



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

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

VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMA UN ORGANIZĀCIJA UN PIERĀDĪJUMOS BALSTĪTA APRŪPE- APRŪPES PROCESS

Rīga

2021

ANOTĀCIJA

Metodiskais līdzeklis ir paredzēts veselības aprūpēs un sociālajā jomā iesaistītā personāla un pacientu aprūpes procesa un pacientu komunikācijas pilnveidošanai. Sniegt zināšanas un izpratni par veselības aprūpes sistēmu un organizāciju, par pierādījumos balstītu aprūpi, aprūpes procesu, iekļaujot mērķauditorijai un jomas jaunākajām pamatnostādnēm aktuālas tēmas.

Mācību materiālā iekļauti pamatjautājumi par aktuālām tēmām, kuras māsām ļaus nostiprināt iepriekš apgūtās zināšanas par aprūpes procesu, tā plānošanu, uzstādot aprūpes diagnozes, izvērtējot aprūpes procesu un dokumentējot visas veiktās darbības. Mācību rezultātā tiks iegūtas kompetences veidot uz pacientu centrētu un pierādījumos balstītu aprūpi, pielietojot kritiskās domāšanas pieeju pacientu aprūpē.

Māsas iegūs prasmes pielietot sadarbības un terapeitiskās komunikācijas principus savā ikdienas praksē, kā arī zināšanas par veselības aprūpes sistēmu, tās darbības principiem, organizāciju, reformu būtību un attīstības tendencēm.

Metodiskajam materiālam ir rekomendējošs raksturs un māsai ir jāizvērtē katrs klīniskais gadījums individuāli, pieņemot lēmumu par labāko taktiku konkrētā pacienta gadījumā, vadoties pēc uz pierādījumiem balstītas medicīnas pamatprincipiem. Aprūpes taktika un ieteikumi var mainīties atkarībā no jaunākajiem zinātniskās literatūras datiem, tāpēc svarīgi sekot līdzi jaunākajām publikācijām pacientu izmeklēšanas, ārstēšanas un aprūpes jomā.

Metodiskā materiāla autori ir VSIA "Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca" un Rīgas Stradiņa universitātes docētāji Eva Cela un Kristaps Circenis, kuri dalījušies savā pieredzē, materiālā atspoguļojot vairākus inovatīvus un veiksmīgus praktiskos piemērus, ko izmantot māsas praksē.

SATURS

IEVADS	4
1. APRŪPES PROCESS	5
1.1. Pacientu izvērtēšana un klīniskie lēmumi pacientu aprūpē	6
1.2. Aprūpes diagnozes un klasifikācija	7
1.3. Pacienta aprūpes plānošana, īstenošana un nepārtrauktība	9
1.4. Aprūpes rezultātu izvērtēšana	11
1.5. Aprūpes procesa dokumentēšana	11
2. UZ PERSONU/PACIENTU CENTRĒTA APRŪPE	13
2.1. Cieņa pret pacientu vērtībām, vēlmēm un izteiktajām vajadzībām	14
2.2. Aprūpes koordinācija un integrācija	15
2.3. Fiziskais komforts	16
2.4. Nepārtrauktība un pāreja	16
2.5. Uz personu centrēta aprūpe visu vecumu pacientu grupām	16
3. VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMA UN ORGANIZĀCIJA	19
3.1. Veselības aprūpes sistēmas struktūra un līmeņi	20
3.2. Veselības aprūpes sistēmas organizatoriskie principi Latvijā	21
3.3. Veselības aprūpes finansēšanas sistēmu salīdzināšanas iespējas, to priekšrocības un trūkumi	23
3.4. Cilvēkresursu nozīme veselības aprūpes sistēmas plānošanā, administrēšanā	24
4. SADARBĪBAS UN TERAPEITISKĀS KOMUNKĀCIJAS PRINCIPU LIETOŠANA MĀSU PRAKSĒ	26
5. UZ PIERĀDĪJUMIEM BALSTĪTA APRŪPE	31
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS	36

IEVADS

Ņemot vērā Eiropas Savienības (ES) veselības aprūpes politikas mērķus un iekšējā tirgus principus, jebkurai ES dalībvalstij ir jānodrošina iedzīvotāju tiesības piekļūt drošai un kvalitatīvai veselības aprūpei.

Sākot ar šī gadsimta vidu, straujā tehnoloģijas attīstība un sniegumi veselības aprūpes nozarē ietekmēja masu praksi. Daudzējādā ziņā var uzskatīt, ka tie ir izraisījuši masu darba aprūpes pamatfunkciju pārmaiņas. Dažādos laikos un dažādās valstīs ir veidojusies prasība, lai veselības aprūpe būtu humānāka, vairāk vērsta uz cilvēku un lai tā būtu pacientu centrēta pieeja.

Aprūpes attīstība ir cieši saistīta ar praksi, tāpēc pastāv atšķirības starp dažādām aprūpes nozarēm un dažādām valstīm. Šī iemesla dēļ masu sadarbība valstu un starptautiskā līmenī ir īpaši svarīga.

Mācību materiāla mērķis ir sniegt teorētiskās zināšanas, prasmes un kompetences, atbilstoši jaunākajām pamatnostādņēm, māsām, kas nepieciešamas, lai veiktu pacientu aprūpi un varētu praktizēt ārstniecības iestāžu stacionāra un ambulatorajās nodaļās.

Materiāla apguves rezultātā tiks uzlabotas masu zināšanas, prasmes un kompetences jautājumos par:

1. Aprūpes procesu;
2. Uz personu centrēta aprūpi visu vecumu pacientu grupām;
3. Sadarbības un terapeitiskās komunikācijas principu lietošana masu praksē;
4. Uz pierādījumiem balstītu aprūpi;
5. Kritiskās domāšanas pieeja pacientu aprūpē;
6. Veselības aprūpes sistēma un organizāciju;
7. Veselības aprūpes sistēmas darbības principiem, reformas būtību un attīstības tendencēm.

Apgūstot metodisko līdzekli, māsām būs izpratne par veselības aprūpes sistēmu, organizāciju un pierādījumos balstītu aprūpi, aprūpes procesu. Māsas attīstīs prasmes izvēlēties labāku un ātrāku klīnisko rīcību, spēs pielietot apgūtās zināšanas, novērtēs pacienta vajadzības, lai uzlabotu pacienta dzīves kvalitāti, mazinātu sūdzības.

1. APRŪPES PROCESS

Aprūpē pakalpojums tiek fokusēts uz klientu, efektīvi izmantojot veselības aprūpes iestādes materiālos, personāla un tehnoloģijas resursus tā, lai tiktu nodrošinātas klienta vajadzības. [29]

Māsas praksē, sevišķi izglītības, pētniecības, vadības, klientu, pacientu aprūpes un veselības aprūpes nozarēs bieži rodas filozofiski jautājumi par to, kas ir būtisks māsas praksē un zinātnē. Māsas profesijas saistīto profesiju kompetence kā arī teorētisko zināšanu un praktisko iemaņu apjoms ir noteikts Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumos Nr.268 „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”. [23] 2020.12.08. apstiprinātais māsas profesijas standarts [22] nosaka sekojošas kompetences:

- punktā 4.1.1. spēja īstenot pierādījumos balstītu aprūpi, izmantojot pētniecības metodoloģiju un terminoloģiju;
- punktā 4.1.4. spēja patstāvīgi (autonomi) nodrošināt pacienta aprūpes procesa nepārtrauktību multikulturālā vidē.

1958. gadā Ida Žana Orlando (*Ida Jean Orlando (1926-2007)*) ir starptautiski atzīta par māsu aprūpes procesa teorijas izstrādātāju. Viņa definēja procesu kā sistemātisku pieeju aprūpei, izmantojot kritiskās domāšanas pamatprincipus, uz klientu orientētu pieeju ārstēšanai, uz mērķi orientētus uzdevumus, uz pierādījumiem balstītas prakses (*EBP-Evidence based practice*) ieteikumus un māsu intuīciju. Holistiskiem un zinātniskiem postulātiem ir jābūt integrētiem, lai varētu nodrošināt līdzjūtīgu, kvalitatīvu aprūpi. [20]

Māsai ir jāprot risināt klienta/pacienta problēmas, pieņemt lēmumus un domāt kritiski. Lēmumu pieņemšana un problēmu risināšana ir nepieciešama, lai varētu veikt pacientu aprūpi.

Aprūpe ir prasme un darbība, kurai ir 3 sastāvdaļas:

- 1. profesionālā prasme**, kas parāda māsas spēju pārvaldīt situāciju un spēju veikt profesionālos uzdevumus, ietver zinātniski pamatotas teorētiskās zināšanas, intelektuālās, psihosociālās un psihomotorās iemaņas.
- 2. personīgā iesaistīšanās** - nozīmē to, ka māsas jūt līdzīgu un raizējas par cilvēku, ar kuru tā saskaras aprūpes situācijās. Tā parāda māsas jūtas viņas darbībās.

3. atbildība - nozīmē to, ka māsas vēlas un praktiski arī uzņemas atbildību par savu paveikto darbu.

Aprūpes process darbojas kā sistemātisks ceļvedis uz klientu/pacientu orientētai aprūpei ar 5 secīgiem soļiem. Tie ir **novērtēšana, diagnostika, plānošana, īstenošana un novērtēšana.**

1.1. Pacientu izvērtēšana un klīniskie lēmumi pacientu aprūpē

Aprūpes procesā māsām jāizmanto savs klīniskais spriedums, lai izmantotu no pacienta savākto informāciju un uz pierādījumiem balstītas zināšanas, lai klasificētu pacienta stāvokli vai vairākus apstākļus un pēc tam izveidotu atbilstošu rīcības plānu. Profesionālās māsu prakses pamatā ir teorētiskās atziņas, to izpratne un izmantošana noteiktās situācijās. Šo pakāpenisko loģisko struktūru sauc par aprūpes procesu, kas ir sistemātiska problēmu noteikšana un risināšanas metode ar plānveidīgu darbību, lai nodrošinātu klientam/pacientam individuālu aprūpi.

Klīniskie lēmumi māsas praksē ir jābalsta uz trim pamata lietām:

- 1. jābūt zināmai ar pacientu saistītajai informācijai;**
- 2. jābūt nepieciešamajām zināšanām un prasmēm ticami novērtēt informāciju;**
- 3. jābūt pieredzei, kas būtiski veicina lēmuma pieņemšanu.**

Lēmuma pieņemšanas kļūda rodas brīdī, kad trūkst informācijas, zināšanu vai pieredzes. Informāciju māsa gūst gan no pacienta iztaujāšanas un iegūtās anamnēzes, gan no ierakstiem medicīniskajā dokumentācijā, no kolēģu u. c. sniegtās informācijas, kā arī no objektīvās atradnes vai diagnostiskajiem izmeklējumiem. Būtībā informācija kopā ar zināšanām, prasmēm un pieredzi ir pamatā situācijas apzināšanai jeb izpratnei par to, kas notiek konkrētajā brīdī, kas var notikt tuvākajā brīdī. To angļu valodā apzīmē ar terminu *situation awareness (SA)*, kas ietver arī laika un vides kontekstu, kurā situācija ir jāizprot.

SA ir jēdziens, kas tiek lietots augstas uzticības nozarēs (aviācija, medicīna u.c.), lai atklātu iespējamās kvalitātes jautājumus un paaugstinātu klientu drošību.

