā, ilglaicīgā);
- b164 Augstākā līmeņa kognitīvās funkcijas (abstrahēšana, organizēšana un plānošana, izpratnes spēja, spriestspēja, problēmu risināšana);
- b280 Sāpes (sāpju sajūta);
- b455 Slodzes tolerances funkcijas (vispārējā fiziskā izturība, aerobiskā spēja, nogurdināmība);
- b710 Locītavu kustību funkcijas (kustību apjoms un vieglums);
- b730 Muskuļu spēka funkcijas (muskuļu spēks);
- d155 Prasmju apgūšana (elementāru, mērķtiecīgu darbību apgūšana, sarežģītu prasmju apgūšana);
- d177 Lēmumu pieņemšana (izvēles veikšana, izvēles īstenošana, izvēles efektu novērtēšana);
- d399 Komunicēšana (spēja sazināties ar valodas, zīmju un simbolu palīdzību, spēja lietot saziņas līdzekļus);
- d410 Ķermeņa stāvokļa maiņa (stāvokļa ieņemšana un maiņa);
- d415 Ķermeņa pozīcijas saglabāšana (atrašanās vienā ķermeņa stāvoklī nepieciešamo laika posmu);
- d430 Priekšmetu pacelšana un pārņemšana (priekšmetu pacelšana un pārvietošana);
- d440 Smalku darbību veikšana ar rokām (koordinētu darbību veikšana ar roku pirkstiem);
- d445 Plaukstu un roku izmantošana (koordinētu darbību veikšana, lietojot plaukstas un rokas);
- d450 Staigāšana (pārvietošanās kājām pa dažādām virsmām);
- d510 Mazgāšanās (visa ķermeņa vai ķermeņa daļu mazgāšana un noslaucīšana);
- d540 Ģērbšanās (koordinētu darbību veikšana noteiktā secībā, uzvelkot un novelkot drēbes un apavus);
- d550 Ēšana (barības paņemšana no šķīvja, ievietošana mutē, košļāšana un norīšana, dzēriena dzeršana);

⁵⁰ Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr. 805 *Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību*, 5. pielikums, II daļa.

- d598 Cita precizēta pašaprūpe;
- d720 Kompleksa mijiedarbība ar citiem cilvēkiem (attiecību veidošana, uzvedības kontrole, sociālo normu ievērošana).

Grūtības veikt kādu funkciju var būt:

- ļoti smagas, ja persona praktiski nav spējīga veikt darbību (ir nepieciešama pastāvīga palīdzība vai uzraudzība);
- smagas, ja darbību var veikt pastāvīgi, bet ar lielām grūtībām, var būt nepieciešama epizodiska palīdzība vai uzraudzība;
- mērenas, ja darbību var veikt pastāvīgi, bet būtiski lēnākā tempā, vai ar lielāku piepūli vai sliktākā kvalitātē;
- vieglas, ja darbību var veikt bez būtiskiem ierobežojumiem.⁵¹

⁵¹ Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija. (17.03.2016.). *Kārtība kādā Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija nodrošina Ministru kabineta 2014. gada 23. decembra noteikumu Nr. 805 "Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību" 3., 4., 5. un 6. pielikumā noteikto kritēriju piemērošanu. Iekšējie noteikumi. Nr. 145NOR1-3/2016.*

8. SFK-BJ PRAKTISKĀ IZMANTOŠANA REHABILITĀCIJAS PLĀNU SASTĀDĪŠANAS PROCESĀ BĒRNIEM UN JAUNIEŠIEM

Rehabilitācijas plānošana, izmantojot SFK-BJ principus, ir sarežģīts uzdevums, kas prasa visas rehabilitācijas komandas profesionalitāti un arī valsts likumdošanas atbalstu.

Veiksmīgs labās prakses piemērs SFK-BJ klasifikācijas izmantošanai ilgtermiņā rehabilitācijas plānošanā ir Zviedrijas nacionālā veselības aprūpes programma bērniem ar cerebrālo trieku – *CPUP*⁵², kas izveidota jau 1994. gadā kā sadarbības projekts starp bērnu ortopēdiem un rehabilitācijas speciālistiem. *CPUP* ir dinamiskās novērošanas programma cilvēkiem ar cerebrālo trieku (turpmāk – CT).

