



# MEDICĪNISKĀ DOKUMENTĀCIJA

## Septiņi vērtīgi padomi, kā nekļūdīties

Vēl no padomju laikiem iesakņojies priekšstats, ka medicīnas dokumenti ir jāraksta prokuroram un pašu zināšanai, taču šobrīd situācija būtiski mainījies. Kādas kļūdas visbiežāk pieļauj mediķi, aizpildot medicīnisko dokumentāciju, un kādas zelta likumības der ievērot?

**Silvija Razgale, žurnāliste**

**L**īdz ar medicīnisko tehnoloģiju attīstību radusies nepieciešamība pēc daudz detalizētāka izklāsta pacienta veselības stāvokļa raksturošanai. Ārsts vairs nevar būt vienīgais, kas pārzina visās medicīnas jomas, — stāsta R. Rožkalns. “Šobrīd ārstniecība lielākoties notiek daudzdisciplīnu komandā un medicīnas dokumenti vairs nav saistīti tikai ar ārsta atcerēšanās jautājumu, bet gan ar pacienta veselības stāvokļa vispusīgu atspoguļošanu, lai citam ārstam, kas sāk vai turpina pacienta ārstēšanu, būtu pilnīga informācija.”

Zvērināts advokāts uzsver arī to, ka medicīniskā dokumentācija mūsdienās nav vairs tikai ārstniecību apliecināošs dokuments, jo veselības aprūpe ir dārga nozare, nepieciešama uzraugošo iestāžu kontrole, arī budžeta plānošanas ietvaros. Aktuāls ir jautājums arī par klīniskiem pētījumiem, kur medicīniskās dokumentācijas iz-

mantošana vairs nav tikai ārsta individuālu piezīmju apkopojums. Tāpēc ļoti svarīgi, lai medicīniskā dokumentācija būtu sakārtota, informācija tajā — vispusīgi un pilnvērtīgi atspoguļota. Tā ārsts nepieciešamības gadījumā var sevi arī aizsargāt.

**“Jo mazāk ierakstīšu,  
jo labāk” — nedarbojas**

“Pērn Latvijas Ārstu kongresā puse dienas bija veltīta juridiskām tēmām par medicīnisko dokumentāciju, tās aizpildīšanas kvalitāti, patiesumu un to, cik daudz, plaši un pamatoti veikti ieraksti, lai nākamajā dienā tiem varētu izsekot gan ārsts pats, gan saprastu cits viņa kolēģis. Taču nav vērojama pozitīva dinamika,” novērojumu atklāj V. Berga. Tas, ka 2013. gada oktobrī sāka darboties Ārstniecības riska fonds, nemazina ārsta atbildību par sekām. Lai ārsts varētu sniegt konstruktīvu

### KOMENTĒ

**RONALDS ROŽKALNS,**  
Medicīnas tiesību biroja  
zvērināts advokāts  
un diplomēts ārsts

**VALENTĪNA BERGA,**  
Veselības inspekcijas  
Veselības aprūpes kvalitātes  
kontroles nodaļas vadītāja



skaidrojumu un starp ārstu un kontrolējošās institūcijas ekspertu raisītos auglīga saruna, tik un tā jāskatās ieraksti. "Piemēram, inspektoram no ķirurga ieraksta pacienta dokumentācijā nav saprotams, vai konsultācijas laikā ārsts pacienta vēderam vispār ir pieskāries, ārsts nav atstājis ne slēdzienu, ne atzinumu, ne diagnozi, vien uzrakstījis: "Uz pašreizējo brīdi nav akūts vēders." Ko tas nozīmē? Ja tik vien ir kā trīs četri vienkārši, nepaplašināti teikumi, tad gribētu sacīt: ja situācijas atrisinājums bija bēdīgs, tad tur tomēr bija akūts vēders un tur tomēr bija vairāk jādama! Bet nez kāpēc šķiet, ka daļa ārstu domā: "Jo mazāk ierakstīšu, jo būs labāk — tā pasargāšu sevi no sekām." Iespējams, ārsti uzskata, ka, neievērojot Ministru kabineta noteikumus Nr. 265 par medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību, nebūs nekāda soda, nebūs atbildības. Bet būs!" atgādina V. Berga.