Aprūpes procesa modelī ir piecas savstarpēji saistītas daļas jeb posmi:

- 1. Pacienta novērtēšana-** sistemātiska datu apkopošana, lai noteiktu pacienta veselības stāvokli un aktuālās vai iespējamās veselības problēmas. Tās laikā māsa sistemātiski iegūst, pārbauda, sakārto, reģistrē informāciju.

Lai notiktu efektīva datu ievākšana (intervija, novērošana un izmeklēšana; objektīvie un subjektīvie dati):

- Sagatavojieties;
- Iepazīstiniet ar sevi;
- Esiet iejūtīgi un empātiski, pieklājīgi;
- Lietojiet jautājumus – atvērtus un slēgtus;
- Klausieties, noskaidrojiet, izdariet kopsavilkumus;
- Pierakstiet un dodiet klientam/pacientam atgriezenisko saiti.

Atceraties, ka efektīvu datu ievākšana:

- Nav pratināšana;
- Nav formāla;
- Nav automātiska;
- Iztauja/intervija nav aizskaroša un moralizējoša.

1.2. Aprūpes diagnozes un klasifikācija

Māsu diagnozes formulēšana, izmantojot klīnisko spriedumu, palīdz plānot un īstenot pacientu aprūpi. Māsu diagnoze, saskaņā ar **NANDA** (*North American Nursing Diagnosis Association*), tiek definēta kā klīnisks spriedums par pacientu, ģimenes vai grupas reakciju uz faktiskajām vai iespējamām veselības problēmām. Tas ir pamats māsu intervences izvēlei, lai sasniegtu rezultātus, izstrādājot aprūpes plānu un par kuriem māsa ir atbildīga. [44]

Standartizēto valodu un klasifikācijas pamatojums māasai ir spēkā visā pasaulē. Daudzas valstis ir izstrādājušas savas sistēmas savā valodā, bet, jāmin, ka ir Eiropas valstis, kurās tās nav. ICN (*International Council of nurses - Starptautiskās māsu padome*) ir izstrādājusi starptautisku māsu prakses klasifikāciju, nodrošinot vienojošu ietvaru esošajām sistēmām un sistēmu, kuru var izmantot valstīs, kurās nav definētas savas.

Tikai tad, ja māsām būs šāds instruments, varēs aprakstīt un salīdzināt māsu praksi dažādās valstīs, un pārbaudīt tās jēdzienu, vērtību un prakses kopīgās iezīmes un atšķirības. Jāmin, ka Latvijā ir tulkots un izdots NANDA “Aprūpes diagnozes – Definīcijas un klasifikācija 2018 – 2020” 11.izdevums (2020).

Kas ir diagnoze? Kas ir māsas diagnoze? Tradicionāli termins “diagnoze” tiek saistīts ar medicīnisko jeb ārsta diagnozi. Īss slēdziens par slimības gadījuma būtību. Diagnoze ir rūpīgas un kritiskas kaut kā studijas (izpēte), lai noteiktu šī izpētes objekta dabu un būtību. Tādā gadījumā sanāk, ka jautājums nav par to, vai māsas var diagnosticēt, bet gan ko māsas var diagnosticēt. Māsas diagnoze ir **klīnisks vērtējums**/ spriedums par individuālu, ģimenes, grupas reakciju uz aktuālu vai potenciālu veselības problēmu vai dzīves norisēm.

1.1.tabula. Māsu diagnozes atšķirības (māsa/ārsts).

Māsas diagnoze	Ārsta diagnoze
Fokusējas uz cilvēka aktuālas vai potenciālas reakcijas diagnostiku un aprūpi (intervenci)	Fokusējas un slimības diagnosticēšanu un ārstēšanu
Identificē faktorus, kas saistīti ar indivīda veselību un labklājību	
Individuāla, atrisināma	Standartizēta, var neatrisināma

NANDA klasifikācija piedāvā četrus diagnožu veidus: **faktiskā (uz problēmu vērsta), riska, veselības veicināšanas un sindroma/simptoma.** [44]

Uz **problēmu vērsta diagnoze** (pazīstama arī kā **faktiskā diagnoze**) ir klienta/pacienta problēma, kas pastāv aprūpes novērtēšanas laikā. Šīs diagnozes pamatā ir saistīto pazīmju un simptomu klātbūtne. Faktisko māsu diagnozi nevajadzētu uzskatīt svarīgāku par riska diagnozi. Ir daudz gadījumu, kad riska diagnoze var būt diagnoze, kurai pacientam ir visaugstākā prioritāte. Uz problēmu vērstām māsu diagnozēm ir trīs sastāvdaļas:

1. māsu diagnostika,
2. saistīti faktori,
3. raksturojošās īpašības.

Faktiskās māsu diagnozes piemēri ir:

- **Neefektīvs elpošanas modelis**, kas saistīts ar sāpēm, par ko liecina elpa ar saspiestu lūpu, ziņojumi par sāpēm ieelpojot, papildu muskuļu izmantošana elpošanai;
- **Trauksme**, kas saistīta ar stresu, par ko liecina pastiprināta spriedze, bailes un bažas par gaidāmo operāciju;
- **Akūtas sāpes**, kas saistītas ar samazinātu asins plūsmu miokardā, par ko liecina klienta/pacienta grimase, sāpju izpausme, sargājoša uzvedība;
- **Ādas integritātes traucējumi**, kas saistīti ar spiedienu uz kaulu izvirzījumu, par ko liecina sāpes, asiņošana, apsārtums, brūču drenāža.

Otro māsu diagnostikas veidu sauc par **riska māsu diagnostiku**. Tas ir klīniskais spriedums, kad problēma nepastāv, bet riska faktoru klātbūtne norāda, ka problēma, iespējams, attīstīsies. Riska diagnozēm nav etioloģisku faktoru (saistītu faktoru).

Riska aprūpes māsas diagnozes komponenti ietver:

1. riska diagnostikas marķējumu ,
2. riska faktorus.

Riska aprūpes diagnostikas piemēri ir:

- **Kritienu risks**, par ko liecina muskuļu vājums;
- **Traumu risks**, par ko liecina mainīta mobilitāte;
- **Infekcijas risks**, par ko liecina imūnsupresija.

Veselības veicināšanas diagnoze (pazīstama arī kā **labsajūtas diagnoze**) ir klīnisks spriedums par motivāciju un vēlmi uzlabot pacienta labsajūtu. Veselības veicināšanas diagnoze attiecas uz indivīda, ģimenes vai kopienas pāreju no noteikta labsajūtas līmeņa uz augstāku labsajūtas līmeni (lai sajostos labāk kā sākotnēji). Veselības veicināšanas diagnozes komponentē parasti ietver tikai diagnostikas etiķeti vai vienas daļas paziņojumu.

Sindromu/simptomu diagnoze ir klīnisks spriedums par klastera problēmu vai riska diagnozēm, kas tiek prognozētas konkrētā situācijā.

Sindroma aprūpes diagnozes piemēri ir:

- **Hronisku sāpju sindroms**,
- **Pēctraumatiskais sindroms**. [44]

Kas nav māsu diagnozes? Tikai izkārtne vai atzīme “ķeksim”, ka Jūs kaut ko saprotat par sava pacienta veselības stāvokli. Tā nav cita veida medicīniskās diagnozes pārformulējums vai medicīniskās diagnozes “izskaidrojums” un tas nav, kas iet “roku rokā” ar medicīnisko diagnozi [45].

1.3. Pacienta aprūpes plānošana, īstenošana un nepārtrauktība

Aprūpes plānošanas stadijā tiek formulēti mērķi un rezultāti, kas tieši ietekmē pacientu aprūpi, pamatojoties uz pierādījumos balstītām vadlīnijām. Šie pacientam specifiskie mērķi un to sasniegšana palīdz nodrošināt pozitīvu rezultātu. Aprūpes plāni nodrošina individuālas aprūpes virzienu, kas pielāgots indivīda unikālajām vajadzībām. Aprūpes plāni uzlabo saziņu, dokumentāciju, aprūpes nepārtrauktību visā veselības aprūpes īstenošanā.

Mērķu formulējumā lieto **SMART** (*specific, measurable, attainable, realistic, time-specific*) formātu: **konkrēts, specifisks; izmērāms; sasniedzams, reāls; specifisks laikā.**

Piemērs: Mērķis – pacients izpilda ROM (Range of motion - Locītavas un kustību apjoma) vingrinājumus katru stundu (maiņas laikā); Mērķis – pacients pārvietojas no gultas līdz durvīm un atpakaļ divas reizes (maiņas laikā).

Pētījumi liecina, ka 95% pacientu bieži izrakstoties no stacionāra ir nesagatavoti turpmākajai aprūpei un ambulatorajai gaitai. [22] Savukārt, tas palielina pacientu skaitu uz atkārtotām hospitalizācijām un pieprasījuma pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības. [25]

Turpinot aprūpi primārā veselības aprūpes līmenī, pacientiem bieži nav izpratnes par tālāko ārstēšanās gaitu, kas nav līdz galam izskaidrots stacionārā un pārrunāts ar slimnīcas personālu. [23] Nav skaidrs vai pacienti izrakstoties skaidri saprot, kā jā rūpējas par savu veselību, vai izprot lietas par medikamentu lietošanu, iespējamām blaknēm, un vai pacientiem ir iedots salasāms un viegli saprotams saraksts ar vizītēm un pārbaudēm, kas jāapmeklē turpmāko nedēļu laikā. Šī ir aktuāla tēma visā pasaulē, tieši medicīnas nozarē, jo ar to saskaras ikviens pacients un pakalpojuma sniedzējs.

Aprūpes pārejas posmā var novērot šādas problēmas kā pacienta neiesaistīšanās, neatbilstoša komunikācija, komandas locekļu sadarbības trūkums, ierobežota uzraudzība, slikta aprūpes nepārtrauktība un nopietnas pakalpojumu nepilnības, pacientam pārvietojoties starp veselības aprūpes speciālistiem un dažādām veselības aprūpes iestādēm. Minētās problēmas ir saistītas ar sliktu aprūpes pieredzes novērtējumu un turpmāku veselības stāvokļa pazemināšanos. [12] Efektīva aprūpes maiņa pieprasa uzmanību kā klīniskiem, tā arī neklīniskiem jautājumiem, piemēram, pacienta kognitīvajam un funkcionālajam stāvoklim, izmitināšanai, transportam un ģimeņu, aprūpētāju un sociālo dienestu atbalstam. Galvenās uzlabojamās jomas ir pastiprināta koncentrēšanās uz pacientu un viņu ģimeni, kā arī aprūpētāju vajadzībām, uzlabota komunikācija ar pacientiem un starp veselības aprūpes sniedzējiem visā aprūpes sistēmas vidē, nepieciešamība atzīt veselības aprūpes maiņu kā neatņemamu aprūpes koordinācijas sastāvdaļu. [12]

Pacienta ārstēšana un aprūpe ir multidisciplināras komandas darbs, kas tiek organizēts gan primārā, gan sekundārā veselības aprūpes līmenī. Cilvēka veselības saglabāšana, atjaunošana un uzturēšana neaprobežojas tikai ar ārstēšanos ārstniecības iestādē. Nereti arī pēc izrakstīšanās no slimnīcas cilvēkam nepieciešams turpināt aprūpi, lai uzlabotu viņa veselību. Latvijā jau vairākus gadus ir pieejams veselības pakalpojuma veids – **veselības aprūpe mājās**, kuru veic ārstniecības persona (māsa vai ārsta palīgs), patstāvīgi veicot pacientu aprūpi, piedaloties ārstniecībā un izglītojot pacientus un viņu ģimenes locekļus.