Kopš 2005. gada *CPUP* tika iekļauta Zviedrijas valsts kvalitātes reģistrā, bet kopš 2006. gada to lieto Norvēģijā, vēlāk arī Dānijā, Īslandē un Apvienotajā Karalistē.

Šīs programmas izveides autori – bērnu ortopēdi – bija novērojuši daudzus CT slimniekus, kuri laika gaitā bija ieguvuši ķermeņa struktūru bojājumus:

- 1) gūžu mežģījumus (s-75001);
- 2) smagas ekstremitāšu kontraktūras (s-7500 un s-7502);
- 3) ievērojamus muskuļu saīsinājumus (s-75022, s- 75012).

Lai to novērstu, tika izveidota sistēma, kuras ietvaros strukturētā veidā (atbilstoši SFK-BJ) dinamiskā tiek izmeklēti visi bērni ar CT līdz pieaugušā vecumam. Pateicoties tam, ir iespējams bērnam ar CT un gūžu dislokāciju agrīni atklāt un novērst ievērojamus muskuļu saīsinājumus (s-75022, s-75012, s-75001).

Izmantojot šo programmu, var palīdzēt cilvēkiem ar CT ne tikai novērst strukturālus bojājumus, bet uzlabot viņu funkcijas, aktivitātes un dzīves kvalitāti (dalību).

Programma ir arī lielisks komunikācijas līdzeklis starp rehabilitācijas jomas speciālistiem un medicīnas profesionāļiem, kas ir saistīti ar CT pacientu ārstēšanu.

Šīs dinamiskās novērošanas rezultātus izmanto rehabilitācijas stratēģiju plānošanā, tehnisko palīg līdzekļu nozīmēšanā un vides adaptācijā.

***CPUP* novērtēšanas principi**

Skandināvijas valstīs funkcijas un struktūras, kas ietekmē spēju pārvietoties, apraksta pediatrs, bet funkcionālo novērtējumu veic fizioterapeits un ergoterapeits.

⁵² *CPUP*. Retrieved from <http://cpup.se/in-english/what-is-cpup-in-english/>

Līdz sešu gadu vecumam vienu līdz divas reizes gadā tiek pārbaudītas ķermeņa funkcijas – locītavu mobilitāte (b7101). Līdz 18 gadu vecumam bērnu novērtē vienu reizi gadā, novērtējot ķermeņa struktūras, funkcijas, aktivitātes un dalību.

CPUP funkcionālā novērtējuma sadaļa sastāv no 26 strukturētiem jautājumiem.

Kopš Zviedrijā ieviests *CPUP*, ir krasī samazinājies gūžu dislokāciju skaits, samazinājies cilvēku skaits ar nopietniem muskuļu sāīsinājumiem (no 40% līdz 15%), locītavu kontraktūrām un skoliozi, gūžu mežģījumu skaits ir samazinājies no 11% līdz 0,4%.

Šie nozīmīgie panākumi ir gūti, pateicoties strukturētai un regulārai dinamiskai ķermeņa struktūru, funkciju, aktivitāšu un dalības novērtēšanai.

Veicot izmeklēšanu, ārsts nosaka dominējošo neiroloģisko simptomu, klasificējot CT kā spastisku, diskinētisku vai ataktisku (*SCPE* klasifikācija).^{53, 54}

Funkcionālie speciālisti novērtē ķermeņa funkcijas un struktūras, aktivitātes un dalību mobilitātes jomā un aktivitātes un dalību pašaprūpē.

Ķermeņa funkcijas un struktūras

1. Muskuļu spēks ekstremitātēs – b7304.
2. Muskuļu tonuss – b7352.
3. Muskuļu izturību – b7402.
4. Locītavu kustību apjoms – b7102.
5. Locītavu stabilitāte – b715.
6. Līdzsvars – b235.
7. Ķermeņa stāvoklis / novietojums.
8. Elpošana – b440.
9. Sāpes – b2801.
10. Motorie refleksi – b7500.
11. Gaitas stereotips, piem., spastiska gaita – b770.
12. Motivācija – b1300.

Aktivitātes un dalība mobilitātes jomā

1. Ķermeņa stāvokļa noturēšana – d410.
2. Līšana / šļūkšana pa grīdu – d4555.
3. Velšanās – d4107.

⁵³ Sellier, E., Horber, V., Krägeloh-Mann, I., De La Cruz, J. and Cans, C. (2012). *Interrater reliability study of cerebral palsy diagnosis, neurological subtype, and gross motor function. Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 815–821.