"Mīlie kolēģi, ja skatāties pacientu, jums tas ir jāieraksta! Nedrīkst būt situācijas, kad domājat: tas nav mans patients, kas atbilst manam sertifikātam. Tāpēc pacientu atstājat nākamajam kolēģim. Ja posmu pēc posma patients no viena ārsta nonāk pie cita un visbeidzot pēdējais ieraksta, ka patients tiek izrakstīts, jo viņam veiktas analīzes, tajās nekas akūts nav konstatēts, un līdzī tiek iedotas analīžu kopijas un izraksts, lai ar to dotos pie ģimenes ārsta, nevar saprast, ko kurš ārsts domājis. Bet ne tā ir jāpabeidz šā pacienta aprūpe!" teic V. Berga. "Sūdzību būtu uz pusi mazāk, ja viss beigtos ar punktu uz i. Ne velti pacienti sūdzībās tā arī raksta: "Atveda. Četras stundas sēdēju uzņemšanā. Tad pienāca viena sieviete, pēc tam — divi vīrieši. Viņu uzvārdus es nezinu."

Viņa atsauc atmiņā profesoru Jūliju Anšelēviču, Ilmāra Lazovska un Nikolaja Skujas rakstītās vēstures. "Profesoram Skujam kā gastroenterologam bija daudz jautājumu pacientam: par ēšanu no rīta un vakarā, par spiešanu vēderā utt. Viņa ieraksti nebija gari, bet, tos lasot, pat students varēja noprast un izvirzīt hipotēzes."

## Nebūt pavisam, domāt par sekām

"Bieži ārsti nepadomā par sekām, ko rada ieraksts medicīniskajā dokumentācijā. Runa ir ne tikai par to, kas vai kā tiek ierakstīts, bet arī par to, vai ieraksts tiek ņemts vērā," spriež R. Rožkalns. "Lūk, situācija! Vēlu vakarā uzņemšanas nodaļā ievēd pacientu, ārsts nosūta uz izmeklēšanu. Radiologs veic izmeklēšanu un nogādā pacientu kādā no slimnīcas nodaļām. Pārtrūkst tālākā komunikācija starp uzņemšanas nodaļas ārstu, radiologu un nodaļu, kur patients nonāk. Patients tomēr nomirst... It kā darīts viss nepieciešamais, bet situācija uzskatāmi rāda, cik svarīga ir saziņa starp mediķiem un prasme pilnvērtīgi aizpildīt medicīnas dokumentus. Jā, bija aizdomas par kādu veselības problēmu, kuras dēļ veica papildu izmeklēšanu. Bet nepietiekami ieraksti medicīnas dokumentācijā aizkavēja savlaicīgu palīdzības sniegšanu, patients tika zaudēts."

V. Berga stāsta no pieredzes: "Ir ļoti labi, ka tagad ģimenes ārstam var būt divi palīgi, kas drīkst izsniegt darbnespējas lapu, ja ārsts ir, piemēram, mājas vizītē vai

konferencē. Māsiņa uzņemas epidemioloģiskās drošības likuma normu ievērošanu, sakārto kartītes, veic pacientu uzskaiti. Taču kā var būt šāda situācija: četrus piecus gadus līdz pat cienījamu vecumu sasnieguša pacienta nāvei (un kas no tā, ka nopietnā vecumā!) ārsts piederīgajiem tik izsniedz zāļu receptes vai nosūtījumus uz slimnīcu?! Cilvēks nomirst, piederīgie zvina uz inspekciju, jo, lūk, ārsts neizdod apliecību par nāves iestāšanos. Zvanu dakterim, jautāju, kas noticis, bet viņš man saka: "Es viņu piecus gadus neesmu redzējis!" Bet bija taču iespēja, kamēr patients bija dzīvs! Jā, ir izraksts no slimnīcas, tāpēc nav pašam pie pacienta jāiet, vai arī ātrā palīdzība divus trīs vakarus bija braukusi... Bet var taču savu feldšeri aizsūtīt un palūgt, lai izmēra asinsspiedienu, parunājas, pavelk segu un apskatās ne tikai ar čībām kājās! Lai pēc tam neizrādās, ka tur ir čūla līdz pat kaulam!"

## Rezidents aizpilda, uzraugošais ārsta pārbauda

R. Rožkalns stāsta, ka advokāta praksē ir gadījumi, kad medicīniskos dokumentus aizpilda rezidenti un ne vienmēr seko uzraugošā ārsta paraksts. Rezidents gan vairs nav students, jo viņam ir ārsta diploms un ir nepieciešama praktiskā darba pieredze, taču nedrīkst būt situācijas, kad rezidentam blakus nav pieredzējuša kolēģa. Tā viņš var nonākt ne vien bezpalīdzīgā, bet arī pretlikumīgā situācijā, un var gadīties, ka tad medicīnas dokumentācija dažkārt tiek labota *post factum*, kas nav pieļaujami.