Aprūpes maiņa ir neatņemama pacienta sastāvdaļa veselības aprūpes sistēmā. Ir būtiski efektīvi pārvaldīt maiņu no primārās aprūpes uz stacionāro aprūpi un no stacionārās aprūpes uz primāro aprūpi. Pārejas starp slimnīcām un primārās aprūpes iestādēm tiek atzītas par augsta riska scenārijiem pacienta drošībā. [42]

Literatūrā identificēto problēmu, kas veidojas saskarsmē ar primāro aprūpi, ietekme ir šāda: mirstības pieaugums; saslimšanas pieaugums (īslaicīga vai pastāvīga traumu vai invaliditāte); blakusparādību (blakņu) pieaugums; atbilstošas ārstēšanas saņemšanas un

sabiedrības atbalsta saņemšanas kavēšanās; papildu vai atkārtotas analīzes, vai pazaudēti analīžu rezultāti uzskaitē; novērojamas atkārtotas hospitalizācijas; pacientu (pakalpojumu lietotāju), aprūpētāju un ģimeņu emocionālās un fiziskās sāpes un ciešanas; pacientu un pakalpojumu sniedzēju neapmierinātība ar aprūpes koordinēšanu [42]

1.4. Aprūpes rezultātu izvērtēšana

Aprūpes izvērtēšana ir pacienta reakcijas noteikšana uz aprūpes pasākumiem, izvirzīto mērķu realizācijas pakāpes noteikšana. Tā ir plānota, nepārtraukta, mērķtiecīga darbība, kurā pacients un aprūpes veicējs nosaka arī aprūpes progresu un aprūpes efektivitāti. Ir iespēja noteikt no jauna radušās problēmas, izvērtēt tās un pacienta nepieciešamību pēc tālākas aprūpes. Šis māsu aprūpes procesa posms ir būtisks pozitīvam pacienta iznākumam. Ikreiz, kad aprūpes sniedzējs iejaucas vai īsteno aprūpi, ir jāpārvērtē vai jānovērtē, lai nodrošinātu vēlamā rezultāta sasniegšanu. Atkarībā no pacienta vispārējā stāvokļa bieži var būt nepieciešama atkārtota novērtēšana. Aprūpes plānu var pielāgot, pamatojoties uz jauniem novērtējuma datiem.

Šajā posmā arī ir svarīgas klīnisko lēmumu pieņemšanas prasmes. Klīniskā lēmuma pieņemšana un problēmu risināšana par pacienta aprūpi prasmes ir jānācās un jātrenējas (simulācijās) apgūt. Te arī pieder argumentācijas prasmes, atgriezeniskās saites sniegšana, argumentācijas strukturēšana u.c.

Veikto darbību un aprūpes novērtējums (salīdzināt pacienta patreizējo stāvokli ar plānotajiem rezultātiem):

- iesaistīt pacientu, tā piederīgos un aprūpes komandas locekļus šajā novērtēšanā;
- salīdzināt cik daudz no ieplānotā ir sasniegts (mērķis sasniegts pilnīgi, mērķis sasniegts daļēji, mērķis nav sasniegts).

Izvērtēšana var būt: nepārtraukta (tiek izdarīta, sākot darbu vai uzreiz pēc tās sākšanas, kas dod iespēju nepieciešamības gadījumā mainīt darbību) un pārtraukta (tiek izdarīta pēc noteiktiem intervāliem, dod iespēju uzlabot trūkumus, mainīt plānu).

1.5. Aprūpes procesa dokumentēšana

Medicīniskā dokumentācija (t.sk. māsu dokumentācija) ir ļoti nozīmīga ārstniecības procesa sastāvdaļa, jo glabā būtisku informāciju par pacienta veselību, un tā var būt nepieciešama sekmīgai ārstniecības norisei visā dzīves garumā. Dokumentācija ir būtiska

pacientu novērošanas procesa komponente, kas var būt instruments pacienta izvērtēšanai un veselības stāvokļa izmaiņu – uzlabošanās vai pasliktināšanās – pamanīšanai.

Māsu dokumentācija ir galvenais klīniskās informācijas avots, kas atbilst juridiskajām un profesionālajām prasībām. Tā ir būtiska drošas, ētiskas un efektīvas māsu prakses sastāvdaļa neatkarīgi no tā, vai tā tiek veikta manuāli vai elektroniski. Kvalitatīvai māsu dokumentācijai ir būtiska nozīme kvalitatīvu aprūpes pakalpojumu sniegšanā, atbalstot labāku saziņu starp dažādiem aprūpes komandas locekļiem, lai veicinātu aprūpes nepārtrauktību un klientu drošību. Dokumentācija, kas satur pārskatāmu informāciju par pacienta vitālajiem rādītājiem, atklāj izmaiņas pacienta veselības stāvoklī un nodrošina, ka tiek uzsākta savlaicīga rīcība. Dokumentāciju var veidot kā skalu, kas parāda dažādu rādītāju novirzes no normas, t.i., izvērtējamo parametru atbilstību pacienta vecumam.

Pacientu datu pieejamības un drošības jautājumus reglamentē vairāki normatīvie akti: Pacientu tiesību likums, Fizisko personu datu aizsardzības likums un Ministru kabineta 2006.gada 4.aprīļa noteikumi Nr.265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība". Tie paredz ne tikai to, ka pacientu dati ir aizsargājami un ir ierobežotas pieejamības informācija, bet noteic arī pacienta tiesības iepazīties ar saviem medicīniskajiem dokumentiem un saņemt šo dokumentu izrakstus un kopijas. Ne vairāk kā divas reizes gadā pacients kā datu subjekts ir tiesīgs saņemt bez maksas visu informāciju, kas par viņu savākta jebkurā datu apstrādes sistēmā, t.sk. no ārstniecības iestādes.

Saskaņā ar PVO veikto aptauju ir pierādīts, ka slikta saziņa starp veselības aprūpes speciālistiem ir viens no medicīnisko kļūdu faktoriem. Ir arī pierādījumi, kas apliecina, ka māsu (ne)dokumentācija ir saistīta ar pacientu mirstību. Lai gan pacientu uzskaitē ir viņu profesionālā pienākuma sastāvdaļa, daudzi pētījumi atklāja trūkumus dokumentācijas praksē starp māsām visā pasaulē: māsu ieraksti bieži ir nepilnīgi, tiem trūkst precizitātes un tie ir sliktas kvalitātes; nepietiekamas zināšanas par dokumentācijas nozīmi; pacientu slodzi; tālākizglītības trūkumu un māsu vadības atbalsta trūkumu.[32]

2. UZ PERSONU/PACIENTU CENTRĒTA APRŪPE

Termins, uz pacientu vērsta veselības aprūpe, tiek bieži lietots, taču tā jēdziens ir neskaidrs. [31] Neskaidrību, iespējams, rada fakts, ka precīzi definēt, kas ir uz pacientu vērsta veselības aprūpe ir grūti, jo nav standartizēta un saskaņota definīcija visos veselības aprūpes līmeņos. [17] Kā arī, šis koncepts, uz pacientu vērsta veselības aprūpe, ir daudzšķautņains, sarežģīts un unikāls katram indivīdam.[33] Zinātniskajā literatūrā pieejamas dažādas definīcijas, kas raksturo uz pacientu vērstu veselības aprūpi. Pēc Pasaules Veselības Organizācijas (*WHO*) skaidrojuma uz pacientu vērsta veselības aprūpe tiek definēta kā rūpes, kas ir koncentrētas un organizētas, ņemot vērā cilvēka un viņa ģimenes locekļu, uz veselības vajadzībām un cerībām, nevis uz slimību.[32]

Personvērsta aprūpe (angliski – Person centered care) - aprūpe, kura balstās uz individuālu pieeju katrai personai, noskaidrojot, kas ir būtisks tieši šī indivīda aprūpē, un kuru pielāgo katra indivīda vajadzībām. [21]

Pacientvērsta aprūpe (angliski – Patient centered care) - aprūpe, kura balstās uz individuālu pieeju katram pacientam, noskaidrojot, kas ir būtisks tieši šī indivīda aprūpē un ārstēšanā, un kuru pielāgo katra indivīda .[21]

Vērtībās balstīta veselības aprūpe (value-based healthcare)- pacientu aprūpes modelis, kas balstās uz četrām vērtībām (personisko, tehnisko, taisnīguma un sociālo vērtību), un ir vērsts uz iespējami labākiem rezultātiem (nemonetārā formā) attiecībā pret ieguldītajiem resursiem (monetārā formā), taču, saglabājot kā prioritāti arī katru individuālu pacientu. [21] Arvien biežāk arī starptautiskajās publikācijās tiek uzsvērtas integrētas pieejas un uz personu centrētas aprūpes nozīme aprūpes pakalpojumu sniegšanā, jo īpaši ilgstoši slimojošiem pacientiem un personām, kurām nepieciešama kombinēta aprūpe, kas ietver gan ārstniecības pakalpojumus, gan sociālos pakalpojumus. Piemēram, saskaņā ar Eiropas Komisijas 2019. gada 30. janvāra pārdomu dokumentā “Ceļā uz ilgtspējīgu Eiropu līdz 2030.gadam” ietverta, lai Eiropas Savienībā arī turpmāk saglabātu vispārējo veselības apdrošināšanu, veselības sistēmām vajadzēs būt noturīgām pret nākotnē iespējamajām tendencēm, turklāt būs jānodrošina to pieejamība un efektivitāte. Būs jāpāriet uz modeli, kas lielāku uzmanību pievērstu slimību profilaksei un veselības veicināšanai, būtu individualizētāks un vairāk izmantotu digitālās tehnoloģijas, turklāt būs jānostiprina primārā aprūpe un jāattīsta uz pacientiem orientēta integrēta aprūpe.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) savā 2018.gada ziņojumā “Making health systems people-centred: developing the analytical framework” norāda uz nepieciešamību attīstīt uz cilvēku orientētus aprūpes pakalpojumus, kā arī vairāk orientēties uz integrētiem pakalpojumu organizēšanas modeļiem, tādējādi panākot finansiālu ilgtspēju.

Veselības aprūpes pakalpojumu tirgus strauji mainās, veselības aprūpes reformas paredz pacientiem vairāk izvēles iespēju un viņu lielāku iesaisti lēmumu pieņemšanā attiecībā uz viņu veselības problēmu risinājumiem. Veselības sektora globālie izaicinājumi saistīti ar pacientu mobilitāti, straujo medicīnisko tehnoloģiju attīstību, jaunu informācijas un komunikācijas kanālu veidošanos, pacientu izglītības un zināšanu apjoma palielināšanos gan savas veselības, gan pakalpojumu izvēles jomā.

Pacientiem atšķirībā no tradicionālajiem patērētājiem parasti ir jāpielāgojas veselības aprūpes organizācijai un iestāžu un profesionāļu izveidotajai praksei, nevis tie saņem aprūpi, kas primāri balstīta uz pacienta individuālo vajadzību, vēlmju un resursu ievērošanu. Pacientiem bieži ir jāpārvietojas sadrumstalotā veselības aprūpes sistēmā, kur trūkst pakalpojumu integrācijas un koordinācijas. Personvērsta aprūpes konceptuālā pieeja izvirza jaunu modeli attiecībā ar veselības aprūpes profesionāļiem [10].