⁵⁴ Gainsborough, M., Surman, G., Maestri, G., Colver, A., Cans, C. (2008). Validity and reliability of the guidelines of the surveillance of cerebral palsy in Europe for the classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(11), 828–831.

4. Rāpošana – d4550.
5. Staigāšana – d450.
6. Skriešana – d4552.
7. Lekšana – d4553.
8. Pārvietošanās – d460.

Aktivitātes un dalība pašaprūpē

1. Ēšana un dzeršana – d550, d560.
2. Personīgā higiēna / mazgāšanās – d510.
3. Tualetes apmeklējumi – d530.
4. Apģērbšanās / izģērbšanās – d540.

Īpaša uzmanība tiek pievērsta arī dalības komponentei – fiziskajām aktivitātēm: peldēšanai, riteņbraukšanai, basketbolam, spēka treniņiem, dejošanai un citiem. CPUP novērtējums iekļauj funkcijas vai aktivitātes kapacitātes novērtējumu.

Lai novērtētu un atbilstoši SFK-BJ klasificētu minētās funkcijas, aktivitātes un dalību, izmanto:

- Lielo motoro funkciju klasifikācijas sistēmu – GMFCS ER;⁵⁵
- Lielo motoro funkciju mērījumu – GMFM;⁵⁶
- Nespējas novērtēšanas sistēmu pediatrijā – PEDI;⁵⁷
- Funkcionālās mobilitātes skalu – FMS^{58, 59}, kas iekļauj arī pārvietošanos ar palīglīdzekļiem dažādās vidēs;
- Muskuļu tonusa noteikšanu – atbilstoši modificētajai Ašvorda skalai.

CPUP sīki atzīmē un uzskaita nepieciešamās tehniskās palīgierīces (e115).

Kā stāvēšanas palīgierīces tiek izmantoti: vertikalizators / stāvēšanas galds, stāvēšanas rāmis ar stiprinājumiem, modificējams stāvēšanas riteņkrēsls, kā arī rollators, staigāšanas rāmis, manuālais ratiņkrēsls un elektriskais ratiņkrēsls.

⁵⁵ Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. (2007). *Gross Motor Function Classification System: Expanded and Revised*. In: CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University. canchild.ca.

⁵⁶ Russell, D., Rosenbaum, P., Avery, L., Lane, M. (2002). *The gross motor function measure. GMFM-88 and GMFM-66 (Users' manual)*. London: Mac Keith Press. Clinics in Developmental Medicine, No. 159.

⁵⁷ Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J.T., Andrellos, P. J. (1992). *Pediatric evaluation of disability inventory (PEDI) development, standardization and administration manual*. Boston: PEDI Research Group, New England Medical Center Hospitals.

⁵⁸ Harvey, R. A. (2008). *The functional mobility scale for children with cerebral palsy: reliability and validity*. Melbourne.

⁵⁹ Harvey, A. R., Morris, M. E., Graham, H. K., Wolfe, R., Baker, R. (2010). Reliability of the functional mobility scale for children with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*, 30(2), 139–149. doi:10.3109/01942630903454930.

Individuāli izgatavotajām ortozēm, korsetēm / vestēm ir viena no vadošajām lomām CT muskuloskeletālo komplikāciju novēršanā – arī to nozīmēšana un lietošana tiek stingri uzraudzīta.

CPUP ir viens no praktiskajiem piemēriem, kā izmantot SFK pakalpojumu plānošanā.

Šajā gadījumā ķermeņa struktūras, funkcijas, aktivitātes, dalība un vides komponentes ir strukturētas aprakstošā formātā, neizmantojot PVO piedāvātās veidlapas.

CPUP gadījumā tiek apskatīta konkrēta bērna / jaunieša funkcionēšanas joma – neiroloģiskās un muskuloskeletālās (struktūru, funkciju, aktivitāšu un dalības) izpausmes un to novērtēšanas metodes. Taču vienlīdz nozīmīgas jomas ir kognitīvā funkcionēšana, mācīšanās un zināšanu pielietošana, komunikācija un starppersonu attiecības.

