

# Klīniskais algoritms

## Subakūtā insultu rehabilitācija

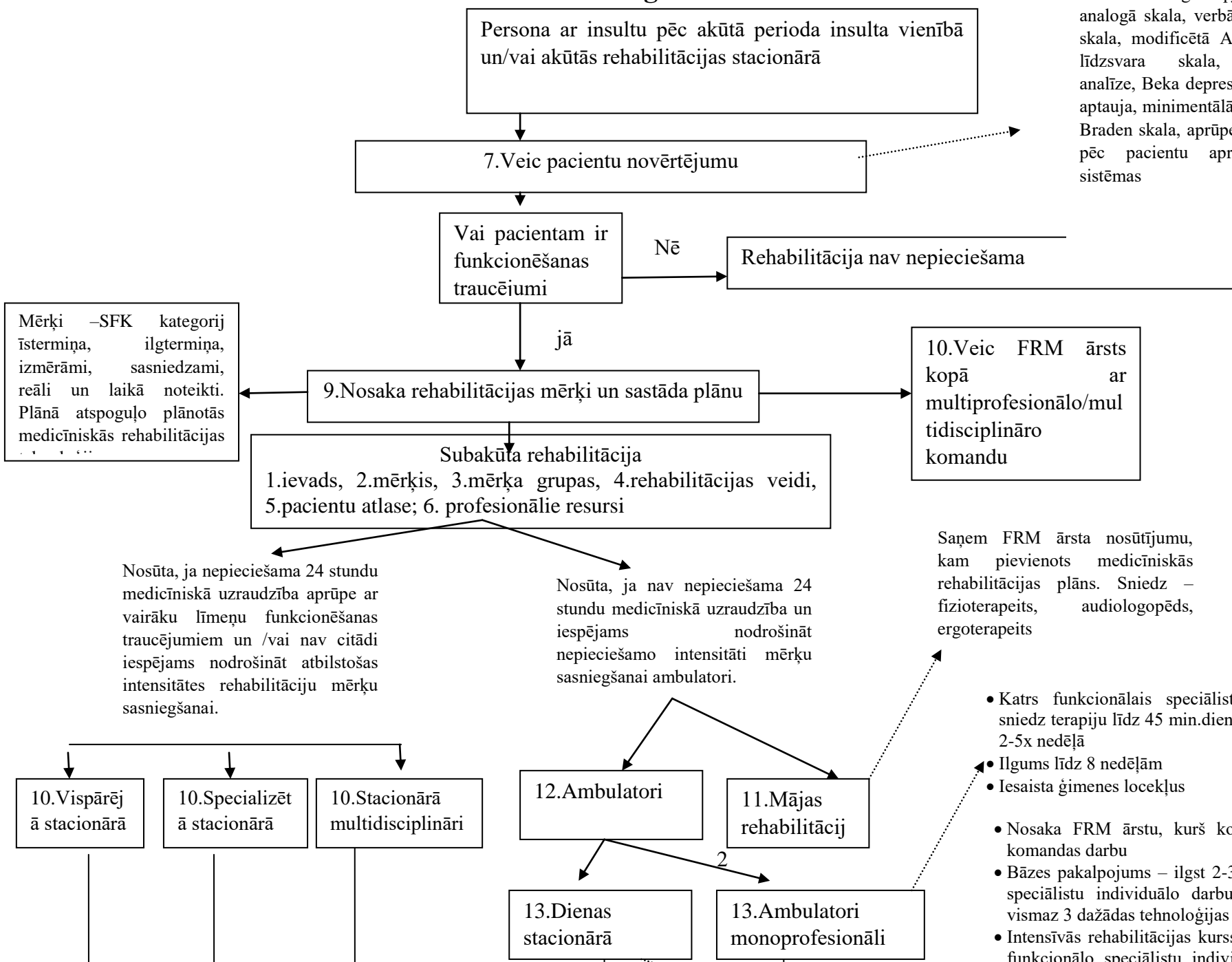
Autore: fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste Anda Nulle un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste Ingrīda Tambora

Darba grupa kardiologa prof. Andreja Ērgļa un fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārstes Andas Nulles vadībā: neirologs prof. Andrejs Millers; neiroloģe prof. Evija Miglāne; neiroloģe prof. Ināra Logina; neirologs prof. Guntis Karelis; fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste Ingrīda Tambora

### Saturs

Algoritma shēma.....	2
1.Ievads .....	3
2.Algoritma mērķis .....	3
3.Mērķa grupas .....	3
4.Rehabilitācijas veidi.....	4
5.Pacientu atlase subakūtai insulta rehabilitācijai.....	5
6.Subakūtās insulta rehabilitācijas profesionālie resursi.....	5
7.Novērtēšana un novērtēšanas instrumenti.....	6
8.Funkcionēšanas mērījumi un izmantojamie instrumenti: .....	6
9. Rehabilitācijas plāns .....	7
10. Multiprofesionāla/multidisciplināra komanda stacionārajā subakūtajā insultu rehabilitācijā .....	7
11. Rehabilitācija mājās .....	8
12. Ambulatorā rehabilitācija.....	8
13.Rehabilitācija dienas stacionārā.....	8
Atsauces:.....	10
Pielikumi .....	11
SFK pamatkopa SUBAKŪTAM periodam neiroloģiskiem stāvokļiem. ....	11
Modificēts Bartela indekss.....	14
Berga līdzsvara skala .....	16
Berga līdzsvara skalas interpretācija.....	16
MINI mentālā skala.....	19
Vizuālā analogā sāpju skala (VAS ) .....	20
Numeriskā analogu (reitinga) skala (NRS).....	20
Verbālā sāpju intensitātes (reitinga) skala (VRS).....	20
Atzinums tehniskā palīgīdzekļa saņemšanai.....	21
Iesniegums .....	22
Funkcionālās neatkarības mērījums .....	23
Motorikas sakala .....	26

## Algoritma shēma



8.SFK pamatkopa, FIM, Bartela indekss, motoro iemaņu novērtēšanas skala, vizuālā analogā sāpju skala, numeriskā analogā skala, verbālā sāpju intensitātes skala, modificētā Ašforda skala, Berga līdzsvara skala, psihodiagnostiskā analīze, Beka depresijas pašnovērtēšanas aptauja, minimentālā skala, MOCA tests, Braden skala, aprūpes līmeņa noteikšana pēc pacientu aprūpes klasifikācijas sistēmas

Mērķi –SFK kategorij īstermiņa, ilgtermiņa, izmērāmi, sasniedzami, reāli un laikā noteikti. Plānā atspoguļo plānotās medicīniskās rehabilitācijas

Nosūta, ja nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība aprūpe ar vairāku līmeņu funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai.

Nosūta, ja nav nepieciešama 24 stundu medicīniskā uzraudzība un iespējams nodrošināt nepieciešamo intensitāti mērķu sasniegšanai ambulatori.

Saņem FRM ārsta nosūtījumu, kam pievienots medicīniskās rehabilitācijas plāns. Sniedz – fizioterapeits, audiologopēds, ergoterapeits

- Katrs funkcionālais speciālists sniedz terapiju līdz 45 min.dienā 2-5x nedēļā
- Ilgums līdz 8 nedēļām
- Iesaista ģimenes locekļus
- Nosaka FRM ārstu, kurš koordinē multidisciplinārās komandas darbu
- Bāzes pakalpojums – ilgst 2-3h, kas ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz 3 dažādas tehnoloģijas
- Intensīvās rehabilitācijas kurss – ilgst 3-4 h, kas ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu

## 1.Ievads

*Akūtās rehabilitācijas algoritms ir domāts tikai akūtajam etapam stacionārā, savukārt subakūtā rehabilitācija var tikt sniegta dažādos veidos (stacionārā, ambulatori-dienas stacionārā vai mājās)*

Insults ir otrais izplatītākais nāves cēlonis un trešais visbiežākais invaliditātes cēlonis visā pasaulē (1). Eiropā insultu, gan insulta izraisīto nāves gadījumu skaits samazinās profilakses un ārstēšanas attīstības dēļ. Tomēr novecošanas dēļ joprojām palielinās insultu absolūtais skaits, kā arī stingra korelācija starp insulta risku un vecumu. Tiek lēsts, ka no 2015. gada līdz 2035. gadam kopējais insulta gadījumu skaits Eiropā pieaugs par 34% (2). Vienlaikus nāves gadījumu skaita samazināšanās izraisīs to, ka vairāk cilvēku pārdzīvos savus insultus un dzīvos ar insultu sekām. Tāpēc tiek rēķināts, ka gan insulta izmaksas, gan globālais slogs Eiropā palielināsies un nepieciešamība pēc rehabilitācijas pieaugs.

Insulta rehabilitācijas pasākumi ir jāuzsāk akūtajā etapā stacionārā insulta vienībā (skat algoritmu Nr.1 Akūtā insultu rehabilitācija) un secīgi jāturpina subakūtā periodā, vienlaicīgi lielu uzmanību pievēršot sekundārās profilakses pasākumiem (skat.3.algoritms Sekundārā profilakse insultu rehabilitācijā), kas vērsti uz komplikāciju un atkārtotu insultu profilaksi.

**Subakūtā rehabilitācija** –sākas tūlīt pēc akūtā etapa (insulta vienība, stacionāra nodaļa) tiklīdz pacients ir medicīniski stabils un piemērots subakūtās rehabilitācijas uzsākšanai, tas var ilgt no pāris nedēļām līdz mēnešiem un pat gadam (5) Subakūtā rehabilitācija parasti tiek uzsākta pirmā mēneša laikā līdz 6 mēnešu periodā pēc akūtā notikuma.

Pēc subakūtā perioda daļai insulta pacientu nepieciešama ilgtermiņa rehabilitācija.

Insulta radīto funkcionēšanas traucējumus diapazons ir ļoti liels un tas ierobežo insulta pacientu iespējas atgriezties ikdienas un darba aktivitātēs.