Lai īstenotu pacientvērsta aprūpes pieeju, veselības aprūpes iestādēm noteikti jāņem vērā iespējamie riska faktori saistībā ar pacienta specifiku, aprūpes procesu, iespējamie aprūpes modeļi, kā arī pacienta vērtības un pieredze, kas tiek gūta aprūpes laikā. Pāreja uz pacientvērstu aprūpes pieeju medicīniskās aprūpes iestādēm saistīta ar šādiem aspektiem:

1. pacientvērsta pieeja bieži prasa attieksmes maiņu;
2. pacientvērsta aprūpē klients (pacients) ir aprūpes procesa centrā;
3. jānodrošina pacienta drošība un medicīniskās aprūpes uzraudzība (visaptveroša kvalitāte vadība);
4. pacientam jāizskaidro pieejamo metožu klāsts;
5. ar pacientu jāpārrunā ārstēšanas metožu efektivitāte un iespējamo sarežģījumu novēršanas iespējas.

2.1. Ciena pret pacientu vērtībām, vēlmēm un izteiktajām vajadzībām

Gēteborgas Universitātes profesore I. Ekmane un viņas kolēģi [11] ir definējuši trīs galvenās personvērsta aprūpes partnerības komponentes:

1. partnerības uzsākšana, izmantojot pacienta vēstījumu;
2. partnerības veidošana, izveidojot saskaņotu pacienta veselības plānu;
3. partnerības saglabāšana, dokumentējot pacienta veselības plāna realizāciju.

Komponents - cieņa pret pacientu vērtībām, vēlmēm un izteiktajām vajadzībām:

- Persona ir atzīta un saņem individuālu pieeju, lai justos droši un apmierināti, jo ir norūpējusies par savu veselības stāvokli;
- Pacienti vēlas būt informēti un iesaistīti lēmumu pieņemšanā
- Pacientu vajadzības var tikt atzītas veicinot atbilstošu atmosfēru pacientam individuāli, iesaistot pacientu aprūpes lēmumu pieņemšanā, nodrošinot pacientam cieņu, respektējot pacienta autonomiju;
- Pacientu vērtību, izvēles un izteikto vajadzību respektēšanas dimensijas īstenošanā, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam - cieņa, jutīgums;
- Cieņa ir saistīta ar privātumu, ar tiesībām netikt vērotam intīmās un delikātās situācijās bez apģērba, kārtojot tualetes un higiēnas vajadzības, slimības vai traumas izraisītās ķermeņa pozās vai kustībās (krampji, trīcēšana, katatonija);
- Īpaši aizsargājama situācijās, kad cilvēka paša uzvedība vai ārējais izskats, savas slimības vai stāvokļa dēļ, neatbilst sabiedrībā pieņemtām normām;
- Cilvēka cieņa ir jāievēro arī tad, kad pacientam ir smagi domāšanas traucējumi (demence, delīrijs, murgi);
- Postulāts - pacientam nav jācieš sāpes;
- Cieņas princips normatīvajā regulējumā ir nostiprināts **Pacientu tiesību likumā**.
- Cieņa pret miruša pacienta ķermeni. Likuma "Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā" mērķis ir pasargāt miruša cilvēka ķermeni no necienīgas un nelikumīgas rīcības ar to. Ievērojot tuvinieku zaudējumu un emocionālās ciešanas, ārstniecības iestādēm un to darbiniekiem ir jāizturas ar sevišķu pietāti

2.2. Aprūpes koordinācija un integrācija

Pētījumi pierāda, ka pacienti saskaroties ar slimību, kas ietekmē viņu ikdienu, viņi jūtas viegli ievainojami un nespēcīgi. Tāpēc, svarīgi, kā tiek organizēta aprūpes koordinācija, jo sniedzot koordinētu aprūpi, pacienta emocionālais vājums var mazināties. Pacienta sajūtas par ievainojamību var tikt mazinātas, pievēršot uzmanību aprūpes koordinācijai: klīniskajā

aprūpē; atbalstošiem pakalpojumiem; koordinējot un integrējot speciālistus un pacientus aprūpē, pakalpojumu sniegšanā. [2]

Aprūpes koordinācija un integrēšana nozīmē, ka ārstniecības personas un pacienti sadarbojas kā līdzvērtīgi, pacientiem ir iespēja izteikt viedokli, kā arī, šis viedoklis tiek respektēts.

2.3. Fiziskais komforts

Lai pacients justos patiešām labi, ne tikai emocionāli, bet arī fiziski, ir jāpievērš uzmanība tiem elementiem, kas var ietekmēt fizisko labsajūtu. Fiziskā aprūpe, kas sniedz komfortu pacientiem, īpaši tad, ja pacients ir smagi slims, ir viens no visbūtiskākajiem pakalpojuma elementiem, ko aprūpētāji var sniegt.[38] Fiziskās komforta/labsajūtas līmenim ir liela ietekme uz pacienta pieredzes vērtējumu, trīs jomas ir īpaši svarīgas:

1. sāpju menedžments – vai ārstniecības personas ir darījušas visu iespējamo, lai mazinātu esošās sāpes;
2. fiziskā komforta uzlabošana; palīdzības sniegšana ikdienas aktivitātēs – ja nepieciešama palīdzība ikdienas aktivitāšu veikšanā (tualetes apmeklējums, pārvietošanās u.c.), ārstniecības personas sniedz atbalstu jebkuram pacientam;
3. apkārtnē un vide – pacientiem pieejamās telpas ir tīras un atbilstošas pacienta vajadzībām (funkcionālā gulta, pārvietošanās palīglīdzekļi), pieejamais inventārs ir atbilstošs vajadzībām, pacientiem ir pieejams privātums.

2.4. Nepārtrauktība un pāreja

Daļai pacientu pēc izrakstīšanās no ārstniecības iestādes ir nepieciešams turpināt iesākto ārstēšanas procesu, kas atkarīga no diagnozes. Taču ne vienmēr pacienti zina, ko nepieciešams darīt, kā arī bieži pauž bažas par savu spēju parūpēties par sevi pēc izrakstīšanās. Tāpēc svarīgi, ka katras veselības aprūpes līmeņa speciālisti, kurā atradies pacients, sniedz rekomendācijas un ieteikumus turpmākās aprūpes īstenošanā. Šīs dimensijas īstenošanā nepieciešams: sniegt skaidru informāciju par medikamentiem, fiziskajiem ierobežojumiem, dietām u.c.; koordinēt un plānot turpmāko ārstēšanu un aprūpi pēc izrakstīšanās; mazināt bažas par personas spēju aprūpēt sevi pēc izrakstīšanās; sniegt informāciju par iespējamo klīnisko, sociālo, fizisko un finansiālo atbalstu. [38]

2.5. Uz personu centrēta aprūpe visu vecumu pacientu grupām

Visa vecuma pacientu grupām, būtiski ir saņemt sekojošo, jebkurā aprūpes posmā:

1. Emocionālais atbalsts un baiļu, trauksmes mazināšana;

2. Ģimenes un draugu iesaistīšana;
3. Nepārtrauktība un pāreja aprūpes procesā.

Emocionālais atbalsts un baiļu, trauksmes mazināšana:

Emocionālais atbalsts un baiļu trauksmes mazināšana sevī ietver darbības, kuras var uzlabot ikviena perspektīvu un vispārējo labsajūtu. [2] To realizē izmantojot jautāšanu un klausīšanos, apstiprināšanu, validēšanu, atzišanu. Svarīgi ir izvairīties no nosodīšanas vai tiesāšanas, no padomu došanas. Jācenšas būt dabiskam un autentiskam. Lai efektīvi sadarbotos, jācenšas atbalstīt viņu izvēlēto risinājumu. Jāizvairās no devalvēšanas vai minimizēšanas. Noslēgumā vienmēr ir jāpārbauda un jāpārprasa saprastā informācija.

Emocionālais atbalsts tiek realizēts runājot īsi, precīzi, lakoniski, vēršot uzmanību uz problēmu un jūtām, jācenšas pacientā radīt izpratne par notiekošo. Nebūtu vēlams teikt “neuztraucies, viss būs labi”, tāpat arī saktiet “es gribu saprast, kā tu jūties”, nevis “es saprotu, kā tu jūties”! Cilvēka stāstījumā jāklausa nopietni, atcerieties, ka slimnieks pārdzīvo veselu gūzmu emociju! [2]

Ģimenes un draugu iesaistīšana:

Cilvēka sociālās vajadzības ārkārtīgi svarīgi respektēt tieši slimības gadījumā. Ir svarīgi atzīt un respektēt personas ģimenes un draugu lomu viņu veselības aprūpes pieredzē. Tāpat būtiska ir to cilvēku izmitināšana, kuri personai sniedz atbalstu aprūpes laikā. [1]

Kompleksās pieejas sastāvdaļa ietver arī vajadzību respektēt personas aizstāvja lomu lēmumu pieņemšanā un atbalstīt ģimenes locekļus un draugus kā aprūpētājus un apzināties viņu vajadzības. [41]

Nepārtrauktība un pāreja aprūpes procesā:

Nepārtrauktība un pāreja tiek realizēta atvieglojot trauksmi par personas spēju pārvaldīt un vadīt savu veselību pēc izrakstīšanās. Svarīga ir informācijas sniegšana par medikamentiem, fiziskiem ierobežojumiem, uzturu, pastāvīgas aprūpes un pakalpojumu koordinēšana un šīs informācijas apmaiņa ar personu un viņa ģimeni, pastāvīga informācijas sniegšana par piekļuvi atbalstiem.

Tāpat nozīmīga ir dokumentācijas standartizēšana un vienošanās par to, kādai informācijai jābūt iekļautai nosūtīšanas un izpildes apstiprināšanas dokumentos, plānošana ar saskaņotiem kritērijiem un protokoliem, izrakstu dokumentācijas kvalitātes un savlaicīguma uzlabošana, efektīvas medikamentu saskaņošanas prakses ieviešana.

Sistēmas līmenī svarīga ir savlaicīga un atbilstoša pacientu novērošana, ieskaitot tālruņa zvanus un mājās vizītes, uzlabot klīnisko nodošanas efektivitāti un savlaicīgumu starp

klīnicistiem, izveidot primārās aprūpes tālrūni slimnīcu neatliekamās palīdzības nodaļām, norīkot aprūpes koordinatorus vai lietu vadītājus cilvēkiem ar sarežģītām vajadzībām, palielināt primārās aprūpes iesaisti, pacientu, ģimeņu un aprūpētāju izglītošana un atbalstīšana. [42]

Pacienti jutīsies ērtāk un pārliecinātāk aprūpes procesā, jo viņu cieņas un neatkarības saglabāšana vairo savstarpēju cieņu. Jūs apmierināsiet viņu emocionālās, sociālās un praktiskās vajadzības, kas nodrošina, ka viņi var uzturēt adekvātu dzīves kvalitāti.

Šī pieeja uzlabo pacientu neatkarību. Tas pacientam ir ne tikai personīgi noderīgi, bet arī mudina viņus piedalīties lēmumu pieņemšanā. Tas paaugstina viņu iesaistīšanos, kas palīdz jums pieņemt labākus, piemērotākus lēmumus saistībā ar viņu aprūpi. Turklāt tas dod viņiem pārliecību un spēju rūpēties par sevi ar mazāku jūsu ieguldījumu.[42]

3. VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMA UN ORGANIZĀCIJA

Latvijas Republikas Satversmē noteikts, ka valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Veselības aprūpes finansēšanas likums (2017), kas nosaka veselības aprūpes finansēšanas avotus, valsts finansējuma izlietojumu, pacientu līdzmaksājumu kārtību, kā arī definē valsts obligāto veselības apdrošināšanu un valsts apmaksāto medicīniskās palīdzības minimumu.