9. SFK PAMATKOPU IZMANTOŠANAS IESPĒJAS BĒRNU UN JAUNIEŠU FUNKCIONĀLO SPĒJU NOVĒRTĒŠANĀ

9.1. Pamatkopu izveides pamatojums

Lai uzlabotu SFK klīnisko lietojamību, *ICF Research branch* ir izveidojusi īsās un visaptverošās SFK pamatkopas (*Brief and Comprehensive ICF Core Sets*). Šajās pamatkopās tiek saglabāta SFK pamata struktūra, bet tās ietver tikai tās kategorijas, kas ir svarīgas konkrētām diagnožu grupām. Šo pamatkopu attīstības process ir balstīts uz iepriekšējiem zinātniskiem pierādījumiem, formālu lēmumu pieņemšanu un *consensus* procesu.⁶⁰ Tādējādi SFK pamatkopa piedāvā kategorijas, kas apraksta specifiska veselības stāvokļa funkcionēšanas traucējumu prototipisko spektru.

Pamatkopas, kā arī to attīstības process un lietošanas apmācība pieejama *ICF Research Branch* mājaslapā (<https://www.icf-research-branch.org/>).

Uz SFK-BJ versiju balstītas pamatkopas šobrīd ir izstrādātas tikai pacientiem ar cerebrālo trieku (CT).

9.2. Pamatkopu izstrādes principi

Britu Kolumbijas Universitātes (*British Columbia University*) pētnieku grupa Kanādā, pētnieku apvienība *Children and Youth with Disability in Society (CYDiS) research unit* sadarbībā ar PVO speciālistiem (*ICF Research Branch, Classification, Terminology and Standards Team at WHO*) ir uzsākuši darbu pie SFK-BJ Cerebrālās triekas pamatkopas (*ICF Core Sets for Children and Youth (CY) with CP*) pirmās versijas izstrādes.

Šīs pamatkopas sagatavošanas fāzē ir veikti šādi pētījumi:

1. Sistemātisks literatūras pārskats, lai identificētu veselības iznākumu mērījumus, kas tiek izmantoti, lai novērtētu bērnus / jauniešus ar cerebrālo trieku, kā arī izvērtētu šo mērījumu saturu, izmantojot SFK kā konceptuālo ietvaru (2014).⁶¹

⁶⁰ Cieza, A., Ewert, T., Ustun, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med.* (44 Suppl), 9–11.

⁶¹ Schiariti, V., Klassen, A.F., Cieza, A., Sauve, K., O'Donnell, M., Armstrong, R., Masse, L. C. (2014). Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (IVF-CY): A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(1),1–12. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2013.08.001>.

2. Vispasaules aptauja, lai iegūtu starptautisku ekspertu, kas strādā ar bērniem, kuriem ir CT, viedokli par svarīgākajiem veselības iznākumiem šajā jomā (2014).⁶²

3. Kvalitatīvs pētījums, izmantojot individuālas intervijas ar 8–18 gadus veciem bērniem, kuriem ir CT, un viņu aprūpes sniedzējiem, lai identificētu viņiem svarīgus funkcionēšanas un kontekstuālo faktoru aspektus (2014).⁶³

4. Kvantitatīvs pētījums, kurā aprakstītas biežākās problēmas, ar kādām saskaras bērni ar CT, no klīniskās perspektīvas (2015).⁶⁴

Informācija, kas iegūta šo pētījumu rezultātā, tika prezentēta starptautiskā *consensus* konferencē. Dažādu valstu 26 eksperti ar dažādu profesionālo un personisko pieredzi darbā ar CT pacientiem piedalījās detalizēti izstrādātā daudzpakāpju lēmumu pieņemšanas un *consensus* procesā. Šī procesa rezultātā tika nolemts, kuras kategorijas tiks iekļautas SFK-BJ Cerebrālās triekas pamatkopā.

9.3. Pamatkopu veidi

Ir izveidotas piecas SFK-BJ Cerebrālās triekas pamatkopas:

1. Visaptverošā pamatkopa ar 135 SFK kategorijām – ietver visas attīstības stadijas no dzimšanas līdz 18 gadu vecumam.

2. Īsā pamatkopa ar 25 kategorijām, kas visbiežāk tiek lietotas, lai aprakstītu bērnu un jauniešu, kuriem ir CT, funkcionēšanu līdz 18 gadu vecumam.

3. Īsā pamatkopa ar 31 kategoriju paredzēta bērniem līdz 6 gadu vecumam.

4. Īsā pamatkopa ar 35 kategorijām paredzēta vecumam, kas ≥ 6 un < 14 gadiem.