Pēc literatūras datiem 2/3 izdzīvojušo insulta pacientu ir vajadzīga subakūta vai ilgtermiņa rehabilitācija dažādos veidos un intensitātē atkarībā no klīniskā neiroloģiskā sindroma. (3)

Insulta rehabilitācijā jānodrošina rehabilitācijas savlaicīgumu un pēctecīgumu, jo rehabilitācija pacientiem pēc insulta būtiski uzlabo viņu motorās funkcijas, līdzsvaru un gaitu, pie kam efektivitāte ir pārlicinoša, ja tā tiek veikta 30 līdz 60 minūtes, 5-7 dienas nedēļā, un šī efektivitāte korelē ar ātrāku uzsākšanas laiku pēc insulta (4)

## 2.Algoritma mērķis

- Uzlabot insulta pacientu ārstēšanu, rehabilitāciju subakūtajā etapā visos rehabilitācijas līmeņos (veidos).
- Nodrošināt insulta rehabilitācijas pēctecību un savlaicīgumu.
- Definēt nepieciešamos rehabilitācijas pasākumus un resursus subakūtajā etapā.
- Nodrošināt vienotu pieeju insultu pacientu subakūtajā rehabilitācijā.
- Algoritms nosaka uz pierādījumiem balstītu insulta pacientu ārstēšanu un rehabilitāciju neatkarīgi no finansēšanas avota.

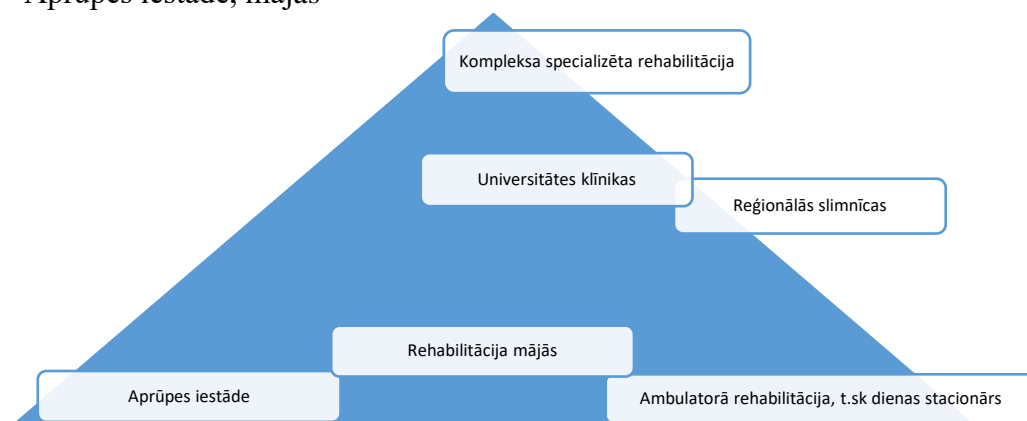
## 3.Mērķa grupas

- Veselības organizatori,
- Ģimenes ārsti,
- Ārsti speciālisti
  - Neurologi

- Fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsti
- Citi ārsti- speciālisti
- Funkcionālie speciālisti
- Klīniskie un veselības psihologi
- Medicīnas māsas un ārstniecības atbalsta personas

## 4.Rehabilitācijas veidi

- Specializēts rehabilitācijas stacionārs
- Vispārējs stacionārs –universitātes slimnīcas, reģionālās slimnīcas
- Ambulatora rehabilitācija (t.sk dienas stacionārs)
- Mājas rehabilitācijas
- Aprūpes iestāde, mājas



FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu, ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.( MK noteikumi Nr. 555)

Rehabilitācijas komanda veic pacienta novērtēšanu un dod slēdzienu, kāda turpmākā rehabilitācija pacientam ir nepieciešama. Pēc literatūras datiem 2/3 izdzīvojušo insulta pacientu ir vajadzīga subakūta vai ilgtermiņa rehabilitācija dažādos veidos un intensitātē atkarībā no klīniskā neiroloģiskā sindroma. FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu, ņemot vērā, ka medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus var saņemt ambulatorā ārstniecības iestādē, tai skaitā dienas stacionārā, stacionārā ārstniecības iestādē un mājās.( MK noteikumi Nr. 555)

Pacientu uz subakūto rehabilitāciju nosūta FRM ārsts pēc akūtā etapa, novērtējot pacienta:

- funkcionēšanas traucējumus,
- rehabilitācijas potenciālu (medicīnisko stabilitāti, motivāciju)
- rehabilitācijas mērķus un sagatavoto plānu.

FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu subakūtajā etapā.

Pacienti subakūtai stacionārai rehabilitācijai tiek nosūtīti tad, ja nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība/aprūpe ar vairāku līmeņu funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai.

Pacienti ambulatorai vai mājas rehabilitācijai tiek nosūtīti, ja nav nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība un iespējams nodrošināt nepieciešamo rehabilitācijas intensitāti mērķu sasniegšanai ambulatori (t.sk.dienas stacionārā)

Subakūtās rehabilitācijas algoritma shēmā ir precīti shematiski attēlots kādos gadījumos pēc insulta pacientam tiek nozīmēta multiprofesionāla stacionāra rehabilitācija, multiprofesionāla ambulatora dienas stacionārā vai monoprofesionāla ambulatora vai mājas (SK shēmu)

## 5. Pacientu atlase subakūtai insulta rehabilitācijai

Subakūtais etaps sākas tūlīt pēc akūtā etapa (insulta vienība, stacionāra nodaļa) tiklīdz pacients ir medicīniski stabils un piemērots subakūtās rehabilitācijas uzsākšanai, kas var ilgt no pāris nedēļām līdz mēnešiem un pat gadam (5). Subakūtā rehabilitācija parasti tiek uzsākta pirmā mēneša laikā līdz 6 mēnešu periodā pēc akūtā notikuma.

Tā var tikt realizēta multiprofesionāli specializētās rehabilitācijas programmās rehabilitācijas centrā, stacionārā, dienas stacionārā vai monoprofesionāli ambulatori un mājas rehabilitācijas veidā.

Subakūtā rehabilitācija sniedzama vispiemērotākajā vidē, kas balstīta uz rehabilitācijas vajadzībām, mērķiem, ģimenes un sociālā atbalsta pieejamību, pacienta un ģimenes vēlmēm.

Pacientu uz subakūto rehabilitāciju nosūta FRM ārsts pēc akūtā etapa, novērtējot pacienta:

- funkcionēšanas traucējumus,
- rehabilitācijas potenciālu (medicīnisko stabilitāti, motivāciju)

un pamatojoties uz izvirzītajiem rehabilitācijas mērķiem un sagatavoto plānu, FRM ārsts nosaka personai optimālo medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas veidu subakūtajā etapā.

Pacienti subakūtai stacionārai rehabilitācijai tiek nosūtīti tad, ja nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība/aprūpe ar vairāku līmeņu funkcionēšanas traucējumiem un /vai nav citādi iespējams nodrošināt atbilstošas intensitātes rehabilitāciju mērķu sasniegšanai.

Pacienti ambulatorai vai mājas rehabilitācijai tiek nosūtīti, ja nav nepieciešama 24stundu medicīniskā uzraudzība un iespējams nodrošināt nepieciešamo rehabilitācijas intensitāti mērķu sasniegšanai ambulatori (t.sk. dienas stacionārā)

## 6. Subakūtās insulta rehabilitācijas profesionālie resursi

Subakūtā insulta rehabilitācija atkarībā no konkrētā pacienta funkcionēšanas traucējumiem, rehabilitācijas līmeņa un pieejamiem resursiem, var tikt nodrošināta

- monoprofesionālā (fizioterapeits, ergoterapeits, audiologopēds)
- multiprofesionālā, multidisciplinārā, interdisciplinārā veidā.

Šo procesu subakūtajā etapā nodrošina ārstējošais ārsts -FRM ārsts un rehabilitācijas speciālisti- fizioterapeits, ergoterapeits, audiologopēds, tehniskais ortopēds, uztura speciālists, klīniskais vai veselības psihologs, kā arī aprūpē iesaistītais ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāls- medicīnas māsas (t.sk. FRM māsas) un māsu palīgi, sociālais darbinieks. Multiprofesionālā komandā tiek iesaistīti arī mākslu terapeiti.

Multiprofesionālas komandas speciālisti savstarpēji sadarbojas un piesaista nepieciešamos citu disciplīnu konsultantus, tādējādi nodrošinot multiprofesionālas/ multidisciplināras komandas interdisciplināru darbu rehabilitācijas procesā.

Multiprofesionāla/ multidisciplināra komanda sastāv no rehabilitācijas speciālistiem un pēc nepieciešamības pieaicinātiem citu disciplīnu un specialitāšu konsultantiem

Komanda insultu rehabilitācijai:

- FRM ārsts – ārstējošais ārsts -multidisciplināras rehabilitācijas komandas vadītājs
- Fizioterapeits
- Ergoterapeits
- Audiologopēds
- Veselības vai klīniskais psihologs
- FRM māsa, medicīnas māsa, māsu palīgi

- Sociālais darbinieks
- Papildus, ja iespējams, komandu var paplašināt, iesaistot citus funkcionālos speciālistus :

- Tehniskais ortopēds,
- Uzturspeciālists,
- Mākslu terapeiti.

Konsultanti: citu specialitāšu ārsti –neirologs,kardiologs,ortopēds,dietologs u.c.

## 7.Novērtēšana un novērtēšanas instrumenti

Novērtēšana ietver pacienta vispārējā stāvokļa un funkcionēšanas traucējumu novērtējumu.

Funkcionēšanas traucējumus novērtē Starptautiskās funkcionēšanas klasifikācijas (SFK) kategorijās, izmantojot par pamatu SFK pamatkopu neiroloģiskiem traucējumiem subakūtā periodā (skat. pielikumā)

Tiek vērtēti ķermeņa struktūras un funkcijas traucējumi, aktivitātes un dalības traucējumi, vides un personālie faktori.