Ārstniecības un ārstniecības iestāžu saimnieciskās darbības noteikumus regulē Ārstniecības likums, kurā noteikts, ka grūtnieces, bērna un personas ar prognozējamu invaliditāti veselības aprūpe ir prioritāra un ka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindu veidošanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomu, kuri tiek apmaksāti no valsts pamatbudžeta un pakalpojumu saņēmēju līdzekļiem, kā arī šīs samaksas kārtību nosaka Ministru kabinets. Līgumos starp valsti, kuru pārstāv Veselības ministrijas pakļautībā esošais Nacionālais veselības dienests, un pakalpojumu sniedzējiem tiek ietverti pakalpojumu apjoma, kvalitātes un norēķinu jautājumi. Nacionālais veselības dienests līgumus slēdz atbilstoši Ministru kabineta noteiktajai veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtībai un pieejamajiem līdzekļiem valsts budžetā. Šie noteikumi definē arī iedzīvotāju aprūpes līmeņus un pacientu plūsmu līmeņus, ietverot primāro, sekundāro un terciāro aprūpi, rehabilitāciju, neatliekamo palīdzību.

Mūsdienu veselības aprūpes politika balstīta Pasaules Veselības organizācijas (World Health Organization) Eiropas reģiona stratēģijā “Veselība 2021 - 2027”. Veselības aprūpes politikas mērķis ir palielināt iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūžu un novērst priekšlaicīgu nāvi. Lai to sasniegtu, iedzīvotāju veselības aprūpes jautājumi iekļauti ikvienas nozares politikā, veicinot vienlīdzīgas veselības iespējas visiem iedzīvotājiem, kā arī kvalitatīvas, drošas un ilgtspējīgas veselības aprūpes sistēmas veidošanu, t. sk. pacienta iemaksu samazināšanu, rindu saīsināšanu plānveida pakalpojumiem, zāļu pieejamību, darba samaksas paaugstināšanu. [26]

3.1. Veselības aprūpes sistēmas struktūra un līmeņi

Veselības aprūpes prakses centrā ir cilvēks. Vairāki ārzemju autori skaidri raksturo cilvēku kā aprūpes saņēmēju. Pitsburgas Universitātes profesors R. Barrijs (*R. Barry*) raksturo **pacientu** kā veselības aprūpes pakalpojumu lietotāju profilaktiskos, ārstnieciskos un informatīvos nolūkos. [3] Profesore Z.Priede- Kalniņš, jēdzienu „pacients” liek pretstatā jēdzienam „klients”.

Pacients ir cilvēks, kurš saņem aprūpi un ir dažādu medicīnisko pakalpojumu saņēmējs (*Z.Priede-Kalniņš, 1998*).

Klients ir cilvēks, kurš saņem speciālista konsultācijas vai tiek nodrošināts ar veselības aprūpi un izmanto kādas iestādes pakalpojumus (*Z.Priede-Kalniņš, 1998*).

Klients var būt konkrēts cilvēks, viņa ģimene, kā arī sabiedrība kopumā. ASV literatūrā par veselības aprūpes vadību vairāk tiek lietots vārds klients (*customer*), īpaši runājot par uz pacientu vērstu veselības aprūpes pakalpojuma nodrošināšanu. Savukārt „Ārstniecības likums” (1997) definēts pacients kā persona, kas tiek ārstēta vai, kas ir reģistrēta pie kādas no ārstniecības personām un, ja nepieciešams, tiek ārstēta.

Jēdziens veselība tiek skaidrots ļoti atšķirīgi un katram cilvēkam tās nozīme būs savādāka. Ievērojamākā oficiālā veselības definīcija ir minēta Pasaules Veselības organizācijas konstitūcijā. [42]

Veselība ir pilnīgas fiziskas, garīgas un sociālas labklājības stāvoklis. [42]

Vienā no veselības aprūpes plānošanas dokumentiem „Rīgas pilsētas pašvaldības sabiedrības veselības stratēģija” veselība skaidrota kā dzīves kvalitātes, cilvēka personīgās un ģimenes labklājības pamats. [26]

Makmāsteras Universitātes (McMaster University), Veselības zinātņu fakultātes profesore J.A.Roila (J.A.Royle) [43] veselību ir raksturojusi šādi:

Veselība ir pozitīvs ikdienas resurss, kas sevī ietver sociālās, personīgās un fiziskās spējas (Royle, 1992).

Veselības definējumus vieno cilvēka fizisko, garīgo un sociālo vajadzību nodrošinājums, kas ir cilvēka labklājības pamatā. Tikai vesels cilvēks var būt aktīvs sabiedrībā un līdzdarboties sabiedrības dzīvē, kā arī spējīgs pielāgoties un uzveikt dažādus apstākļus.

Vesels cilvēks bieži vien neaizdomājas par aprūpes nepieciešamību, kamēr viņam pašam vai viņa ģimenes locekļiem nav bijis nepieciešams veikt pasākumus veselības atgūšanai.

Aprūpei ir vairāki līmeņi, kuri nodrošina pakalpojuma saņemšanu dažādos profilos: primārā, stacionārā, sekundārā, terciārā un sociālā aprūpe, tādēļ tiks sniegts minētos jēdzienu skaidrojumu. **Primārā veselības aprūpe** ir svarīgākais sākuma līmenis, kura ietvaros klients nonāk sākotnējā saskarē ar veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēju. Primāro veselības aprūpi nodrošina ģimenes ārsts kopā ar citiem speciālistiem, darbojoties vienotā komandā.

Atbilstoši „Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programmai” pakalpojumi tiek sniegti kā ambulatori, tā stacionāri, nodrošinot aprūpi nākamajā līmenī.

Sekundārās veselības aprūpes ietvaros pakalpojumi orientēti uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi, veicot diagnostiku, ārstēšanu un rehabilitāciju, vērstu uz klienta izveseļošanas vai slimības izpausmju samazināšanos.

Sekundārā veselības aprūpe iedalās divos apakšlīmeņos: ambulatorā veselības aprūpē un stacionārā aprūpē. Sekundārā ambulatorā veselības aprūpē tiek sniegts pakalpojums, kuru nodrošina attiecīgā slimību profila veselības aprūpes speciālists ambulatorā ārstniecības iestādē vai nodaļā. Stacionārās aprūpes ietvaros pakalpojums tiek sniegts, pacientam atrodoties pastāvīgā veselības aprūpes speciālistu uzraudzībā visu diennakti. Stacionārās aprūpes līmenī ietilpst tiek izmantotas tehniski daudzveidīgas un sarežģītas medicīniskās tehnoloģijas un šāds aprūpes līmenis ir noteikts kā terciāra aprūpe.

Terciārā veselības aprūpe, kuras ietvaros personai tiek sniegti īpaši sarežģīti un augsti specializēti pakalpojumi specializētās ārstniecības iestādēs, kurus nodrošina dažādu nozaru veselības aprūpes speciālisti ar papildus kvalifikāciju.

Neatliekamā medicīniskā palīdzība, pēkšņa saslimšana vai trauma, kuras rezultātā ir apdraudēta cietušā dzīvība.

Uz klientu vērsta pakalpojuma efektivitāte var tikt nodrošināta visiem veselības aprūpes līmeņiem savstarpēji sadarbojoties un veidojot vienotu sistēmu. Jēdziena „sistēma” skaidrojums sistēmu teorijās sniegts kā institūciju savstarpēja sadarbība un saistība.

3.2. Veselības aprūpes sistēmas organizatoriskie principi Latvijā

Divdesmit gadus pēc neatkarības atgūšanas Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir notikušas ievērojamas pārmaiņas. Pēc eksperimentiem ar dažādām pieejām organizācijai un finansēšanai laikposmā no 2007. līdz 2020. gadam tika īstenotas vairākas iespaidīgas reformas. Reformu rezultātā:

1. centralizētākas sistēmas izveides, kurā valsts funkcijas bija apvienotas mazākā skaitā iestāžu;
2. vienas centrālās iestādes izveides veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanai (NVD);
3. veselības aprūpes sniegšanas sistēmas, kas īpaši pievēršas primārai veselības aprūpei (un ievērojami mazākam slimnīcu skaitam).

Latvija ir parlamentāra republika, tādēļ galvenos veselības nozares likumus pieņem Saeima, bet noteikumus – Ministru kabinets. Veselības ministrija izstrādā veselības politiku.

Latvijas valsts garantētā veselības aprūpes sistēma balstās uz vispārējās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ko finansē no iekasētajiem nodokļiem. Pakalpojumu pircējs un sniedzējs ir savstarpēji nodalīti, turklāt pakalpojumus var sniegt gan valsts, gan pašvaldību, gan privātās ārstniecības iestādes. Finanšu resursus iegūst galvenokārt no valdības vispārējiem nodokļu ieņēmumiem, lai gan pacientu tiešie maksājumi nezaudē savu nozīmību. Nauda plūst no Finanšu ministrijas uz Valsts kasi un tālāk uz NVD, kas ir Veselības ministrijas padotības iestāde, kura darbojas kā centrālā veselības aprūpei paredzēto līdzekļu administrēšanas organizācija.

Divdesmit gadus pēc neatkarības atgūšanas Latvija eksperimentēja ar dažādām pieejām organizācijas un finansējuma jomās. 1990-to gadu sākumā veselības aprūpes sistēmā īstenoto reformu gaitā tika atcelta pārmantotā centralizētā Semaško sistēma. Īpaša uzmanība tika veltīta decentralizētu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, administrēšanai un finansēšanai. Svarīgi bija izveidot sociālu veselības apdrošināšanas modeli. Šīs sistēmas pakalpojumu sniedzēji bija pilnībā vai daļēji privatizēti. Tomēr problēmas, ko radīja decentralizēta plānošana un finansēšana, noveda pie šī procesa atcelšanas. Centralizācija balstījās uz divpakāpju procesu. Vispirms tika samazināts jaunizveidoto slimokašu skaits un vēlāk tās visas tika likvidētas. 2002. gadā visas finansēšanas, koordinācijas un norēķinu funkcijas tika centralizētas vienā iestādē – VOAVA, tagad NVD.

Veselības aprūpes pakalpojumus Latvijā nodrošina dažāda veida īpašnieku pārziņā esošas struktūras. Mazās un lielākas reģionālās slimnīcas parasti pieder pašvaldībām, bet lielākas terciārās slimnīcas (universitātes slimnīcas) un specializētās vienprofila slimnīcas (piem., psihiatriskās slimnīcas) pieder valstij. Vairumam primārās veselības aprūpes ārstu ir neatkarīga profesionāļa juridiskais statuss. Tas ir īpašs uzņēmējdarbības veids, kas attiecas tikai uz primārās veselības aprūpes ārstiem. Daži sekundārās veselības aprūpes sniedzēji (t.i., tie, kuri nav pieņemti darbā slimnīcās vai veselības centros) ir pašnodarbinātie vai strādā privātajā sektorā. Saskaņā ar Latvijas likumdošanu šīm divām kategorijām ir atšķirīgs

juridiskais un nodokļa maksātāja statuss. Gandrīz visas zobārstniecības prakses un aptiekas ir privātas.