5. Īsā pamatkopa ar 37-kategorijām paredzēta vecumam, kas ≥ 14 līdz 18 gadiem.

Visas šīs pamatkopas pieejamas tīmekļa vietnē: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets/category/8-neurologicalconditions>

⁶² Schiariti, V., Mâsse, L. C., Cieza, A., Klassen, A., Sauve, K., Armstrong, R., O'Donnell, M. (2014). Toward the development of the International Classification of Functioning Core Sets for children with cerebral palsy: A global expert survey. *J Child Neurol*, 29(5), 582–591.

⁶³ Schiariti, V., Sauve, K., Klassen, A. F., O'Donnell, M., Cieza, A., Mâsse, L. C. (2014). He does not see himself as being different': the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy, 56(9), 853–861. doi: 10.1111/dmcn.12472. Epub 2014 Apr 29.

⁶⁴ Schiariti, V., Mâsse, L. C. (2015). Relevant areas of functioning in children with cerebral palsy based on the international classification of functioning, disability and health coding system: a clinical perspective, 30(2), 216–222. doi: 10.1177/0883073814533005. Epub 2014 May 7.

10. SFK-BJ LIETOŠANAS ĒTISKĀS VADLĪNIJAS UN ATBALSTA PASĀKUMU IZVĒRTĒŠANA FUNKCIONĒŠANAS IEROBEŽOJUMU RADĪTO SEKU MAZINĀŠANAI

10.1. SFK-BJ lietošanas ētiskās vadlīnijas

Tāpat kā SFK, arī SFK-BJ ir svarīgi lietot, ievērojot visu cilvēku, t.sk. cilvēku ar invaliditāti, tiesības. Arī SFK-BJ izmantošanai tiek piedāvātas ētiskās vadlīnijas, kas ir veidotas saskaņā ar ANO Konvencijas principiem un kurā tiek ievērotas cilvēka tiesības, izvairoties no personu diskriminācijas un stigmatizācijas.

Galvenās SFK-BJ lietošanas ētiskās vadlīnijas (gan klīniskajā praksē, gan sociālajā jomā) saskan ar SFK lietošanas ētiskajām vadlīnijām.

Cieņa un konfidencialitāte

1. SFK vienmēr ir jālieto tā, lai cienītu personas individualitāti un autonomiju.
2. SFK netiek lietota, lai cilvēkus identificētu vienīgi pēc vienas vai vairāku nespējas kategoriju pazīmēm.
3. Klīniskajā praksē SFK vienmēr jālieto ar tās personas, kuras funkcionēšanas līmenis tiek noteikts, izsmelšu informēšanu, kooperāciju un piekrišanu. Ja indivīda kognitīvo spēju apjoma ierobežojums nepieļauj šo iesaistīšanu, aktīvam procesa dalībniekam jābūt indivīda aizstāvim.
4. Informācija, kas kodēta, lietojot SFK, jāuzskata par personāla rakstura informāciju, un konfidencialitātes likumi attiecībā uz to jāievēro atbilstoši veidam, kādā dati tiks izmantoti.

SFK klīniskais lietojums

1. Kad vien iespējams, ārsta pienākums ir izskaidrot indivīdam vai indivīda aizstāvim SFK lietošanas mērķi un aicināt viņus uzdot jautājumus par tās lietošanas piemērotību, lai klasificētu personas atbilstoši funkcionēšanas līmenim.
2. Kad vien iespējams, personai, kuras funkcionēšanas līmenis tiek klasificēts (vai šīs personas aizstāvim), jārada iespēja apstrīdēt vai apstiprināt lietotās kategorijas piemērotību un piešķirto novērtējumu.
3. Tā kā trūkums, kas tiek klasificēts, ir gan personas veselības stāvokļa, gan šīs personas dzīves fiziskā un sociālā konteksta sekas, SFK ir jālieto holistiski.

SFK informācijas sociālā izmantošana

1. SFK informācija ir jālieto pēc iespējas plašāk un sadarbībā ar indivīdiem, lai paaugstinātu viņu izvēles iespējas un viņu pašu kontroli pār savu dzīvi.

2. SFK informācija ir jālieto ar mērķi uz tādu sociālās politikas un politisko pārmaiņu attīstību, kas cenšas paaugstināt un atbalstīt indivīda dalību.

3. SFK un visa informācija, kas iegūta no tās lietojuma, nevar tikt izmantota, lai apstrīdētu ieviestās tiesības vai citādi ierobežotu likumīgās tiesības uz sabiedriskiem labumiem, kas piešķirtas indivīdiem vai grupām.