FRM ārstam kā **minimums** jāvērtē (6):

1) ķermeņa funkcijas: b110- Apziņas funkcija, b114 Orientēšanās funkcija, b730 muskuļu spēka funkcija, b167 Ar valodu saistītās garīgās funkcijas b140 Uzmanības funkcijas,b144 Atmiņas funkcijas

2) ķermeņa struktūras: s110 Galvas smadzeņu struktūra s730 Augšējās ekstremitātes struktūras, s750 Apakšējās ekstremitātes struktūras

3) aktivitātes un dalība: d450 Staigāšana d330 Runāšana, d510 Mazgāšanās, d530 Tualetes izmantošana,d540 Ģērbšanās,d550 Ēšana, d310 Mutisku ziņojumu uztvere komunikācijas laikā,

4) vides faktori: e310 Tiešā ģimene, e360 Ar veselības aprūpi saistītie profesionāļi, e580 Dienesti, sistēmas un politika veselības aprūpē .

## 8.Funkcionēšanas mērījumi un izmantojamie instrumenti:

Universālie funkcionēšanas novērtēšanas instrumenti (sk. pielikumā)

- SFK pamatkopa SUBAKŪTAM periodam neiroloģiskiem stāvokļiem
- FIM (Funkcionālās neatkarības mērījums)-vērtē tikai multidisciplināri stacionārā

Rekomendētie novērtēšanas instrumenti pēc nepieciešamības un speciālista izvēles(pielikumā)

- Modificētais Bartela indekss
- Motoro iemaņu novērtēšanas skala ;
- Vizuālā analogā sāpju skala, Numeriskā analoģu skala, Verbālā sāpju intensitātes skala
- Modificētā Ašforda skala;
- Berga līdzsvara skala;
- Psihodiagnostiskā analīze (aprakstošā)
- Beka depresijas pašnovērtēšanas aptauja;
- Minimentālā skala
- Monreālas kognitīvo funkciju novērtēšanas skala (MOCA)

Kā arī citi instrumenti izmantojami atbilstoši klīniskai nepieciešamībai un speciālista kompetencei. FRM ārsts un funkcionālie speciālisti var brīvi izvēlēties izmantojamus un piemērotākos novērtēšanas instrumentus, taču subakūtajā stacionārajā rehabilitācijā valstī būtu nepieciešams izvēlēties vienus universālos novērtēšanas instrumentu, piemēram, FIM, lai būtu iespējas uzkrāt un analizēt rehabilitācijas rezultātus.

Dokumentācija: rehabilitācijas novērtējums jāatspoguļo funkcionālo speciālistu protokolos un novērtēšanas veidlapās. Dokumentācijas formas izstrādājamas atsevišķi ārstniecības iestādē vai pēc vienošanās ar profesionālajām asociācijām ieviešami vienoti standartizēti visā valsts.

Nepieciešamās māsu aprūpes intensitātes noteikšanai var tikt izmantotas dažādas klasifikācijas un skalas

- Izgulējuma riska noteikšana pēc Braden skalas (sk.pielikumā)  
Vērtē stacionāra medicīnas māsa (FRM māsa)  
*Braden* skala tiek izmantota Latvijā izgulējumu riska novērtēšanai stacionāros un skalas mērījums tiek izmantots funkcionālo gultu un pretizgulējuma matraču piešķiršanas kritērijos valsts finansēto tehnisko piešķiršanas noteikumos (7)
- Aprūpes līmeņa noteikšana pēc *Pacientu klasifikācijas sistēmas (PKS)* (skat pielikumā)  
Vērtē stacionāra medicīnas māsa (FRM māsa) Šī vērtējuma izveidošanas pamatā ir izmantots Funkcionālās neatkarības mērījums un Amerikas rehabilitācijas māsu asociācijas izveidots stacionārās rehabilitācijas pacientu klasifikācijas sistēmas modelis. Tā kā aprūpes līmenis rehabilitācijā ir balstīts uz 4 ballu skalu, bet FIM ir balstīts uz 7 punktu skalu, tika apvienotas dažas no FIM kategorijām, lai palīdzētu veidot kritērijus vai aprakstus zem katra rādītāja. Līdz ar to tikaizdalīti četri aprūpes līmeņi. Šobrīd PKS ir akceptēta Latvijas FRM māsu apvienībā.

## 9. Rehabilitācijas plāns

Rehabilitācijas plāns tiek veidots pacientiem, kuri saņem gan monoprofesionālus gan multiprofesionālus medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumus. Rehabilitācijas process tiek organizēts atbilstoši ārsta (ja tiek nosūtīts uz monoprofesionālu rehabilitāciju) vai multiprofesionālas/multidisciplināras rehabilitācijas komandas izveidotajam plānam. Plānā tiek noteikti rehabilitācijas īstermiņa un ilgtermiņa mērķi. Rehabilitācijas mērķi ir specifiski, izmērāmi, sasniedzami, reāli un laikā noteikti. Mērķus fiksē rehabilitācijas plānā, kuru veido SFK kategorijās. Plānā atspoguļo plānotās medicīniskās rehabilitācijas tehnoloģijas izvīzīto rehabilitācijas mērķu sasniegšanai.

## 10. Multiprofesionāla/multidisciplināra komanda stacionārajā subakūtajā insultu rehabilitācijā

Multiprofesionālas/multidisciplināras rehabilitācijas komanda strādā interdisciplinārā veidā un regulāri tiek organizētas komandas sapulces vismaz 1x nedēļā. Komandas sapulces vadītājs ir FRM ārsts, bet FRM ārsts var pilnvarot citu komandas speciālistu vai FRM māsu veikt šo pienākumu. Sapulces tiek organizētas strukturētā veidā ar vai bez pacienta klātbūtnes un nepieciešamības gadījumā ar pacienta piekrišanu var tikt iesaistīti tuvinieki vai aprūpētāji. Rehabilitācijas plāna īstenošanai tiek veikta nepieciešamo tehnisko palīgīdzekļu izvēle un izsniegts nosūtījums tehnisko palīgīdzekļu saņemšanai (pielikumā).

Komandas sapulces laikā var lemt par rehabilitācijas pagarināšanu vai pārtraukšanu (izrakstīšana, novirzīšana uz citu rehabilitācijas un aprūpes līmeni) un dinamiskas kontroles programmas turpināšanu, rekomendāciju saskaņošanu pirms pacienta izrakstīšanas.

Pirms pacienta izrakstīšanas veic pacienta funkcionēšanas atkārtotu novērtēšanu un tiek sagatavoti izraksti ar esošā funkcionālā stāvokļa izvērtējumu un norādēm par tehniskiem palīgīdzekļiem, rekomendācijām nākamajam etapam. Hronisku funkcionēšanas ierobežojumu gadījumā, ja rehabilitācija ir nepieciešama ilgāk par sešiem mēnešiem, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts personu var iekļaut medicīniskās rehabilitācijas dinamiskajā novērošanā(MK not.555)

## 11. Rehabilitācija mājās

Ja insulta pacientam nepieciešama medicīniskā rehabilitācija, bet medicīnisku indikāciju dēļ tā nespēj ierasties ārstniecības iestādē šī pakalpojuma saņemšanai, ir paredzēti rehabilitācijas pakalpojumus mājās personai ar cerebrovaskulāra insulta sekām, ja medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšana uzsākta triju mēnešu laikā pēc insulta. (MK noteikumi Nr.555)

Rehabilitāciju saņem ar fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta nosūtījumu, kam pievienots medicīniskās rehabilitācijas plāns.

Rehabilitācijas pakalpojumus mājās sniedz – sertificēts fizioterapeits, ergoterapeits vai audiologopēds.

Personai, kurai nepieciešami medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumi, veselības aprūpes pakalpojumu mājās sniedz līdz laikam, kas norādīts nosūtījumā un medicīniskās rehabilitācijas plānā, bet ne ilgāk par 60 kalendāra dienām. Ja veselības ieteikumi ambulatorai vai mājas rehabilitācijai ir 2-5x nedēļā, pamatojoties uz pacientu mērķiem un vajadzībām

## 12. Ambulatorā rehabilitācija

Monoprofesionāls medicīniskās rehabilitācijas pakalpojums ir atsevišķs fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta vai funkcionālā speciālista sniegts rehabilitācijas pakalpojums, kura nodrošināšanai var piesaistīt citas ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas un kuru sniedz tikai ambulatori (MK not.Nr.555)

Insulta pacientam atbilstoši konkrētā pacienta funkcionēšanas traucējumiem un rehabilitācijas mērķiem var tikt izvēlētas fizioterapijas, ergoterapijas vai audiologopēda tehnoloģijas. Katrs funkcionālais speciālists sniedz terapiju  $\geq 45$  minūtes dienā 2-5 reizes nedēļā, pamatojoties uz pacientu mērķiem un vajadzībām. Ambulatoras rehabilitācijas ilgums:  $\geq 8$  nedēļas (8) Nepieciešams iesaistīt pacientu un ģimeni rehabilitācijas mērķu noteikšanā un rehabilitācijas plānošanā.

## 13.Rehabilitācija dienas stacionārā

Pacientiem ar funkcionālā stāvokļa pozitīvu dinamiku, kuri gūtu labumu no papildus rehabilitācijas, var realizēt multiprofesionālu ambulatoro rehabilitāciju dienas stacionārā. Rehabilitācija iespējama intensīva, vispusīga, koordinēta. Īpaši svarīgi ir tiem pacientiem, kuriem ir kognitīvi, atmiņas, psiholoģiski traucējumi.

Multiprofesionāla medicīniskās rehabilitācijas pakalpojuma nodrošināšanā tāpat kā stacionārajā subakūtajā rehabilitācijā iesaistāmos speciālistus nosaka fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts, kurš koordinē multiprofesionālās komandas darbu.

Multiprofesionālu medicīniskās rehabilitācijas pakalpojumu dienas stacionārā un stacionārā sniedz atbilstoši pacienta funkcionēšanas ierobežojumiem un vispārējam stāvoklim:

- kā bāzes pakalpojumu, kas ilgst divas līdz trīs stundas un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas;
- kā intensīvas rehabilitācijas kursu, kas ilgst trīs līdz četras stundas un ietver funkcionālo speciālistu individuālo darbu ar personu, izmantojot vismaz trīs dažādas medicīniskās tehnoloģijas (MK not.555)

Ārstēšanas kurss ilgst 2-3 nedēļas.