## Pacientam jāzina, kas ierakstīts viņa slimības vēsturē

Vai pacientam jāzina viss, ko slimības vēsturē sarakstījis ārsts? R. Rožkalns: "Jā! Ārstam var šķist, ka patients, uzziņājis vairāk, nekā viņam teikts, lieki satrauksies vai pārstās ārstēties. Tomēr tā ir tikai ilūzija, ka liels sarežģītas informācijas apjoms var pasliktināt pacienta stāvokli, jo principā viņam jāzina viss, kas saistīts ar viņa ārstniecību! To nosaka personas pašnoteikšanās jeb autonomijas princips. Pilna ārstniecības vēsture un ārstēšanas taktika nav tikai ārsta monopols. Nav pamatota arī diagnozes koda lietošana, lai izvairītos no situācijas, ka pretējā gadījumā pacientam radīsies nevajadzīgi jautājumi. Jo skaidrāk un atklātāk ārsts pacientam izstāstīs situāciju, jo saprašanās un līdzestība būs lielāka. Nav jākaunas, ka ārstam ir vairākas darba diagnozes, ko izmeklēšanu ceļā cenšas precizēt! Ministru kabineta noteikumi par ▶

### BŪTISKI

- Medicīnas dokumentāciju ārsts neaizpilda prokuroram, tā viņš pasargā arī sevi.
- Esiet koleģiāli — no jūsu ieraksta medicīniskajā vēsturē svarīga kolēģa tālākā rīcība, un dažkārt tai ir pacienta dzīvības cena!
- Ja medicīnisko vēsturi aizpilda rezidents, vispirms to izlasiet un tikai tad parakstiet!
- Pacientam ir tiesības zināt, kas ierakstīts viņa slimības vēsturē, taču par pacienta medicīnisko dokumentu glabāšanu, aizsardzību no iznīcināšanas, pazušanas u.tml. likuma izpratnē atbildīgs ir ārstniecības iestādes vadītājs.



medicīnisko lietvedību nosaka: ārstam ir jāizskaidro pacientam, kas rakstīts medicīniskajos dokumentos, ko nozīmē diagnoze, kādas būs ārstēšanas metodes un tās sekas. Tikai ļoti retos gadījumos likums paredz, ka ārsts pacientam var neizpaust diagnozi. Šāda situācija, piemēram, ir tad, ja pacients jau iepriekš mēģinājis izdarīt pašnāvību un informācija par smagu diagnozi vēl vairāk varētu pasliktināt stāvokli.”

Zvērināts advokāts vērs uzmanību: pacientam ir tiesības iepazīties ar ziņām, kas par viņa veselības stāvokli ir medicīniskajos dokumentos un tiek glabātas ārstniecības iestādē. Viņš drīkst saņemt arī šo dokumentu atvasinājumus: izrakstus, norakstus un kopijas. Biežas ir situācijas, kad poliklīnikas reģistratūrā pacientam tiek izsniegta viņa slimības vēsture vizītei pie ārsta. “Bet pieņemsim, ka pacients to nejauši ieliek somā un aiznes mājās! Un, ja pēc kāda laika pacients atkal ieradīsies poliklīnikā, lai saņemtu kādu medicīnas pakalpojumu, viņam teiks, ka “pie mums jūsu kartītes nav”! Par pacienta medicīnisko dokumentu glabāšanu, aizsardzību no iznīcināšanas, pazušanas u.tml. likuma izpratnē atbild ārstniecības iestādes vadītājs. Tāpēc ārstniecības iestādes interesēs ir nepieļaut šādas situācijas.”

## Ar dokumentāciju var iepazīties pacients no 14 gadu vecuma

“Dogmatiska, no agrākiem laikiem saglabājusies arī ārstu pieeja nepilngadīgu pacientu ārstēšanā. Tā ir maldinoša pārliecība, ka līdz 18 gadu vecuma sasniegšanai ikviena nepilngadīga pacienta ārstniecības gaita ir saskaņojama ar vecākiem. Kopš 2010. gada, kad Latvijā ir spēkā Pacientu tiesību likums, lēmumus ārstniecībā pacients patstāvīgi pieņem var jau no 14 gadu vecuma — gan par ārstniecības taktiku, gan noteikt, kurš drīkst iepazīties ar viņa medicīniskajiem dokumentiem,” atgādina R. Rožkalns. “Tātad, ja pie ārsta atnākusi 16 gadus veca jaunieta, tad ārstam ir tiesības liegt viņas mātei iepazīties

ar šīs pacientes medicīnisko dokumentāciju, ja nav pacientes rakstveida piekrišanas. Vairākumā gadījumu šo faktu nezina ne ārsti, ne pacienti un viņu ģimenes locekļi, kaut gan, neievērojot šo likuma prasību, sekas var būt

arī juridiskas. Vienlaikus jāatceras, ka ārstam, saņemot nepilngadīga pacienta piekrišanu ārstniecībai vai medicīnisko datu izpaušanai, jāsniedz šim pacientam visa informācija, kas nepieciešama pilnvērtīga lēmuma pieņemšanai, turklāt ievērojot pacienta attīstības pakāpi.”