3.3. Veselības aprūpes finansēšanas sistēmu salīdzināšanas iespējas, to priekšrocības un trūkumi

Kopš 2011. gada novembra NVD ir vissvarīgākais veselības aprūpes pakalpojumu pircējs Latvijā. Šīs iestādes aptver visus iedzīvotājus un veic norēķinus par garantēto veselības pakalpojumu apjomu. Pacienti, savukārt, jāveic pacienta iemaksas un tiešmaksājumi.

Pacientu tiešmaksājumus veido:

1. pacienta iemaksas par valsts apmaksātiem pakalpojumiem (lai gan pastāv arī izņēmuma mehānismi);
2. pakalpojumi, ko nefinansē valsts (zobārstniecība pieaugušajiem un kosmētiskā ķirurģija);
3. pakalpojumi ārpus ierastās ārstniecības prakses (piem., lai nebūtu jāgaida rindā);
4. neformālie maksājumi.

Lielāko daļu Saeimas apstiprinātā veselības jomas budžeta saņem NVD veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanai, atlikušo daļu (apmēram 22%) izmanto Veselības ministrija veselības nozares pārvaldībai, specializētai veselības aprūpei (piem., Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam), sabiedrības veselībai, medicīnas izglītībai un kultūras vajadzībām (bibliotēkas, muzeji, utt.).

Latvijā veselības aprūpes apmaksai pamatā izšķirami trīs veselības aprūpes finansēšanas avoti:

1. Valsts budžeta dotācija no vispārējiem ieņēmumiem (līdzekļi izdevumu segšanai par valsts apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem);
2. pacientu maksājumi (*līdzekļi izdevumu segšanai, kas netiek iekļauti veselības aprūpes budžetā*):
 - 2.1. pacientu līdzmaksājumi un pacientu iemaksas par visiem normatīvajos aktos paredzētajiem pakalpojumiem (atsevišķas pacientu grupas no pacientu līdzmaksājumiem un pacientu iemaksām ir atbrīvotas un tām šie izdevumi tiek kompensēti no valsts budžeta);
 - 2.2. pacientu tiešie maksājumi par pakalpojumiem, kurus nefinansē no valsts budžeta līdzekļiem, kā arī, ja pacients nevēlas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus atbilstoši valsts noteiktajai veselības aprūpes pakalpojumu

saņemšanas un finansēšanas kārtībai, pacients var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, sedzot to izmaksas no saviem finanšu līdzekļiem. Šajā gadījumā pacients saņem veselības aprūpes pakalpojumus, sedzot to izmaksas pilnā apjomā.

3. privātā jeb brīvprātīgā apdrošināšana, kura tiek piedāvāta darba devējiem vai indivīdiem lietotāja maksas segšanai par valsts nefinansētiem pakalpojumiem (papildu apdrošināšana) vai par papildu labumiem, piemēram, ātrāku piekļuvi pakalpojumiem. [25]

Maksājumu mehānismi Latvijā ir attīstījušies laika gaitā un ir diezgan sarežģīti. Primārās veselības aprūpes sniedzēju (ģimenes ārstu) ieņēmumus veido kapitācijas nauda, fiksētie prakses pabalsti, prēmijas un kvalitātes novērtējuma maksājums par iegūtajiem punktiem piedaloties ģimenes ārstu darbības kvalitātes brīvprātīgā novērtējuma programmā. Sekundārās veselības aprūpes sniedzējiem maksā vienotas likmes honorārus par slimības definētām epizodēm un vēl papildus maksājumus par profilaktiskām, diagnostiskām un terapeitiskām intervencēm. Stacionāru apmaksā ir ieviesti norēķinu sistēma, kuras pamatā ir diagnozēm saistīto grupu uzskaitē - starptautiski atzīts instruments veselības aprūpes sistēmas sakārtošanā, kas nodrošina vienotu izpratni par veselības aprūpes pakalpojumu gan veselības aprūpes speciālistiem, gan finanšu speciālistiem.

Neatkarīgi no tā, kā tiek veikts veselības aprūpes finansējuma salīdzinājums ar citām Eiropas Savienības valstīm – izsakot absolūtā naudas summā, kas tiek tērēta veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju, vai salīdzinot to procentuāli pret iekšzemes kopproduktu vai kopējiem valsts izdevumiem, tiek iegūts vienāds rezultāts – Latvijā veselības aprūpei novirzītais finansējums ir ievērojami mazāks nekā citās valstīs un – atbilstoši veselības aprūpes rādītājiem – ir apgrūtināta pakalpojumu pieejamība.

3.4. Cilvēkresursu nozīme veselības aprūpes sistēmas plānošanā, administrēšanā

Lai sasniegtu labus sabiedrības veselības rādītājus, svarīgas ir modernas tehnoloģijas, jauni, efektīvi medikamenti un progresīvas diagnostikas un ārstniecības metodes. Tomēr neskatoties uz straujo medicīnas tehnoloģiju un veselības aprūpes pakalpojumu attīstību, veselības aprūpes darbinieki ir veselības aprūpes sistēmas stūrakmens, kam ir būtiska nozīme veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā iedzīvotājiem un veselības rezultātu uzlabošanā. Analizējot situāciju veselības aprūpē, ir identificējamas četras galvenās problēmas –

cilvēkresursu trūkums, ārstniecības personu izvietojuma nevienmērība un novecošana, kā arī medicīnas personāla nepietiekamais atalgojums.

Ņemot vērā ārstniecības personu būtisko un izšķirošo lomu cilvēka veselības un dzīvības saglabāšanā un lai aizsargātu veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju intereses, ārstniecības personām ir jāievēro tām noteiktās prasības – gan izglītības ieguvē, gan sertifikācijā, gan kvalifikācijas uzturēšanā, lai tās varētu īstenot profesionālo darbību izvēlētajā jomā.

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un rastu risinājumu ilgtermiņa problēmām, kas ir saistītas ar ārstniecības personu trūkumu reģionos, nepietiekamo māsu un vecmāšu skaitu, kā arī paaudžu nomaiņu, īstenojot cilvēkresursu attīstības plānošanas politiku, Veselības ministrijai sadarbībā ar profesionālām organizācijām būtu veicami pasākumi, lai veicinātu: veselības aprūpes pakalpojumu pieprasījumam atbilstošu ārstniecības personu skaitu, tai skaitā Latvijas reģionos, tā rodot risinājumu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai; optimālo medicīnas māsu skaitu attiecībā pret ārstu-speciālistu skaitu, tā uzlabojot veselības aprūpes sistēmas efektivitāti un pacientu aprūpes kvalitāti; nepieciešamo vecmāšu skaitu attiecībā uz dzemdību skaitu valstī kopumā un reģionālajā izvietojumā, tā nodrošinot grūtnieču drošību un nepārtrauktu aprūpi; nepieciešamo sagatavojamo ārstniecības personu skaitu, tā veicinot efektīvu paaudžu nomaiņu visās ārstniecības personu grupās.

Lai medicīnas māsu kvalifikācijas iegūšana būtu vienlīdzīga un vērsta uz māsu profesijas attīstību, ņemot vērā kritisko situāciju ar māsu nodrošinājumu Latvijas veselības aprūpes sistēmā, līdz 2021.gada beigām tiks ieviests Veselības ministrijas un Latvijas Māsu asociācijas ierosinātais māsu profesionālās attīstības konceptuālais risinājums. [28] Tas paredz vispārējās aprūpes māsas minimālo studiju ilgumu četri gadi un 160 kredītpunkti. [24]

4. SADARBĪBAS UN TERAPEITISKĀS KOMUNKĀCIJAS PRINCIPU LIETOŠANA MĀSU PRAKSĒ

Sīkāk apskatītas četras sekojošas tēmas:

1. Terapeitiskas komunikācijas būtība un saturs;
2. Terapeitiskas komunikācijas tehnikas pacientu aprūpē;
3. Biežākās kļūdas komunikācijā pacientu aprūpē;
4. Sadarbība un komunikācija veselības aprūpē.

Terapeitiska saskarsme ir īpaši svarīga māsām un citiem palīdzošo profesiju pārstāvjiem. Palīdzošā profesija (helping profession) ir jebkura profesija, kur darbs ir saistīts ar palīdzības / atbalsta sniegšanu cilvēkiem, intensīvu komunikācijas procesu. [4]

Visas veselības aprūpes profesijas ir palīdzošās profesijas. Viena no palīdzošo profesiju funkcijām ir nodrošināt efektīvu un terapeitisku komunikāciju ar pacientiem vai klientiem.

Efektīvs “palīdzošās profesijas” profesionālis [9]:

- ir atvērts savu jūtu un pārdzīvojumu pieņemšanai,
- apzinās savas stiprās un vājās puses,
- apzinās savas vērtības un pārlicības,
- neuzspiež citiem savu vērtību sistēmu,
- gatavs starppersonu attiecību riskam,
- ir spējīgs uz siltām un ilgstošām attiecībām ar cilvēkiem,
- ir saskaņā ar sevi,
- uzņemas atbildību par savu uzvedību, rīcību,
- ir reālistiski domājošs,
- viņu interesē cilvēki,
- viņam ir humora izjūta,
- ir apveltīts ar intuīciju,
- ir kongruents, patiess, saskaņots,
- empātisks,
- pozitīvi noskaņots un ar cieņas pilnu attieksmi,
- izsakās nepārprotami.

Komunikācijas process tiek nosacīti iedalīts apzinātajā komunikācijā un neapzinātajā komunikācijā, savukārt biežākais informācijas nodošanas veids - verbālā informācija, arī tiek iedalīts apzinātajā informācijas apmaiņā un daļēji apzinātajā jeb paraverbālajā informācijas apmaiņā.

R. Jakobsona komunikācijas shēmu veido 6 elementi:

1. sūtītājs — cilvēks, kas nodod informāciju,
2. saņēmējs — cilvēks, kas saņem informāciju,
3. kontakts — informācijas nodošanas veids,
4. paziņojums — informācijas saturs,
5. kods — valoda, tās likumi,
6. konteksts — reālā saskarsmes situācija, kurā atklājas informācijas saturs.