**Pielikumā:** Universālie funkcionēšanas novērtēšanas instrumenti un rekomendētie novērtēšanas instrumenti atbilstoši klīniskai nepieciešamībai:

- SFK pamatkopa SUBAKŪTAM periodam neiroloģiskiem stāvokļiem.
- Modificētais Bartela indekss



- Sāpju skalas:  
Vizuālā analogā sāpju skala,  
Numeriskā analogu skala,  
Verbālā sāpju intensitātes skala
- Berga līdzsvara skala;
- Minimentālā skala
- MOCA tests-atsevišķi pdf
- FIM-atsevišķi pievienots pdf
- Motoro iemaņu novērtēšanas skala –pdf pievienots atsevišķi

Dokumenti tehnisko palīglīdzekļu saņemšanai: pievienots atsevišķi.

- Pacienta iesniegums
- Atzinums (nosūtījums) tehnisko palīglīdzekļu saņemšanai

## Atsauces:

1. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Et al Global burden of stroke. *Circ Res* 2017;120:439–48.
2. B ejot Y, Bailly H, Durier J et al Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *Presse Med* 2016;45:e391–8
3. Kadoji  D, Bijeli  BR, Radanovi  R, Porobi  M, Rimac J, Dikanovi  M. Aphasia in patients with ischemic stroke. *Acta Clin Croat.* 2012 Jun;51(2):221-5.;
4. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, et al Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4.
5. Lindsay MP, Norrving B, Furie KL et al Global Stroke Guidelines and Action Plan: A Road Map for Quality Stroke Care WHO,2016 [https://www.world-stroke.org/images/GSGAAP/Stroke\\_Rehabilitation.pdf](https://www.world-stroke.org/images/GSGAAP/Stroke_Rehabilitation.pdf)
6. K uc kdeveci AA , Stibrant Sunnerhagen K , Golyk V et al. Evidence Based Position Paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for persons with stroke. The European PRM position (UEMS PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018 Dec;54(6):957-970
7. MK noteikumi Nr. 1474 "*Tehnisko pal gl dzek lu noteikumi*" <https://likumi.lv/ta/id/279215-grozijumi>
8. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke* 2016;11:459–84

## Pielikumi

### SFK pamatkopa SUBAKŪTAM periodam neiroloģiskiem stāvokļiem

#### ĶERMEŅA FUNKCIJAS

- b110 Apziņas funkcijas
- b114 Orientēšanās funkcijas
- b126 Temperaments un personības funkcijas
- b130 Enerģijas un dziņu funkcijas
- b134 Miega funkcijas
- b140 Uzmanības funkcijas
- b144 Atmiņas funkcijas
- b147 Psihomotorās funkcijas
- b152 Emocionālās funkcijas
- b156 Uztveres funkcijas
- b160 Domāšanas funkcijas
- b164 Augstākā līmeņa kognitīvās funkcijas
- b167 Ar valodu saistītās garīgās funkcijas
- b176 Garīgās funkcijas secīgu sarežģītu kustību veikšanai
- b180 Pašapziņas un laika izjūtas funkcijas
- b210 Redzes funkcijas
- b215 Acij pieguļošo struktūru funkcijas
- b230 Dzirdes funkcijas
- b235 Vestibulārā aparāta funkcijas
- b240 Ar dzirdi un vestibulārā aparāta funkcijām saistītās sajūtas
- b260 Proprioceptīvās funkcijas
- b265 Taustes funkcija
- b270 Temperatūras un citu kairinātāju izsaukto maņu funkcijas
- b280 Sāpju sajūta
- b310 Balss funkcijas
- b320 Artikulācijas funkcijas
- b330 Runas plūduma un ritma funkcijas
- b340 Alternatīvas balss veidošanas funkcijas
- b410 Sirds funkcijas
- b415 Asinsvadu funkcijas
- b420 Asinsspiediena funkcijas
- b430 Asins sistēmas funkcijas
- b435 Imūnsistēmas funkcijas
- b440 Elpošanas funkcijas
- b450 Papildu elpošanas funkcijas
  
- b455 Slodzes tolerances funkcijas
- b510 Barības uzņemšanas funkcijas
- b515 Barības sagremošanas funkcijas
- b525 Defekācijas funkcijas
- b530 Ķermeņa masas uzturēšanas funkcijas

b535 Ar gremošanas sistēmu saistītās sajūtas  
b540 Vispārīgās metaboliskās funkcijas  
b545 Ūdens, minerālvielu un elektrolītu līdzsvara funkcijas  
b550 Termoregulācijas funkcijas  
b620 Urinācijas funkcijas  
b630 Sajūtas, kas saistītas ar urīna izvadsistēmas funkcijām  
b710 Locītavu kustību funkcijas  
b715 Locītavu stabilitātes funkcijas  
b730 Muskuļu spēka funkcijas  
b735 Muskuļu tonusa funkcijas  
b740 Muskuļu izturības funkcijas  
b755 Nepatvaļīgo kustību reakciju funkcijas  
b760 Patvaļīgo kustību kontroles funkcijas  
b770 Gaitas modeļa funkcijas  
b810 Ādas aizsargfunkcijas

### **ĶERMEĻA STRUKTŪRAS**

s110 Galvas smadzeņu struktūra  
s120 Muguras smadzenes un ar to saistītās struktūras  
s130 Smadzeņu apvalku struktūra  
s410 Asinsrites sistēmas struktūra  
s430 Elpošanas sistēmas struktūra  
s530 Kuņģa struktūra  
s710 Galvas un kakla apvidus struktūras  
s720 Pleca apvidus struktūras  
s730 Augšējās ekstremitātes struktūras  
s750 Apakšējās ekstremitātes struktūras  
s810 Ādas struktūra

### **AKTIVITĀTE UN DALĪBA**

d110 Skatīšanās  
d115 Klausīšanās  
d120 Citu sajūtu mērķtiecīgs lietojums  
d130 Atdarināšana  
d135 Atkārtošana  
d155 Prasmju apgūšana  
d160 Uzmanības koncentrēšana  
d166 Lasīšana  
d170 Rakstīšana  
d175 Problēmu risināšana  
d177 Lēmumu pieņemšana  
d310 Mutisku ziņojumu uztvere komunikācijas laikā  
d315 Neverbālu ziņojumu uztvere komunikācijas laikā  
d330 Runāšana  
d335 Neverbāla ziņojuma veidošana

d350 Saruna  
d360 Sakaru līdzekļu un tehniku pielietojums  
d410 Ķermeņa stāvokļa maiņa  
d415 Ķermeņa stāvokļa saglabāšana  
d420 Sevis pārvietošana  
d430 Priekšmetu pacelšana un pārvešana  
d440 Precīzu plaukstu kustību izmantošana  
d445 Plaukstu un rokas izmantošana  
d450 Staigāšana  
d460 Pārvietošanās dažādās vietās  
d465 Pārvietošanās, izmantojot aprīkojumu  
d510 Mazgāšanās  
d520 Ķermeņa daļu aprūpe  
d530 Tualetes izmantošana  
d540 Ģērbšanās  
d550 Ēšana  
d560 Dzeršana  
d570 Rūpes par savu veselību  
d760 Attiecības ģimenē  
d930 Reliģija un garīgā dzīve

## **VIDES FAKTORI**

e110 Personīgā patēriņa lietas vai vielas  
e115 Personīgi lietojamās lietas un tehnoloģijas ikdienas dzīvē  
e120 Lietas un tehnoloģijas sevis pārvietošanai un mobilitātei telpās un ārpus tām  
e125 Komunikācijas līdzekļi un tehnoloģijas  
e310 Tiešā ģimene  
e315 Paplašināta ģimene  
e320 Draugi  
e350 Mājdzīvnieki  
e360 Ar veselības aprūpi saistītie profesionāļi  
e410 Tiešās ģimenes attieksmes  
e415 Paplašinātās ģimenes attieksmes  
e420 Draugu attieksmes  
e450 Veselības aprūpes profesionāļu attieksmes  
e465 Sabiedriskās normas, paradumi un ideoloģija  
e550 Dienesti, sistēmas un politika tiesiskajā sfērā  
e570 Dienesti, sistēmas un politika sociālajā drošībā  
e580 Dienesti, sistēmas un politika veselības aprūpē