Indivīdi, kas grupēti pēc SFK, daudzējādā ziņā var atšķirties. Likumiem un rīkojumiem, kas attiecas uz SFK klasifikāciju, nav jāuztiepj lielāks vienveidīgums, nekā tas paredzēts, bet tiem ir jānodrošina, ka tie, kuru funkcionēšanas līmenis tiek klasificēts, tiktu uzlūkoti kā indivīdi.

10.2. Atbalsta pasākumu izvērtēšana funkcionēšanas ierobežojumu radīto seku mazināšanai

Funkcionēšanas ierobežojumu sekas personai līdz 18 gadu vecumam ar invaliditāti mazina,⁶⁵ nodrošinot asistenta pakalpojumus, t.i., sniedzot atbalstu tādu darbību veikšanai ārpus mājokļa, kuras tā invaliditātes dēļ nevar veikt patstāvīgi, – nokļūt vietā, kur tā mācās, strādā, saņemt pakalpojumus, pārvietoties un aprūpēt sevi izglītības iestādē, algota darba vietā, būt saskarsmē ar citām fiziskām un juridiskām personām, kā arī palīdzot personai ar redzes invaliditāti apgūt profesionālās pamatizglītības, profesionālās vidējās izglītības vai augstākās izglītības programmu.⁶⁶

Asistenta pakalpojumi pašvaldībā tiek piešķirti bērniem vecumā no pieciem līdz 18 gadiem, kurām komisija ir izsniegusi atzinumu par īpašas kopšanas nepieciešamību sakarā ar smagiem funkcionāliem traucējumiem. Asistenta pakalpojumu ir tiesīga sniegt fiziska persona, kurai ir darba vai personiskā pieredze saskarsmē ar personu ar invaliditāti, pakalpojumu var sniegt līdz 40 stundām nedēļā.⁶⁷ Asistenta pakalpojumu nodrošina personas deklarētās dzīvesvietas sociālais dienests. Lai saņemtu asistenta pakalpojumu, persona vai tās

⁶⁵ *Invaliditātes likums*. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010., 12. pants.

⁶⁶ *Invaliditātes likums*. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010., 1. pants.

⁶⁷ Ministru kabineta 18.12.2012. Noteikumi Nr. 942. *Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu pašvaldībā*, 3. punkts.

likumiskais pārstāvis sociālajā dienestā iesniedz rakstisku iesniegumu par asistenta pakalpojuma piešķiršanu.⁶⁸

Asistenta pakalpojums izglītības iestādē bērniem vecumā no pieciem līdz 18 gadiem, kuriem komisija ir izsniegusi atzinumu par īpašas kopšanas nepieciešamību sakarā ar smagiem funkcionāliem traucējumiem, ietver atbalstu izglītojamai personai, nodrošinot to darbību izpildi, kuras tā nespēj veikt patstāvīgi, – pārvietoties izglītības iestādē un veikt pašaprūpi. Asistenta pakalpojumu izglītības iestādē ir tiesīga sniegt fiziska persona, kurai ir darba vai personiskā pieredze personu ar invaliditāti aprūpē vai arī atbilstoša izglītība, vai darba pieredze pedagogijas, psiholoģijas, medicīnas, veselības vai sociālā darba jomā.⁶⁹

Asistenta pakalpojumu izglītības iestādē ir tiesīgi saņemt izglītojamie, kuri mācās pirmsskolas izglītības, vispārējās pamatizglītības, profesionālās pamatizglītības, arodizglītības, vispārējās vidējās izglītības un profesionālās vidējās izglītības iestādēs (izņemot speciālās izglītības iestādes, kas saņem uzturēšanas izdevumus no valsts budžeta).

Dzirdes traucējumu izraisītas sekas mazina, arī nodrošinot tiesības saņemt no valsts budžeta apmaksātu surdotulka pakalpojumu izglītības programmu apguvei (480 akadēmiskās stundas mācību gada laikā), kā arī saskarsmes nodrošināšanai ar citām fiziskām un juridiskām personām (120 stundas gadā).

Invaliditātes sekas mazina, personām līdz 18 gadu vecumam ar invaliditāti un personai, kas pavada šo personu, nodrošinot tiesības par valsts budžeta līdzekļiem bez maksas izmantot Latvijas Republikas teritorijā visu veidu sabiedrisko transportu.