Jāņem vērā, ka cilvēki lieto četrus **neverbālās komunikācijas kanālus**:

1. Akustiskais;
2. Optiskais;
3. Taktīli-kinestētiskais;
4. Olfaktorais.

Terapeitiska komunikācija paredz efektīvas komunikācijas stratēģijas un starppersonu attiecību prasmes/iemaņas lai pareizi dibinātu, uzturētu, vadītu un nobeigtu profesionāla – pacienta / klienta attiecības aprūpes vai konsultēšanas situācijā. [43]

Terapeitiskā komunikācija ir process, kurā māsa apzināti ietekmē pacientu/klientu vai palīdz klientam labāk izprast sevi un situāciju ar vārdisku vai neverbālu komunikāciju. Terapeitiskā komunikācija ietver īpašas stratēģijas, kas veicina pacienta jūtu un ideju izteikšanu, un kas nodrošina pieņemšanu un cieņu. [18]

Terapeitiska komunikācija ietver refleksīvu un nerefleksīvu klausīšanos, pacienta, klienta jūtu atzīšanu. Šīs tehnikas palīdz profesionālim un pacientam attiecībās attīstīt raportu (raports ir stāvoklis, kurā cilvēks ir visatklātākais un ir gatavs komunikācijai) un uzticēšanos. [6]

Terapeitiskas komunikācijas stratēģijas ir pieņemšana, atbilstoša klusēšana, jūtu atzīšana, palīdzības piedāvāšana, iedrošināšana, dalīšanās ar novērojumiem – atspoguļošana, noskaidrošana – klasificēšana, fokusēšana, informācijas sniegšana, kopsavilkumu izdarīšana. Lai nodrošinātu terapeitisku komunikāciju mātai jāprot pielietot konsultēšanas tehnikas. [39], [17]

Parasti **konsultēšanas tehnikas** iedala divās lielās grupās:

1. nerefleksīvā klausīšanās ;
2. refleksīvā klausīšanās. [7]

Nerefleksīvā klausīšanās - verbāla un neverbāla iedrošināšana, kas palīdz klientam sajūst, ka viņš tiek uzklausīts. Prasa no konsultanta uzmanības koncentrēšanu. Šī metode ir piemērota saspringtām situācijām – emocionālām krīzēm, kad cilvēkam nepieciešams izrunāties. Bieži lietotas tehnikas māsu praksē ir – iedrošināšana (verbāli un neverbāli žesti, kas klientam palīdz runāt, galvas mājieni, atvērtas, pieņemošas ķermeņa pozas, īsas, atbalstošas frāzes). [7]

Refleksīvās klausīšanās paņēmieni[13]:

- noskaidrošana,
- pārfrāzēšana,
- jūtu atspoguļošana,
- atkārtošana,
- rezumēšana,
- kopsavilkums.

Konsultēšanas mērķi[9]:

1. veicināt iemaņas, kas nepieciešamas grūtību pārvarēšanai, sastopoties ar jauniem apstākļiem, prasībām;
2. nodrošināt dzīvei nozīmīgu lēmumu pieņemšanu;
3. veicināt uzvedības iemaņas, lai klients produktīvāk dzīvo un izjūt gandarījumu;
4. attīstīt starppersonu attiecību prasmes;
5. atvieglot personības potenciālu izpausmes.

Konsultēšanas procesa stadijas:

- Attiecību dibināšana, nostiprināšana;
- Novērtēšana un diagnostika;
- Mērķu formulēšana;
- Intervence un problēmu risināšana;
- Noslēgums (un follow-up).

K. Rodžersa (Rogers) piedāvātie principi konsultēšanas procesa optimālai norisei ir kongruence, pozitīva attieksme un empātija. [13]

Empātija ir cilvēka spēja izjust cita cilvēka emocionālo pārdzīvojumu. Empātijas līmeņi:

- kognitīvā — es saprotu kā viņš jūtas, bet tas manī neko nemaina,
- emocionālā — saprotu un tas manī izsauc emocijas (egoistiskā, altruistiskā),
- darbīgā — saprotu, jūtu, daru (egoistiskā, altruistiskā).

Pacienta vai klienta **empātiska uzklauššana** tiek realizēta:

- klausoties;
- nenosodot;
- nenovēršot uzmanību;
- neatbildot uzreiz;
- atspoguļojot saturu;
- izvēloties galveno tēmu (reaģējot uz aktuālāko. [13])

Neterapeitiska komunikācija un kļūdas [9]:

1. “Nomierinošas klišejas”;
2. Noliegšana, ignorēšana;
3. Tieša padomu došana;
4. Klienta jūtu devalvēšana;
5. Aizsardzības pozīcija;
6. Tēmas maiņa (nepamatoti);
7. Personiski jautājumi (neattiecināmi);
8. Personiskās pieredzes un viedokļa paušana;
9. Agresīvas vai pasīvi agresīvas atbildes reakcijas;
10. Strīdēšanās;
11. Interpretēšana (nevietā);
12. gatavu risinājumu piedāvāšana;
13. moralizēšana un sprediķis;
14. novērtēšana un Kritika;
15. pārlietu lielas uzslavas;
16. mierināšana.

Pacientu drošība un komunikācija - 10 gadu pētījums (1995-2005) parādīja, ka 66% no pieļautajām kļūdām bija saistītas ar neefektīvu komunikāciju veselības aprūpes profesionāļu komandā [44]. Pētījumi pierāda ciešu pozitīvu sakarību starp profesionāļu

komunikācijas iemaņām un pacientu vēlmi un spēju iesaistīties savas veselības uzlabošanā vai vadīšanā. [47]

Komunikācijas barjeras komandā: [5]

- Personiskās vērtības un gaidas;
- Personības īpatnības;
- Hierarhija;
- «Šķeļoša uzvedība»;
- Paaudžu, kultūras, etniskās atšķirības;
- Attiecību vēsture;
- Žargons, paradumi, stereotipi;
- Atšķirīga izglītība un kvalifikācija;
- Bailes zaudēt profesionālo identitāti;

Sarežģīti gadījumi;

Ātra lēmumu pieņemšanas nepieciešamība. [2]

5. UZ PIERĀDĪJUMIEM BALSTĪTA APRŪPE

Uz pierādījumiem balstīta prakse ir balstīta uz pētījumiem, nevis tradīcijām. Tas šķiet acīmredzams savienojums - izmantojot pētījumu, lai apstiprinātu un vadītu aprūpes procesu, atkarībā no zinātnes un prakses izdarītajiem secinājumiem, lai izvēlētos labāko pacientu aprūpes plānu. Tomēr uz pierādījumiem balstīta prakse gan māsu, gan citās saistītās veselības disciplīnās prasa desmitiem gadu, lai gan ir acīmredzami ieguvumi gan pacientiem, gan sniedzējiem.

1. Kas ir uz pierādījumiem balstīta prakse?
2. Kāpēc ir svarīgi praksē balstīties uz pierādījumiem?
3. Pierādījumu kvalitātes hierarhija.
4. Uz pierādījumiem balstītas māsziņības / aprūpe.

Uz pierādījumiem balstīta medicīna/prakse ir apzinīga, precīzi formulēta un saprātīga labāko pašlaik pieejamo pierādījumu pielietošana, pieņemot lēmumus par individuālu pacientu aprūpi.[36]

Veselības aprūpes speciālista individuālā klīniskā kompetence tiek apvienota jeb integrēta ar labākajiem pieejamiem sistemātiskā pētniecībā iegūtiem klīniskiem pierādījumiem.

Galvenie pamatprincipi pacientu aprūpē:

- jāakcentē pierādījumu hierarhija kā ceļvedis klīnisko lēmumu pieņemšanā;
- pierādījums viens pats nevar tikt izmantots klīnisko lēmumu pieņemšanā.

Uz pierādījumiem balstīta prakse attiecas uz pētījumu, klīnisko zināšanu un pacientu vēlmju apvienošanu, lai pieņemtu lēmumu par indivīda veselības aprūpi. Tiek uzsvērta visaugstākās kvalitātes informācijas izmantošana un noliegta paražu, viedokļu vai rituālu izmantošana klīniskā sprieduma pieņemšanai. Uz pierādījumiem balstītas prakses mērķis ir vienkāršs: nodrošināt drošu, efektīvu un līdzjūtīgu aprūpi. [38]

Termins uz pierādījumiem balstīta medicīna radās pagājušā gadsimta septiņdesmitajos gados, kad ārstu grupa no Makmastera medicīnas skolas (McMaster Medical School) Kanādā piedāvāja jaunu mācīšanās teoriju. Viņi uzskatīja, ka veselības aprūpes lēmumu pamatā jābūt ārējiem pierādījumiem. [8]

Šī ideja tajā laikā bija diezgan novatoriska un aizsāka uz pierādījumiem balstītu prakses kustību. Lielbritānijā epidemioloģijas profesors Arčijs Kokreins (Archie Cochrane) savā grāmatā Effectiveness and Efficiency uzsvēra faktu, ka vairums ar ārstēšanu saistīto lēmumu

nav balstīti uz sistemātisku klīniskā zinātnē iegūtu faktu kopu, bet gan uz patvaļīgi atlasītu informāciju no plašas un dažādas kvalitātes zinātniskās literatūras, ekspertu viedokli vai “mēģinājumu un kļūdu metodi”. Viņš izvirzīja ideju, ka zinātniekiem un praktiskiem speciālistiem no visas pasaules būtu jāsadarbojas, sistemātiski pārskatot un novērtējot visus līdz šim labākos veiktos klīniskos pētījumus. [8].

2001. gadā kad Medicīnas institūts (IOM) publicēja Crossing the Quality Chasm, kas atklāja nepieņemamo plaisu starp zinātniskajām zināšanām un klīnisko praksi: “Starp mūsu rīcībā esošo veselības aprūpi un aprūpi, kas mums varētu būt, slēpjas ne tikai plaša, bet arī bezdibenis”. [30]

Viņi lēsa, ka gandrīz 200 000 pacientu katru gadu mirst no medicīniskām kļūdām, no kurām var izvairīties, jo 40% pacientu nesaņem zinātniski pierādītu ārstēšanu.

Problēmas, kas izraisa šo plaisu:

1. zinātniskās zināšanas strauji paplašinās;
2. zināšanas kļūst arvien sarežģītākas.

Uz pierādījumiem balstītas prakses metodes pieci soļi:

1. Balstoties uz informāciju par pacientu un viņa saslimšanu, formulēt skaidru klīnisko jautājumu.
2. Atbilstošos literatūras avotos un datu bāzēs sameklēt atbilstošas klīniskās publikācijas.
3. Kritiski novērtēt atrasto pierādījumu patiesīgumu (validitāti) un noderību.
4. Ar šīs norises rezultātā iegūto informāciju viņam saprotami un uztverami iepazīstināt pacientu.
5. Balstoties uz šiem pierādījumiem un pacienta vēlmēm, pieņemt lēmumu par pacienta aprūpi.

Primārie pierādījuma avoti – visi oriģinālie pētījumi, kas ir gan publicēti, gan arī nepublicēti (doktora disertācijas, konferenču tēzes).

Sekundārie pierādījumu avoti – interpretē, analizē, apkopo primāros avotus (sistemātiskie apskati, metaanalīzes, tematiskie apskati, vadlīnijas, komentāri, grāmatas).

Terciārie pierādījumu avoti – sistematizē sekundāros avotus loģiskā kārtībā, kā arī adaptē ērtāk lietojamā veidā (rokasgrāmatas, enciklopēdijas, datubāzes. [45]

5.2. tabula. Pierādījumu kvalitātes hierarhija.[32]

Pierādījumu līmenis	Pētījumu veidi
1. līmenis (stiprākais)	Sistemātisks randomizētu kontrolētu pētījumu pārskats vai sistemātisks nejaušinātu pētījumu pārskats
2. līmenis	Viens randomizēts kontrolēts pētījums vai viens nerandomizēts pētījums
3. līmenis	Korelācijas vai novērojumu pētījumu sistemātisks pārskats
4. līmenis	Atsevišķs korelācijas vai novērojuma pētījums
5. līmenis	Sistemātisks aprakstošo, kvalitatīvo vai fizioloģisko pētījumu pārskats
6. līmenis	Atsevišķs aprakstošs, kvalitatīvs vai fizioloģisks pētījums
7. līmenis (vājākais)	Iestāžu un ekspertu komiteju atzinumi

Šķēršļi, kas ierobežo pierādījumu lietošanu ikdienas māsu praksē:

- Pierādījumu prezentācija – žurnāli, svešvaloda, zinātniskā valoda, statistika;
- Piekļuve informācijai – dārgi, pārbagātība, nav motivēti lasīt, laika ierobežojumi, noslogotība;
- Vāja izpētes rezultātu piemērotība. [10]

Kritiskās domāšanas pieeja pacientu aprūpē

Domāšana ir izziņas process, kas vērsts uz kopīgu un būtisku lietu un parādību īpašību un savstarpējo sakarību atklāsmi.