## Modificēts Bartela indekss

Nr. p.k.	Pašaprūpes, mobilitātes un ar mājas dzīvi saistītās darbības atbilstoši Bartela indeksam	Punkti
<b>1. Ēšana:</b>		
1.1.	pilnībā atkarīgs no citas personas palīdzības (nepieciešama barošana)	0
1.2.	spēj paēst, bet nepieciešama palīdzība (piemēram, sagriezt ēdienu, uzziest sviestu u.tml.)	1
1.3.	spēj paēst bez citas personas palīdzības (t.sk. lietojot ēšanas palīg līdzekļus)	2
<b>2. Pārsēšanās (pozas maiņa gultā):</b>		
2.1.	nespēj pārvietoties, sēžot nespēj saglabāt līdzsvaru	0
2.2.	pārvietojoties nepieciešama liela fiziska palīdzība, var sēdēt	1
2.3.	pārvietojoties nepieciešama neliela citas personas fiziska vai vārdiska palīdzība, vai pārraudzība	2
2.4.	pārvietojas no gultas uz krēslu un atpakaļ bez citas personas palīdzības, nepieciešamības gadījumā spēj lietot pārsēšanās palīg līdzekļus (piemēram, slīddēli)	3
<b>3. Mobilitāte (staigāšana vai pārvietošanās ar riteņkrēslu vismaz 50 m distancē):</b>		
3.1.	nestaigā un nespēj pārvietoties ar riteņkrēslu	0
3.2.	nepieciešama liela fiziska palīdzība, staigājot vai pārvietojoties ar riteņkrēslu	1
3.3.	nepieciešama neliela fiziska palīdzība, staigājot vai pārvietojoties ar riteņkrēslu	2
3.4.	patstāvīgi spēj staigāt (t.sk. izmantojot staigāšanas palīg līdzekļus) vai pārvietoties ar riteņkrēslu	3
<b>4. Kāpnes un citi alternatīvi augstuma pārvarēšanas ceļi:</b>		
4.1.	nespēj pārvietoties pa kāpnēm vai lietot citus alternatīvus augstuma pārvarēšanas ceļus (piemēram, uzbrauktuvi, liftu, kāpņu liftu)	0
4.2.	nepieciešama citas personas fiziska vai vārdiska palīdzība, pārvietojoties pa kāpnēm vai lietojot citus alternatīvus augstuma pārvarēšanas ceļus (piemēram, uzbrauktuvi, liftu, kāpņu liftu)	1
4.3.	patstāvīgi spēj kāpt pa kāpnēm vai lietot citus alternatīvus augstuma pārvarēšanas ceļus (piemēram, uzbrauktuvi, liftu, kāpņu liftu)	2
<b>5. Ģērbšanās:</b>		
5.1.	nespēj noģērbties un apģērbties, pilnībā atkarīgs no citas personas palīdzības	0
5.2.	nepieciešama palīdzība noģērbjoties un/vai apģērbjoties, bet apmēram pusi no darbībām var veikt pats	1
5.3.	patstāvīgi spēj noģērbties un apģērbties (t.sk. lietot apģērba aizdares, piemēram, pogas, rāvējslēdzēju, kurpju auklas u.tml.), neatkarības saglabāšanai lieto palīg līdzekļus un/vai pielāgotu apģērbu un apavus	2
<b>6. Rūpes par izskatu (sejas, matu, zobu un nagu kopšana):</b>		
6.1.	nepieciešama citas personas palīdzība sejas, matu, zobu un nagu kopšanā	0
6.2.	patstāvīgi veic sejas, matu, zobu un nagu kopšanu, neatkarības saglabāšanai lieto palīg līdzekļus	1
<b>7. Visa ķermeņa mazgāšana (vannā, dušā):</b>		
7.1.	nespēj patstāvīgi iekāpt vannā/dušā, nomazgāt un noslaucīt ķermeni, nepieciešama citas personas uzraudzība vai palīdzība	0
7.2.	spēj patstāvīgi iekāpt vannā/dušā, nomazgāt un noslaucīt ķermeni, neatkarības saglabāšanai lieto palīg līdzekļus, nav nepieciešama citas personas uzraudzība vai palīdzība	1
<b>8. Vēdera izeja:</b>		
8.1.	nespēj fizioloģiski kontrolēt vēdera izeju un patstāvīgi lietot vēdera izejai nepieciešamos palīg līdzekļus un palīgmetodes, (piemēram, uzlikt un nomainīt fekālijas uztverošos līdzekļus vai veikt klizmu), aktivitātes veikšanu nodrošina aprūpētājs	0
8.2.	atsevišķos gadījumos (ne biežāk kā reizi nedēļā) nespēj kontrolēt vēdera izeju, nepieciešama aprūpētāja palīdzība vēdera izejai nepieciešamo palīg līdzekļu un palīgmetožu izmantošanā	1
8.3.	kontrolē vēdera izeju fizioloģiski vai bez citas personas palīdzības lieto palīg līdzekļus un palīgmetodes vēdera izejas nodrošināšanai	2
<b>9. Urinācija:</b>		
9.1.	nespēj fizioloģiski kontrolēt urīnpūšļa iztukšošanu un patstāvīgi lietot nepieciešamos palīg līdzekļus (piemēram, uzlikt un nomainīt urīnu uzsūcošos līdzekļus vai katetru), aktivitātes veikšanu nodrošina aprūpētājs	0
9.2.	atsevišķos gadījumos (ne vairāk kā vienu reizi diennakts laikā) nespēj kontrolēt urīnpūšļa	1

	iztukšošanas, nepieciešama aprūpētāja palīdzība uzlikt un nomainīt urīnu uzsūcošos līdzekļus vai katetru	
9.3.	kontrolē urīnpūšļa iztukšošanas fizioloģiski vai ar palīg līdzekļiem (piemēram, uzliek un nomaina urīnu uzsūcošos līdzekļus vai katetru, kad tas nepieciešams), citas personas palīdzība nav nepieciešama	2
<b>10. Tualetes lietošana:</b>		
10.1.	nespēj patstāvīgi lietot tualeti, pilnībā atkarīgs no citas personas palīdzības	0
10.2.	nepieciešama neliela citas personas palīdzība tualetes lietošanā (piemēram, apģērba sakārtošanā, starpenes higiēnas uzturēšanā u.tml.)	1
10.3.	patstāvīgi spēj ieiet un iziet no tualetes, apsēsties un piecelties vai pārsēsties uz/no tualetes poda, veikt starpenes higiēnu, sakārtot apģērbu pirms un pēc tualetes lietošanas, neatkarības saglabāšanai lieto palīg līdzekļus	2

## Berga līdzsvara skala

Pacienta vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_ Vecums \_\_\_\_\_ Istabas Nr. \_\_\_\_\_

Pamatdiagnoze \_\_\_\_\_

NOVĒRTĒŠANAS DATUMS			
1. Piecelšanās stāvus no sēdus stāvokļa			
2. Stāvēšana bez atbalsta			
3. Sēdēšana bez muguras atbalsta, bet ar pēdu atbalstu			
4. Apsēšanās no stāvus stāvokļa			
5. Pārsēšanās			
6. Stāvēšana ar aizvērtām acīm, neatbalstoties			
7. Stāvēšana neatbalstoties, pēdas cieši turot kopā			
8. Stāvus noliekšanās uz priekšu ar iztaisnotām rokām			
9. Priekšmeta pacelšana no grīdas no stāvus pozīcijas			
10. Stāvēt skatīšanas sev aiz muguras pār kreiso un labo plecu			
11. Pagriešanās par 360 grādiem			
12. Pārmaiņus kāju likšana uz soliņa, stāvēt neatbalstoties			
13. Stāvēšana bez atbalsta, vienu kāju novietojot priekšā otrai			
14. Stāvēšana uz vienas kājas			
<b>KOPĒJAIS PUNKTU SKAITS (0 –56)</b>			

**Fizioterapeits** \_\_\_\_\_

**Paraksts** \_\_\_\_\_

### Datu interpretācija

41-56 = zems krišanas risks

21-40 = vidējs krišanas risks

0=20 = liels krišanas risks

## Berga līdzsvara skalas interpretācija

- 1. Piecelšanās stāvus no sēdus stāvokļa**
  - **4** - var neatkarīgi piecelties bez roku un stabilizēšanas palīdzības
  - **3** - var neatkarīgi piecelties, lietojot atbalstam rokas
  - **2** - var piecelties, lietojot atbalstam rokas, bet pēc vairākiem mēģinājumiem
  - **1** - vajadzīga minimāla palīdzība pieceļoties vai stabilizēšana
  - **0** - vajadzīga mērena vai maksimāla asistēšana pieceļoties
- 2. Stāvēšana bez atbalsta**
  - **4** - droši var nostāvēt bez atbalsta 2 minūtes
  - **3** - var nostāvēt 2 minūtes ar pārraudzību
  - **2** - var nostāvēt 30 sekundes bez atbalsta
  - **1** - vajadzīgi vairāki mēģinājumi lai nostāvētu 30 sekundes bez atbalsta
  - **0** - nevar nostāvēt 30 sekundes bez asistēšanas
- 3. Sēdēšana bez muguras atbalsta, bet ar pēdu atbalstu**
  - **4** - spēj droši no
  - sēdēt 2 minūtes
  - **3** - spēj nosēdēt 2 minūtes ar pārraudzību
  - **2** - spēj nosēdēt 30 sekundes bez atbalsta