Lai mazinātu invaliditātes sekas, personai līdz 18 gadiem, kurai invaliditāte noteikta pirmreizēji un kura dzīvo ģimenē, kā arī tās likumiskajam pārstāvim ir tiesības saņemt no valsts budžeta apmaksātu psihologa pakalpojumu, arī iespēja saņemt atbalstu viena mājokļa pielāgošanai ir personām līdz 18 gadu vecumam, kurām noteiktas medicīniskās indikācijas bērna ar invaliditāti īpašas kopšanas nepieciešamībai.⁷⁰

⁶⁸ Ministru kabineta 18.12.2012. Noteikumi Nr. 942. *Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu pašvaldībā*, 5. punkts.

⁶⁹ Ministru kabineta 09.10.2012. Noteikumi Nr. 695. *Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu izglītības iestādē*, 2., 3. punkts.

⁷⁰ *Invaliditātes likums*. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010. 12. panta pirmā daļa.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. CFCS. (2011). *Komunikācijas funkciju klasifikācijas sistēma (KFKS) indivīdiem ar cerebrālo trieku*. Pieejams: http://cfcs.us/wp-content/uploads/2018/11/CFCS_Latvian.pdf
2. Chailey Heritage Clinical Services. (2013). *Ēšanas un dzeršanas spēju klasifikācijas sistēma*. Pieejams: <https://www.sussexcommunity.nhs.uk/downloads/get-involved/research/chailey-research/edacs/edacs-classificationsystem-latvian.pdf>
3. *Invaliditātes likums*. Latvijas Vēstnesis: 09.06.2010.
4. Ministru kabineta 09.10.2012. Noteikumi Nr. 695 *Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu izglītības iestādē*.
5. Ministru kabineta 18.12.2012. Noteikumi Nr. 942 *Kārtība, kādā piešķir un finansē asistenta pakalpojumu pašvaldībā*.
6. Ministru kabineta 23.12.2014. noteikumi Nr. 805 *Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību*.
7. Ministru kabineta 28.08.2018. Noteikumi Nr. 555 *Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība*.
8. Pasaules Veselības organizācija. (2003). *Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija*. Ženēva. Pieejams: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_lav.pdf;jsessionid=76A8601E711E128AA2AE077AEFA42924?sequence=10
9. Pennington, I., Mjoen, T., da Graca Andrada, M., Murray, J. (2010). *Vikingu runas skala*. Pieejams: <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/SCPE-NET-Annexes-WP4-Viking-Speech-Scale-LV.pdf>
10. Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija. (17.03.2016). *Kārtība, kādā Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija nodrošina Ministru kabineta 2014. gada 23. decembra noteikumu Nr. 805 "Noteikumi par prognozējamās invaliditātes, invaliditātes un darbspēju zaudējuma noteikšanas kritērijiem, termiņiem un kārtību" 3., 4., 5. un 6. pielikumā noteikto kritēriju piemērošanu*. Iekšējie noteikumi. Nr.145NOR1-3/2016.

11. Cieza, A., Ewert ,T., Ustun, T.B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med.* (44 Suppl), 9–11.
12. Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J., Prodinger, B. (2016). Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil.* Mar 17:1–10. doi:10.3109/09638288.2016.1145258.
13. Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med.* 37 (4), 212–218.
14. Colombetti, E., Osimani, B., Aluas, M., Pessina, A., Musio, A. (2012). Revision of International Classification of Functioning, Disability and Health ethical guidelines: International Classification of Functioning, Disability and Health-related ethical issues. *Am J Phys Med Rehabil.* 13 (Suppl 1), S155–158.
15. CPUP. Retrieved from <http://cpup.se/in-english/what-is-cpup-in-english/>
16. Eliasson et al. (2006). *Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy 4-18 years*. Retrieved from <http://www.macs.nu/>
17. Gainsborough, M., Surman, G., Maestri, G., Colver, A., Cans, C. (2008). Validity and reliability of the guidelines of the surveillance of cerebral palsy in Europe for the classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurolgy.* 50(11), 828–831.
18. Harvey, A. R. (2008). *The functional mobility scale for children with cerebral palsy: reliability and validity*. Melbourne.
19. Harvey, A. R., Morris, M. E., Graham, H. K., Wolfe, R., Baker, R. (2010). *Reliability of the functional mobility scale for children with cerebral palsy*. *Phys Occup Ther Pediatr.* 30(2), 139–149. doi:10.3109/01942630903454930.
20. Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., Andrellos, P. J. (1992). *Pediatric evaluation of disability inventory (PEDI) development, standardization and administration manual*. Boston: PEDI Research Group, New England Medical Center Hospitals.
21. ICF Research Branch. *ICF Core Sets*. Retrieved from <https://www.icf-research-branch.org/download/category/4-icf-core-sets>
22. *International Classification of Functioning, Disability and Health.* (2001). Geneva: World Health Organization.
23. *International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY.* (2007). World Health Organization.

24. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of classification relating to the consequences of disease.* (1980). Geneva: World Health Organization.
25. Madden, R., Sykes, C., Ustun, B. T. *World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose.* World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf?ua=1>
26. Palisano et al. (1997). GMFCS E & R between 6th and 12th birthday: Descriptors and illustrations. *Dev Med Child Neurol.* 39, 214–223. Retrieved from https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/002/114/original/GMFCS_English_Illustrations_V2.pdf
27. Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. (2007). *Gross Motor Function Classification System: Expanded and Revised.* In: CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University, canchild.ca.
28. PRM Section of UEMS. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. (2006). *Eura Medicophys.* 42 (4), 292–332.
29. Quintas, R., Cerniauskaite, M., Ajovalasit, D., Sattin, D., Boncoraglio, G., Parati, E. A. et al. (2012, 91). Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 13 (Suppl 1), S14–21.
30. Rauch, A., Cieza, A., Stucki, G., Melvin, J. (2008). How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 44, 329–342.
31. Rosenbaum, P. (2004). *Families and service providers: making the connection effectively.* In: The Management of the Movement Disorders of Children with Cerebral Palsy, 2nd ed. (eds. D. Scrutton, D. Damiano & M. Mayson), pp. 22–31. Mac Keith Press, London, UK.
32. Rosenbaum, P. (2011). Family and quality of life: key elements in intervention in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology,* 53 (Suppl. 4), 68–70. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04068.x.
33. Russell, D., Rosembaum, P., Avery, L., Lane, M. (2002). *The gross motor function measure. GMFM-88 and GMFM-66 (Users' manual).* London: Mac Keith Press. Clinics in Developmental Medicine No. 159.
34. Schiariti, V., Klassen, A. F., Cieza, A., Sauve, K., O'Donnell, M., Armstrong, R., Masse, L. C. (2014). Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the international classification of functioning (IVF-CY): A systematic review. *European*

Journal of Paediatric Neurology, 18(1), 1–12. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2013.08.001>

35. Schiariti, V., Mâsse, L. C. (2015). Relevant areas of functioning in children with cerebral palsy based on the international classification of functioning, disability and health coding system: a clinical perspective. *J Child Neurol.* 30(2), 216–222. doi: 10.1177/0883073814533005. Epub 2014 May 7.
36. Schiariti, V., Mâsse, L. C., Cieza, A., Klassen, A., Sauve, K., Armstrong, R., O'Donnell, M. (2014). Toward the development of the International Classification of Functioning Core Sets for children with cerebral palsy: A global expert survey. *J Child Neurol.* 29(5), 582–591.
37. Schiariti, V., Sauve, K., Klassen, A. F., O'Donnell, M., Cieza, A., Mâsse, L. C. (2014). 'He does not see himself as being different': the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 56(9), 853–861. doi: 10.1111/dmcn.12472. Epub 2014 Apr 29.
38. Sellier, E., Horber, V., Krägeloh-Mann, I., De La Cruz, J. and Cans, C. (2012). Interrater reliability study of cerebral palsy diagnosis, neurological subtype, and gross motor function. *Developmental Medicine & Child Neurology.* 54, 815–821.
39. Swiss Paraplegic Research. (2018). *ICF Case study*. Retrieved from <https://www.icf-casestudies.org/>
40. WHO-FIC Network. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/network/en/>
41. World Health Organization. *About WHO*. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/en/>
42. World Health Organization. *ICD-10 Version: 2016*. Retrieved from <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
43. World Health Organization. *International Classification of Diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
44. World Health Organization. *The ICF Evaluation Display*. ICF eLearning Tool. Retrieved from <http://icf.ideaday.de/en/page58919.html>
45. *World Report on Disability*. (2011). Geneva: World Health Organization.