Cilvēkam jābūt apveltītam ar:

- Spēju uztvert lietas un parādības to daudzveidībā.
- Spēju atmiņā saglabāt šo lietu un parādību priekšstatus, nepārtraukti papildināt savu pieredzi.
- Spēju koncentrēt uzmanību ne tikai uz ārējiem objektiem, bet arī uz norisēm.
- Spēju apgūt valodu un nepārtraukti to pilnveidot.
- Vēlēšanos izzināt, saprast. [14]

Kritiskā domāšana ir mērķtiecīgs reflektīvas spriešanas veids. Ar tās palīdzību refleksijas ceļā tiek pieņemti lēmumi, piemēram, kuram uzskatam piekrist vai kā rīkoties. Tiek aplūkoti

argumenti, sprieduma konteksts, būtiskie kritēriji veiksmīgai sprieduma izdarīšanai, sprieduma veidošanas metodes un konkrētā jautājuma izprašanai nepieciešamie teorētiskie konstrukti.

Zinātnē apkopotās uz pierādījumiem balstītās zināšanas sastāv no koncepcijām par dabisko – fizisko un bioloģisko pasauli [46]. Šo domāšanas veidu zinātniskajā literatūrā sauc par zinātnisko domāšanu (scientific thinking), zinātnisko erudīciju (scientific literacy), zinātniskiem prāta ieradumiem (scientific habits of mind), kritisko domāšanu, skeptisko domāšanu (scepticism), analītisko domāšanu, racionālo domāšanu, loģisko domāšanu. Zinātniskā domāšana ietver prāta atvērtību jaunām idejām, skepticismu, vērtējot jaunas vai vecas idejas, racionalitāti un objektivitāti attiecībā pret faktiem, neuzticību argumentiem no autoritātes pozīcijas, zinātkāri un ticības atmešanu. [9]

Kritiskā domāšana ietver:

- prāta atvērtību (openmindedness) - kas nozīmē gatavību mainīt savu viedokli patiesības izziņas vārdā un kas ir pretēja īpašība dogmatismam;
- godīgumu, domāšanu bez aizspriedumiem;
- tieksmi meklēt patiesos cēloņus (propensity to seek reason) vai meklēt patiesību;
- zinātkāri (inquisitiveness);
- vēlmi būt labi informētam;
- fleksibilitāti;
- gatavību izskatīt citu viedokļus.

Kāpēc māsām svarīga kritiskā domāšana?

- Māsu kritiskās domāšanas spējas ļoti ietekmē pacientu aprūpi;
- Ir vitāli svarīgi, lai atpazītu pacienta stāvokļa izmaiņas;
- Tā ir neatņemama sastāvdaļa godīgai un atklātai ideju apmaiņai;
- Tā ļauj nodrošināt pacientu drošību;
- Ar tās palīdzību māsas var atrast ātrus vai pagaidu risinājumus;
- Kritiskā domāšana palīdz nonākt līdz inovatīviem risinājumiem;
- Tai ir izšķiroša nozīme lēmumu pieņemšanā.[47]

Kritiskās domāšanas pamatprasmes:

- Interpretācija ietver pacienta datu nozīmes precizēšanu/noskaidrošanu.
- Analīze nosaka pacienta problēmas, pamatojoties uz novērtējuma datiem. Dažreiz faktisko problēmu sākotnēji nevar apstiprināt, taču var noteikt vairākas hipotēzes.

- Novērtējums ir paredzamo aprūpes rezultātu noteikšana un novērtēšana (vai tie ir vai nav izpildīti).
- Secinājums ir par atskata (deduktīva) izdarīšanu par informāciju.
- Paskaidrojums ir spēja pamatot darbības.
- Pašregulācija ir savas prakses novērtēšanas process un nepieciešamības gadījumā tās pielāgošana vai uzlabošana. [39]

Kā attīstīt kritiskās domāšanas prasmes?

- Apturēt spriedumu un demonstrēt atvērtību citiem uzskatiem.
- Saskaņoties ar problēmu vai situāciju, meklējiet patiesību, aktīvi izpētot problēmu vai situāciju.
- Uzdodiet jautājumus par visu, ko, iespējams, nesaprotat līdz galam, un nekad nebaidieties atzīties par zināšanu trūkumu.
- Pārdomājiet savu domāšanas procesu un veidus, kā jūs nonākat pie secinājuma. Personīgā aizsprieduma identificēšana ir pirmais solis, lai to novērstu, ļaujot jums virzīties uz objektīvāku vai daudzdimensionālāku domāšanas veidu.
- Meklējiet mentoru ar lielāku pieredzi, nekā jums ir, un pievienojieties profesionālām organizācijām. [40]
- Klīnisko lēmumu pieņemšanā vienmēr jāņem vērā iespējamie ieguvumi, riski, apgrūtinājumi, izmaksas saistībā ar alternatīvām stratēģijām un, to darot, jāizvērtē pacientu vērtības un vēlmes. [15]

Labs veselības aprūpes speciālists, pieņemot lēmumu par pacienta aprūpi, balstās uz savu klīnisko kompetenci, izmanto labākos pieejamos ārējos zinātniskos pierādījumus un ņem vērā par aprūpes iespējām informēta pacienta vēlmes.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Martinsone K., Sudraba v., Veselības psiholoģija.,2016
2. Ozoliņa Aina Nucho. Intervēšanas prasme. RaKa: 2012
3. R. Barry, A. C. Smith, 2005 www.mhfmjournal.com/pdf/multidisciplinary-primary-care-mental-health-teams-a-challenge-to-communication.pdf
4. Boyd C., Dare J. COMMUNICATION SKILLS FOR NURSES.2014.
<http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/574/1/Communication%20Skills%20for%20Nurses%20by%20Claire%20Boyd%20Janet%20Dare%20%28z-lib.org%29.pdf>
5. Carolyn C. M., Beth F.M, Collins B.A. Patient Safety in Nursing Practice.2005.
6. Cederholm et al., GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community.2019.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcsm.12383>
7. George R.L., Cristiani T. S.; Counseling: Theory and Practice; 4th Edition; 2002
8. Hannes K., Staes F., Goedhuys J., Aertgeerts B., 2009 – mācību apraksti
<https://www.scirp.org/%28S%28lz5mqp453edsnp55rrgjct55%29%29/reference/refere ncespapers.aspx?referenceid=1172582>Hirschman, Shaid, Cauley at all, 2015
9. Hulsman R.L. , Ros W.J., Winnubst J.A., Bensing J.A. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies.1999.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10476016/>
10. Jeffrey A. Kottler, Robert W. Brown, Introduction to Therapeutic Counseling 2000)
11. Kohn, Corrigan, Donaldson. To Err Is Human: Building a Safer Health System.2000.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
12. Lonial S. , Raju P. Leadership in Health ServicesImpact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in a healthcare context. 2015.
13. O’Daniel M., Rosenstein A.H. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Professional Communication and Team Collaboration.2008.
14. Polit & Beck’s Nursing Research. Study Guide for Essentials of Nursing Research. 2014.

15. Ramos-Wicker, A., Handbook of Research on Mixed Methods Research in Information Science. 2017.
16. Rigaud D et al., Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients.2004. <https://academic.oup.com/ajcn/article/80/6/1469/4690465?login=true>
17. Yun, D. & Choi, J., 2019 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919300537>
18. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety. Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD publikācija, 2017. <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
19. Zivanovic, D., Ciric Z., (2017) Therapeutic Communication in Health Care, SCiFed Nursing&Health Care Journal, 1:2, Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/320245946_Therapeutic_Communication_in_Health_Care
20. Zucca A., Sanson-Fisher R., Waller A., Carey M. Boadle D. The first step in ensuring patient-centred quality of care: ask the patient.2016.
21. Latvijas Zinātņu akadēmijas Terminoloģijas komisija <https://www.lza.lv/par-mums/terminologijas-komisija>
22. Māsas (Vispārējās aprūpes māsas) profesijas standarts <https://registri.visc.gov.lv/profizglitiba/dokumenti/standarti/2017/PS-144.pdf>
23. Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumi Nr.268 „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”. <https://likumi.lv/ta/id/190610-noteikumi-par-arstniecibas-personu-un-studejoso-kuri-apgust-pirma-vai-otra-limena-profesionalas-augstakas-mediciniskas-izglitib>
24. Ministru kabineta 2014.gada 26.augusta noteikumi Nr.512 “Noteikumi par otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības valsts standartu” <https://likumi.lv/ta/id/268761-noteikumi-par-otra-limena-profesionalas-augstakas-izglitibas-valsts-standartu>

25. Nacionālais veselības dienests. Gada publiskais pārskats 2017.
<https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/42/download>
26. Rīgas pašvaldības sabiedrības veselības stratēģija, 2021 <https://ld.riga.lv/lv/par-departamentu/par-mums/rigas-pilsetas-pasvaldibas-sabiedribas-veselibas-strategija.html>
27. SPKC rekomendācijās “Ieteikumi ārstniecības iestādēm risku mazinošiem pasākumiem augsta riska pacientiem un pacientu grupām”
<https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4057/download>
28. <https://likumi.lv/ta/id/310369-par-konceptualo-zinojumu-par-masas-profesijas-turpmako-attistibu>).
29. Centers for Disease Control and Prevention. Medication Safety Basics.
<https://www.cdc.gov/medicationsafety/basics.html>
30. European Medicines Agency (EMA).<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medication-errors>
31. The Joint Commission issues Quick Safety advisory on reducing diagnostic errors. 2012.<https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/news/2019/12/the-joint-commission-issues-quick-safety-advisory-on-reducing-diagnostic-errors/>
32. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action, (2003), Edited by Sabate, E., WHO Library Cataloguing in Publication Data., Retrieved from:
https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
33. <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/learning-modules/therapeutic-nurse-client-relationship/therapeutic-communication-and-client-centered-care/>
34. <https://nurseslabs.com/nursing-diagnosis>
35. <https://nurse.org/resources/nursing-diagnosis-guide/>
36. <http://www.ahrq.gov/qual/teamsteps/>
37. <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

38. <https://www.nursepractitionerschools.com/blog/guide-to-evidence-based-nursing-practice/>).
39. <https://www.onwardhealthcare.com/nursing-resources/seven-reasons-critical-thinking-in-nursing-is-important/>
40. <https://www.americansentinel.edu/blog/2020/04/10/developing-critical-thinking-skills-in-nursing/>
41. <http://www.nationalresearch.com/products-and-solutions/patient-and-family-experience/eight-dimensions-of-patient-centered-care>
42. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>
43. <https://scholar.google.co.uk/citations?user=o5MIXIQAAA&hl=en>
44. <https://nanda.org/publications-resources/publications/nanda-international-nursing-diagnoses/>
45. https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/about?gclid=EAIaIQobChMI-Nys2ZOX8wIVEdKyCh0NCgQdEAAYASAAEgKLGfD_BwE
46. <https://psycnet.apa.org/record/2000-08766-012>
47. <https://www.onwardhealthcare.com/nursing-resources/seven-reasons-critical-thinking-in-nursing-is-important/>)