- 1 - spēj nosēdēt 10 sekundes bez atbalsta
  - 0 - nespēj nosēdēt bez atbalsta 10 sekundes
- 4. Apsēšanās no stāvus stāvokļa**
- 4 - spēj droši ar minimālu roku palīdzību
  - 3 - kontrolē apsēšanos ar rokām
  - 2 - jāizmanto kāju atbalstu pret kušeti lai kontrolētu apsēšanos
  - 1 - sēž bez asistēšanas, bet nespēj kontrolēt apsēšanos
  - 0 - vajadzīga asistēšana lai sēdētu
- 5. Pārsēšanās**
- 4 - droši pārsēžas ar minimālu roku palīdzību
  - 3 - spēj droši pārsēties bet izmanto roku atbalstu
  - 2 - spēj pārsēties ar pārraudzību, verbālu asistēšanu
  - 1 - vajadzīga vienas personas asistēšana
  - 0 - vajadzīga divu personu asistēšana
- 6. Stāvēšana ar aizvērtām acīm, neatbalstoties**
- 4 - droši var nostāvēt 10 sekundes
  - 3 - var nostāvēt 10 sekundes ar pārraudzību
  - 2 - var nostāvēt 3 sekundes
  - 1 - nespēj noturēt acis aizvērtas 3 sekundes, bet nostāv stabili
  - 0 - vajadzīga palīdzība lai pasargātu no kritiena
- 7. Stāvēšana neatbalstoties, pēdas cieši turot kopā**
- 4 - spēj patstāvīgi novietot pēdas kopā un droši stāvēt 1 minūti
  - 3 - spēj patstāvīgi novietot pēdas kopā un stāvēt 1 minūti, bet nepieciešama pārraudzība
  - 2 - spēj patstāvīgi novietot pēdas kopā, bet nespēj nostāvēt ilgāk kā 30 sekundes
  - 1 - vajadzīga palīdzība lai ieņemtu pozu, bet var nostāvēt 15 sekundes turot pēdas kopā
  - 0 - vajadzīga palīdzība lai ieņemtu pozu un nespēj to noturēt 15 sekundes
- 8. Stāvus noliekšanās uz priekšu ar iztaisnotām rokām**
- 4 - var noliekties uz priekšu >25 cm droši
  - 3 - var noliekties uz priekšu >12 cm droši
  - 2 - var noliekties uz priekšu >5 cm droši
  - 1 - spēj noliekties uz priekšu, bet vajadzīga pārraudzība
  - 0 - mēģinot noliekties, zaudē līdzsvaru, nepieciešama asistēšana
- 9. Priekšmeta pacelšana no grīdas no stāvus pozīcijas**
- 4 - droši un vienkārši spēj pacelt čību
  - 3 - spēj pacelt čību, bet vajadzīga pārraudzība
  - 2 - nespēj pacelt, bet noliecas 2-5 cm līdz čībai un notur līdzsvaru bez palīdzības
  - 1 - nespēj pacelt un vajadzīga palīdzība to mēģinot
  - 0 - nespēj mēģināt un vajadzīga palīdzība, lai pasargātu no līdzsvara zuduma un kritiena
- 10. Stāvēt skatīšanas sev aiz muguras pār kreiso un labo plecu**
- 4 - spēj brīvi skatīties sev aiz muguras pār abiem pleciem un svars tiek pārņemts pareizi
  - 3 - spēj skatīties sev aiz muguras tikai pār vienu plecam, uz otru pusi ir redzama sliktāka svara pārņemšana
  - 2 - griežas tikai sānis, saglabājot līdzsvaru
  - 1 - vajadzīga pārraudzība lai pagrieztos
  - 0 - vajadzīga asistēšana lai pasargātu no līdzsvara zuduma un kritiena
- 11. Pagriešanās par 360 grādiem**
- 4 - spēj droši pagriezties par 360 grādiem uz abām pusēm 4 sekundēs vai mazākā laikā
  - 3 - spēj droši pagriezties tikai uz vienu pusi 4 sekundēs vai mazākā laikā
  - 2 - spēj droši pagriezties par 360 grādiem, bet lēni
  - 1 - vajadzīga stingra pārraudzība vai mutiski norādījumi
  - 0 - vajadzīga asistēšana pagriežoties
- 12. Pārmaiņus kāju likšana uz soliņa, stāvēt neatbalstoties**
- 4 - spēj nostāvēt patstāvīgi un droši, izdarot 8 soļus 20 sekundēs
  - 3 - spēj nostāvēt patstāvīgi un droši, izdarot 8 soļus vairāk kā 20 sekundēs
  - 2 - spēj veikt 4 soļus bez palīdzības bet ar pārraudzību
  - 1 - ar minimālu asistēšanu spēj veikt > 2 soļus
  - 0 - vajadzīga palīdzība lai pasargātu no kritiena (nespēj mēģināt)
- 13. Stāvēšana bez atbalsta, vienu kāju novietojot priekšā otrai**
- 4 - spēj novietot pēdas pozīcijā patstāvīgi un noturēt 30 sekundes (pēdas novietotas precīzi "pirkstgals-papēdis")
  - 3 - spēj neatkarīgi novietot kāju priekšā otrai un noturēt pozīciju 30 sekundes

- **2** - spēj patstāvīgi veikt mazu soli un noturēt pozīciju 30 sekundes
- **1** - vajadzīga palīdzība liekot soli, bet var noturēt pozīciju 15 sekundes
- **0** - zaudē līdzsvaru sperot soli vai stāvēt

**14. Stāvēšana uz vienas kājas**

- **4** - spēj neatkarīgi pacelt kāju un noturēt pozīciju > 10 sekundes
- **3** - spēj neatkarīgi pacelt kāju un noturēt pozīciju 5-10 sekundes
- **2** - spēj neatkarīgi pacelt kāju un noturēt pozīciju 3-5 sekundes
- **1** - nespēj noturēt paceltu kāju 3 sekundes, bet paliek stāvus neatkarīgi
- **0** - nespēj mēģināt vai ir vajadzīga asistēšana

## MINI mentālā skala

Pacienta vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Dzimšanas dati : \_\_\_\_\_

Instrukcija: Pierakstiet atbildi uz visiem jautājumiem

Testa darbības sfēra	Punktu skaits			
<b>1. Orientēšanās</b> Gads, mēnesis, diena, datums, laiks ( <b>0- 5 punkti</b> )	0- 5			
Valsts, pilsēta, rajons, slimnīca, nodaļa ( <b>0- 5 punkti</b> )	0- 5			
<b>2. Reģistrācija</b> Eksaminētājs nosauc 3 objektus (ābols, galds, santīms). Lūdz personai atkārtot 3 nosaukumus. Viens punkts par katru no pareizajām atbildēm. Tad pacients mēcās 3 nosaukumus, līdz visus var nosaukt pareizi.	0- 3			
<b>3. Uzmanība un rēķināšana</b> No 100 atņem 7, tad atkārto to pašu no iegūtā rezultāta (beidz pēc 5 darbībām) 100, 93, 86, 79, 72, 65. Alternatīva: skaitīt vārdu "SAULE" pa burtiem atpakaļ "ELUAS"	0- 5			
<b>4. Atcerēšanās</b> Jautā par 3 objektiem (ābols, galds, santīms), kuri tika iemācīti iepriekš.	0- 3			
<b>5. Valoda</b> Parādiet pacientam rokas pulksteni un jautājiet „Kas tas ir?” Parādiet pacientam zīmuli un jautājiet „Kas tas ir?”	0- 1			
	0- 1			
<b>6. Atkārtošana</b> Atkārtot frāzi - "Nē, jā un vai bet"	0- 1			
<b>7. Trīspakāpju komanda</b> Dot trīspakāpju komandu un novērtēt ikvienu no pakāpēm „Pieskaries ar labās rokas rādītājpirkstu degunam un tad kreisajai ausij!”.	0- 3			
<b>8. Lasīšanas izpratne</b> Palūdz pacientam lasīt un izpildīt uz papīra rakstītu komandu "Aizveriet acis".	0- 1			
<b>9. Rakstīšana</b> Palūdz pacientam uzrakstīt teikumu. Teikumam jāsatāv no teikuma priekšmeta un darbības vārda.	0- 1			
<b>10. Pārzīmēšana</b> Palūdz pacientu pārzīmēt daļēji pārklājušos piecstūrus	0- 1			
<b>Kopā:</b>	<b>0- 30</b>			
Personas apziņas līmenis testa laikā	Modrs	miegains	kavēts	komā
Novērtētājs:	Novērtēšanas datums:			

## Vizuālā analogā sāpju skala (VAS)

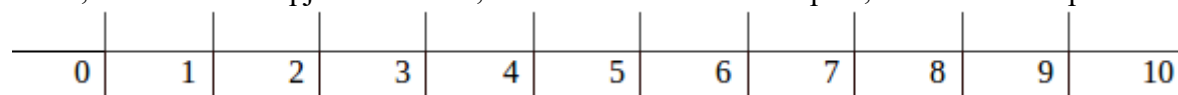
Vienkāršās viendimensionālās sāpju intensitātes novērtēšanas skalas :

Vizuālo analoģu skala (VAS) – indivīds atzīmē savu sāpju intensitāti uz 10 cm (100 mm) gara nogriežņa/lineāla atbilstoši savām izjūtām. Skalas sākuma jeb „0” punkts atbilst stāvoklim, kad sāpju nav, beigu punkts – maksimāli stiprām, visstiprākajām, kādas vien var iedomāties. Pārbaudītājs pēc tam izmēra šo norādīto atzīmi, to izsakot skaitliskās vienībās (cm vai mm), ko fiksē medicīniskajā dokumentācijā.



## Numeriskā analoģu (reitinga) skala (NRS)

indivīds atzīmē sāpju intensitāti uz 11 ballu skaitliskas skalas, kur sāpju intensitātei atbilst skaitlis no 0 līdz 10, atbilstoši 0 - sāpju nav, 10 balles – maksimāli stipras, neizturamas sāpes.



Nav sāpju  
stipras

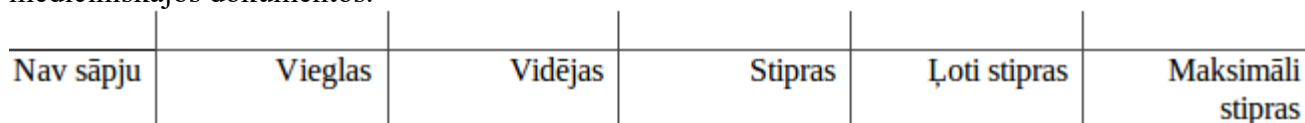
Maksimāli

Sāpju intensitāti ar abām minētajām skalām (VAS un NRS) var noteikt pārbaudītājs (ārsts, ārsta palīgs, sertificēta māsa), aktīvi iztaujājot pacientu, taču iespējama arī indivīda pašnovērtējuma sniegšana rakstiskā veidā, aizpildot anketas vai citādi. Visbiežāk nosaka pašreizējo (izmeklēšanas brīdī esošo) sāpju intensitāti, bet nereti kompleksā izvērtējumā vērtē vidējās sāpes pēdējās diennakts vai pēdējās nedēļas laikā; var mērīt arī maksimālo un minimālo sāpju līmeni, sāpes miera stāvoklī, pie kustībām; atsevišķi spontāno un provocēto sāpju stiprumu.

Sāpes novērtē kā vieglas (vājas, maz izteiktas), ja tās ir 3 un mazāk balles stipras, 4-6 balles atbilst vidēji stiprām sāpēm, un stipras (intensīvas, stipri izteiktas) sāpes vērtējums ir 7 un vairāk balles. Pacienta sniegtā novērtējuma datus fiksē primārajos medicīniskajos dokumentos.

## Verbālā sāpju intensitātes (reitinga) skala (VRS)

indivīds uz skalas atzīmē sāpju intensitātes novērtējumu aprakstoši vārdiski : nav sāpju, maz izteiktas, vidēji izteiktas, stipras, ļoti stipras, maksimālās jeb visstiprāk izteiktas, ko pārbaudītājs fiksē medicīniskajos dokumentos.



# Atzinums tehniskā palīglīdzekļa saņemšanai

89.pielikums

Ministru kabineta

2006.gada 4.aprīļa noteikumiem Nr.265

(Pielikums MK 15.04.2008. noteikumu Nr.269 redakcijā)

Datums, mēnesis, gads

Personas vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

Personas kods         —

Adrese \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnoze \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnozes kods    .

(pēc SSK 10.redakcijas)

Funkcionālo traucējumu apraksts un rekomendācijas, ieteicamais tehniskā palīglīdzekļa veids

Ārstējošais ārsts \_\_\_\_\_

(paraksts, personīgais spiedogs)

# Iesniegums

Vaivaru Tehnisko palīglīdzekļu centram  
Tehniskā palīglīdzekļa piešķiršanai

Vārds, Uzvārds: \_\_\_\_\_

Personas kods: \_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_ e-pasts: \_\_\_\_\_

Deklarētā adrese: \_\_\_\_\_

Lūdzu piešķirt tehnisko palīglīdzekli: \_\_\_\_\_

Augums: \_\_\_\_\_ cm, svars: \_\_\_\_\_ kg.

Vēlos saņemt tehnisko palīglīdzekli (aktīvo ritenkrēslu) veicot līdzmaksājumu\*

Izmantošanas mērķis: \_\_\_\_\_

Likumiskā pārstāvja/pilnvarotās personas vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Personas kods: \_\_\_\_\_ (pievienot atbilstošo dokumentu)

Lūdzu, atzīmēt atbilstošo:

- |                                                            |                                                                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Invaliditāte (grupa: _____);      | <input type="checkbox"/> Nelaiimes gadījums darbā vai arodslimība; |
| <input type="checkbox"/> Cietis ceļu satiksmes negadījumā; | <input type="checkbox"/> Ir veselības apdrošināšana.               |

\*\* Tehnisko palīglīdzekli lūdzu izsniegt personai \_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds, personas kods)

\_\_\_\_\_  
(paraksts un atšifrējums)

\_\_\_\_\_  
(datums)

Saņemts: \_\_\_\_\_

Datums: \_\_\_\_\_

Iereģistrēts: \_\_\_\_\_

\* atbilstoši 15.12.2009.MK noteikumu Nr.1474. punktam 6.<sup>2</sup>

\* \* Aizpildīt tikai gadījumos kad tehniskais palīglīdzeklis nav uzskaitīts 15.12.2009.MK noteikumu Nr.1474. 11.punktā un tehniskais palīglīdzeklis nav individuāli izgatavojams.

# Funkcionālās neatkarības mērījums

*Functional Independence Measure (FIM)*<sup>1</sup>

*US National Advisory Committee*

## Vispārīgs apraksts

Mērījums bāzēts uz *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (WHO, 1980)*. Mērījums novērtē personas fizisko, kognitīvo un sociālo funkcionēšanu. Mērījums novērtē 6 funkcionēšanas sfēras, tostarp arī pašaprūpi. Subjekta pašaprūpes spējas tiek novērtētas ar 6 vienībām (kopā mērījumam ir 18 vienības): ēšana, higiēna, vanna, augšējās ķermeņa daļas apģērbšana, apakšējās ķermeņa daļas apģērbšana, tualete. Izvērtē, kāds ir nepieciešamais asistēšanas līmenis; Katra mērījuma vienība tiek novērtēta ar 7-punktu (1-7) Likerta skalas palīdzību (no pilnīgas atkarības, līdz pilnīgai neatkarībai).

Iegūtais rezultāts norāda uz:

-nepieciešamību pēc asistēšanas izpildot ikdienas dzīves aktivitātes, -asistēšanas jeb palīdzības apjomu. Maksimālais punktu skaits ir 126 punkti. Jo lielāks punktu skaits, jo pacienta funkcionālās spējas ir pilnvērtīgākas un viņš ikdienā ir neatkarīgāks.

Aizpildīšanas laiks: ~30 min.

**Lietošanas mērķi** Novērtē personas funkcionālo neatkarības pakāpi un noteikt nespējas līmeni.

**Saistība ar SFK** Aktivitātes un dalība

## Informācija par zinātnisko pamatojumu

Praktiskums: nav datu (plaši pielietojams dažādām pacientu grupām).

Ticamība: +

Pamatotība: +

Jūtība uz izmaiņām: +

## Izmaksas un licences

**Speciālisti:** veselības aprūpes speciālisti, multiprofesionālās rehabilitācijas komandas dalībnieki.

**Apmācība:** iegādājoties mērījuma licenci, speciālistiem ir jāiepazīstas ar mērījuma lietošanas vadlīnijām un jānokārto pārbaudījums. Informācija par FIM iekļauta RSU Rehabilitācijas fakultātes studiju programmu saturā.

**Izmaksas:** Mērījums ir maksas, nepieciešama FIM® lietošanas licence, kas iedalās trīs grupās – stacionāra rehabilitācijas programmas pacientiem (The FIM System®), akūtās aprūpes stacionāriem (Alpha FIM®), stacionāriem un ambulatoriem pediatrijas pacientiem (WeeFIM II System®), kas nodrošina datorizētu sistēmu datu uzkrāšanai un apstrādei.

**Apmācība:** Apmācību mērījuma lietošanā realizē FIM® apmācītājiem speciālisti, apmācības notiek gan klātienē gan attālināti (webināri) un izmaksas tiešsaistes apmācībām e-vidē ir no 79 līdz 379\$<sup>2</sup> (atbilst 68 – 325 EUR).

FIM® apmācības ir pirmreizējās un atkārtotās – kompetences uzturēšanai, pēc apmācību pabeigšanas speciālisti kārto pārbaudījumu un iegūst sertifikātu par tiesībām izmantot FIM®.

<sup>1</sup><https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/fimr-instrument-fim-fimr-trademark-uniform-data-system-fro-medical>

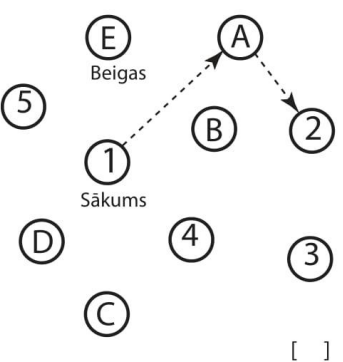
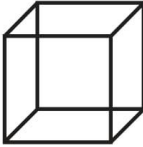
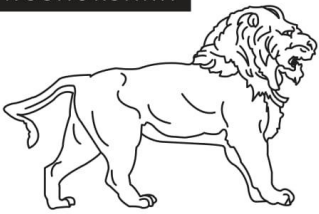
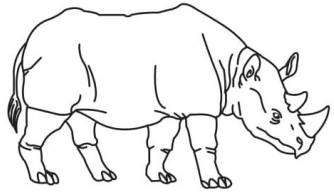
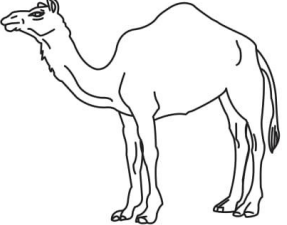
<sup>2</sup> Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc . Pieejams tiešsaistē: <https://www.udsmr.org/WebModules/News/NewsDetail.aspx?id=124>



**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**

**VĀRDS :**  
Izglītība :  
Dzimums :

**Dzimšanas dati :**  
Datums :

<b>VIZUĀLI TĒLPISKĀS SPĒJAS / VADĪBAS FUNKCIJAS</b>		Pārzīmēt kubu	Uzzīmēt PULKSTENI (desmit minūtes pāri vienpadsmitiem) (3 punkti)	PUNKTI				
				___/5				
<b>NOSAUKŠANA</b>								
								
<b>ATMIŅA</b>		Izlasiet vārdu sarakstu, lūdziet respondentam tos atkārtot. Veiciet to 2 reizes, pat, ja 1. mēģinājums bijis veiksmīgs. Lūdziet atcerēties šos vārdus vēl pēc 5 minūtēm.						
		SUNS	VELVETS	BĒRZS	ROZE	ZILS	Nav punkti	
		1. mēģinājums						
		2. mēģinājums						
<b>UZMANĪBA</b>		Nosauciet skaitļu virkni (1 skaitlis /sekundē) Respondentam tie jāatkārto tiešā secībā [ ] 2 1 8 5 4 Respondentam tie jāatkārto pretējā secībā [ ] 7 4 2			___/2			
Sauciet burtus. Respondentam jāuzsūt ar plaukstu pa galdu pie katra burta A. Punkti netiek doti, ja ir ≥ 2 kļūdas		[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB			___/1			
Atņemiet pa 7, sākot no 100		[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	___/3	
		4 vai 5 pareizas darbības: 3 p., 2 vai 3 pareizas: 2 p., 1 pareiza: 1 p., 0 pareizas: 0 p.						
<b>VALODA</b>		Atkārtojiet: Es zinu tikai to, ka Jānis ir vienīgais, kas šodien palīdz. [ ] Kaķis vienmēr slēpās zem divāna, kad suņi bija istabā. [ ]			___/2			
		Valodas raitums. 1 minūtes laikā nosauciet pēc iespējas vairāk vārdu uz burtu L. [ ] _____ (N ≥ 11 vārdi)			___/1			
<b>VISPĀRINĀŠANA</b>		Līdzība starp vārdiem, piemēram, banāns – apelsīns = augļi [ ] vilciens - velosipēds [ ] pulkstenis – lineāls			___/2			
<b>ATSAUKŠANA ATMIŅĀ</b>		Jāatsauc atmiņā vārdi	SUNS	VELVETS	BĒRZS	ROZE	ZILS	Punkti tiek piešķirti tikai par pareizām atbildēm
		BEZ NOTEIKTAS SECĪBAS	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	BEZ NORĀDES PIEMĒRIEM
Izvēles uzdevums		Norāde par kategoriju						
		Norāde ar vairākiem atbilstošiem variantiem						
<b>ORIENTĀCIJA</b>		[ ] Datums [ ] Mēnesis [ ] Gads [ ] Diena [ ] Vieta [ ] Pilsēta			___/6			

# Motorikas sakala

## Motorikas skala

### Kustību punktu skaitīšanas lapa

		0	1	2	3	4	5	6
1.A	Pagriešanās uz labajiem sāniem no stāvokļa guļus uz muguras							
1.B	Pagriešanās uz kreisajiem sāniem no stāvokļa guļus uz muguras							
2.A	Apsēšanās uz gultas malas no stāvokļa guļus uz muguras uz labo pusi							
2.B	Apsēšanās uz gultas malas no stāvokļa guļus uz muguras uz kreiso pusi							
3.	Balansēta sēdēšana							
4.	Piecelšanās no sēdus stāvokļa							
5.	Staigāšana							
6.	Augšējo ekstremitāšu funkcijas							
7.	Roku kustības							
8.	Sarežģītas roku kustības							

### Kritēriji punktu skaitīšanai

#### I No stāvokļa guļus uz muguras pagriežties uz veselajiem sāniem

1. Guļot griež sevi uz sāniem (starta pozīcijai jābūt guļus uz muguras), nesaliecot kājas ceļos. Pacients griež sevi uz sāniem ar veselo roku, virza skarto kāju ar veselo kāju.
2. Aktīvi kustina kājas šķērsām ķermenim un ķermeņa apakšējā daļa seko. Sākuma pozīcija iepriekšējā, roka blakus ķermenim.
3. Bojātā roka tiek pacelta šķērsām pāri ķermenim ar otru roku. Kājas aktīvi piedalās kustībās un ķermenis seko kustībai. Starta pozīcija kā iepriekš.

4. Aktīvi kustina rokas šķērsām pāri ķermenim un viss ķermenis seko kustībai. Starta pozīcija kā iepriekš.
5. Kustina rokas un kājas uz sāniem, bet nesabalansēti (par daudz). Starta pozīcija kā iepriekš. Pleci izstiepti un rokas liecas uz priekšu.
6. Griežas (veļas) uz sāniem 3 sekundēs. Starta pozīcija kā iepriekš. Nav nepieciešams izmantot rokas.

## II No stāvokļa guļus uz muguras apsēsties uz gultas malas

1. Pacients guļ uz sāniem, ceļ galvu augšā, bet nespēj apsēsties.
2. No stāvokļa guļus uz sāniem apsēžas uz gultas malas. Terapeits palīdz pacientam veikt šo darbību. Pacients pats kontrolē galvas pozīciju.
3. No stāvokļa guļus uz muguras apsēžas uz gultas malas. Terapeits palīdz pacientam nolaist kājas pār gultas malu.
4. No stāvokļa guļus uz sāniem apsēžas uz gultas malas (bez palīdzības).
5. No stāvokļa guļus uz muguras pagriezienā apsēžas uz gultas malas (bez palīdzības).
6. Pagriezienā apsēžas uz gultas malas 10 sekundēs (bez palīdzības).

## III Balansēta sēdēšana

Izejas pozīcija: pacients sēž uz krēsla ar cietu pamatni. Ceļu uz gūžu locītavas 90° leņķī. Rokas uz augšstilbiem, ceļi un pēdas kopā.

1. Sēž tikai ar atbalstu (terapeits asistē pacientam sēžot). Kājas un rokas nedrīkst izmantot atbalstam.
2. Sēž bez atbalsta 10 sek. (ceļi un pēdas kopā, pēdas balstās uz grīdas).
3. Sēž bez atbalsta vienmērīgi nosveroties uz priekšu (galva un krūšu daļa virzītas uz priekšu, svaram jābūt vienmērīgi sadalītam uz abām pusēm).
4. Sēž bez atbalsta, griež galvu un ķermeni, lai paskatītos blakus (pēdas kopā un balstās uz grīdas, rokas brīvi uz augšstilbiem).
5. Sēž bez atbalsta, sniedzas uz priekšu, aizskarot grīdu, un atgriežas starta pozīcijā (pēdas balstās uz grīdas).
6. Sēž bez atbalsta, sniedzas uz sāniem, aizskarot grīdu, pēc tam atgriežas izejas pozīcijā (pēdas balstās uz grīdas).

## IV Piecelšanās no sēdus stāvokļa

Izejas pozīcija: pacients sēž uz krēsla ar cietu pamatni. Ceļu uz gūžu locītavas 90° leņķī. Pēdas paralēli, nedaudz atstatus.

1. Pieceļas ar terapeita palīdzību (dažādas metodes).
2. Pieceļas ar palīdzību (svars nevienmērīgi sadalīts, izmanto atbalstam rokas).
3. Pieceļas (svars vienmērīgi sadalīts, nenovēro palīdzību ar rokām).

4. Pieceļas un stāv 5 sek. (var būt nepilnīgi iztaisnotas gūžu un ceļu locītavas, nepieļaut nevienmērīgu svara sadali).
5. Pieceļas no sēdus stāvokļa un apsēžas bez palīdzības (pilnīgi iztaisnotas gūžu un ceļu locītavas, nepieļaut nevienmērīgu svara sadali).
6. Pieceļas no sēdus stāvokļa un apsēžas bez palīdzības 3 X 10 sekundēs (nepieļaut nevienmērīgu svara sadali).

#### V Staigāšana

1. Stāv uz vienas (bojātās) kājas un ar otru kāju liek soli uz priekšu (svaru nesošajai gūžas locītavai jābūt iztaisnotai, terapeits var palīdzēt).
2. Staigā ar vienas personas palīdzību.
3. 3 m staigā viens pats vai lietojot kādu palīglīdzekli, bet bez cilvēka palīdzības.
4. Staigā 5 m bez palīglīdzekļiem 15 sek.
5. Staigā 10 m bez palīglīdzekļiem, griežas apkārt, var pacelt no zemes mazu smilšu maisu un atnākt atpakaļ 25 sek.
6. Kāpj augšup un lejup 4 pakāpienus ar vai bez palīglīdzekļiem, bet bez pieturēšanās pie margām 3 X 35 sek.

#### VI Augšējo ekstremitāšu funkcijas

1. Guļus iztiepj plecu ar paceltu parētisko roku (terapeits novieto roku pozīcijā un atbalsta elkoni ekstenzijā)
2. Guļus notir izstieptu paceltu roku 2 sek. (terapeitam jānovieto roka pozīcijā un pacientam jāsauglabā pozīcija ar nelielu ārēju rotāciju, elkonī iztaisnota).
3. Saliecot uz iztaisnojot elkoni, ar plaukstu aizsniegt pieri, ja roka ir kā 2. punktā. Terapeits var asistēt augšdelma supinācijā.
4. Sēžot notur iztaisnotu roku uz priekšu 90° leņķī attiecībā pret ķermeni 2 sek. (terapeits novieto roku pozīcijā un pacientam jānotur pozīcija ar nelielu ārēju rotāciju un iztaisnotu elkoni, nepieļaut pārmērīgu plecu pacelšanu).
5. Sēžot pacients paceļ roku iepriekšējā pozīcijā, notur to 10 sek., un tad nolaiž (pacientam jāsauglabā pozīcijas ar nelielu ārēju rotāciju, nepieļaut pronāciju).
6. Pacients stāv, roka pret sienu. Notur rokas pozīciju, kamēr pagriež ķermeni uz sienas pusi (roka abducēta 90° leņķī, plauksta saliekta pret sienu).

#### VII Rokas kustības

1. Pacientam sēžot, plauksta pamatne iztaisnota (pacientam jāšēž pie galda, plauksta uz augšu, augšdelms brīvi guļ uz galda. Terapeits ieliek cilindrisku priekšmetu objektu pacienta plaukstā un lūdz pacientu pacelt priekšmetu no galda, saliecot plauksta pamatni. (nepieļaut elkoņa fleksiju).
2. Pacientam sēžot, plauksta pamatnes radiālā deviācija (terapeitam jānovieto augšdelms vidējā pozīcijā – supinācijas stāvoklī, uz ulnārās puses, īkšķis vienā

līnijā ar augšdelmu, plauksta pamatne iztaisnota, pirksti ap cilindrisko priekšmetu. Pacientam palūdz pacelt roku no galda. Nepieļaut elkoņa fleksiju vai pronāciju).

3. Pacientam sēžot, roka gar sāniem, pronācija un supinācija (elkonis bez atbalsta un pareizā leņķī, pieļaujamas  $\frac{3}{4}$  no apjoma).
4. Sniedzoties uz priekšu ar abām rokām pacelt lielu bumbu (14 cm diametrā) un nolikt atpakaļ. Bumbai jābūt tik tālu no pacienta, lai viņš to varētu pacelt tikai pilnīgi iztaisnojot rokas. Pacientam jāiztaisno pleci un elkoņi, plauksta pamatne neitrāla vai iztaisnota. Plaukstai jābūt kontaktā ar bumbu.
5. Pacelt krūzīti no galda un nolikt to atpakaļ uz galda šķērsām.
6. Īkšķa un katra pirksta nepārtraukta opozīcija ilgāk nekā 14 X 10 sek. Katru pirkstu, sākot no rādītāja pirkta, pieliek pie īkšķa. Neļaut īkšķi slīdēt no viena pirksta uz otru.

### VIII Sarežģītas roku kustības

1. Pacelt zīmuli un nolikt to atpakaļ (pacients izstiep j roku uz priekšu, paceļ zīmuli, atlaiž to uz galda cieši pie ķermeņa).
2. Izņemt no krūzītes vienu žeļejas bumbiņu un ielikt to citā krūzītē (Tējas krūzītē ir 8 bumbiņas, abām krūzītēm ir jābūt roku leņķī. Ar kreiso roku paņemt bumbiņu no krūzītes pa labi un ieliek krūzītē pa kreisi).
3. Zīmēt horizontālas līnijas un apstāties pie vertikālas līnijas 10 X 20 sek. (vismaz 5 līnijām ir jāpieskaras un jābūt pie vertikālās līnijas).
4. Turēt zīmuli, ātri veidot punktus uz papīra lapas (pacientam jāzīmē 10 sek. Laikā vismaz 2 punkti sekundē. Pacients paceļ zīmuli un novieto to bez palīdzības. Pacientam jātur zīmulis kā rakstīšanai un jāzīmē punkti nevis svītriņas).
5. Paņemt desertu karoti un ielikt mutē (neļaut galvai sniegties uz leju pie karotes un neļaut šķidrumam izlīst).
6. Turēt ķemmi un ķemmēt matus pakauša daļā.