## Izpaust ziņas no miruša pacienta dokumentiem drīkst tikai divos gadījumos

“Ierobežojumi jāņem vērā arī mirušu pacientu ģimenes locekļiem,” uzsver R. Rožkalns. “Pacientu tiesību likums paredz tikai divus gadījumus, kad izpaužamas ziņas no miruša pacienta medicīniskajiem dokumen-

tiem. Viens no šiem gadījumiem ir tad, kad laulātajam vai citam tuvam radniekam informācija var palīdzēt turpmākajā ārstēšanā, piemēram, runa ir par kādu ģenētisku, onkoloģisku slimību. Otrs gadījums ir nāves iestāšanās apstākļu noskaidrošana. Tikai šajos gadījumos pacienta laulātajam vai citam tuvam radniekam ir tiesības pieprasīt medicīnas dokumentu atvasinājumus: kopiju, izrakstu vai norakstu.”

## Sargājiet konfidencialitāti!

“Medicīniskās informācijas aizsargāšana ir viens no pamatprincipiem Pacientu tiesību likumā u.c. veselības aprūpi regulējošos normatīvajos aktos. Turklāt ar konfidencialitāti ārsts izrāda elementāru cieņu: pacients var nākt ar savu bēdu un problēmu, viņš tiks uzklauss un problēma — risināta,” teic R. Rožkalns. “Ja ārsts ir plāpīgs un kādam izpauž noslēpumu, ir risks, ka pacients var tikt izsmiets vai diskriminēts darbā vai sabiedrībā. Konfidencialitāte medicīnā aplūkojama ne tikai no ētiskā viedokļa. Ārsta plāpīguma dēļ var tikt apšaubīta viņa profesionalitāte. Ārsti neredzi nesaprot, ka, izpaužot pacienta noslēpumu, ir pārkāpjot konfidencialitātes pienākumu, pacients vienkārši vairs nenāks pie ārsta, kuram nevar uzticēties.”

Advokāts uzsver: nedrīkst būt situācijas, kad stacionārā visa slimības vēsture tiek nodota sanitāram, kam pacients jānogādā uz kādu izmeklējumu. Un tad, ejot pa gaiteni, lēnā garā var izšķīstīt dokumentus, izdarīt savus secinājumus vai noplūdināt informāciju. Katrai ārstniecības personai jābūt savai kompetencei rīcībā ar pacienta medicīniskajiem dokumentiem — tik, cik tas reāli nepieciešams tiešo profesionālo pienākumu veikšanai. “Kad informācijai jācirkulē starp dažādiem speciālistiem, labākais risinājums ir tās saglabāšana elektroniskā formātā, lai netiktu iekļauts cilvēcis-kais faktors, bet katrs ārsts ar savu pieejas kodu varētu ar šo dokumentāciju iepazīties vai veikt savus ierakstus. Jācer, ka līdz ar e-veselības attīstību šāds modelis ārstniecības iestādēs Latvijā kļūs par galveno.”

V. Berga stāsta, ka viņas darbības laikā nav bijis problēmsituāciju, kad kāds kādam palīdz “pa ceļam” izņemt pacienta dokumentus no veselības aprūpes iestādes. “Ja runājam par to, kurš ir tiesīgs saņemt kādu dokumentu izrakstus, norakstus vai citus atvasinājumus, tad noteicošais ir gan fizisko personu datu aizsardzības likuma, gan pacientu tiesību likuma regulējums. Dokumentus var saņemt vai nu pats, vai arī ar pilnvaru vīrs vai sieva, vai, ja tādu nav, pieauguši bērni, vecāki vai brāļi un māsas. Jā, likums ir likums, tomēr arī cilvēcīgās normas ir jāievēro. Nebūs labi, ja ārsts kāda dēla mātei pateiks, ka viņa nav pacientu tiesību likuma pirmajā rindā. Ir situācijas, kad atnāk tuvinieks, kam no likuma viedokļa nepienākas saņemt informāciju par pacientu. Taču risinājums ir iespējams — ārsts var iet līdz šim tuviniekam pie pacienta un jautāt, vai viņš vēlas, lai šis tuvinieks kaut ko zina par viņa veselības stāvokli, ārstēšanu, prognozēm utt. Ārstam ir jābūt iejūtīgam un cilvēcīgam!” ●

**Katrai ārstniecības personai jābūt savai kompetencei rīcībā ar pacienta medicīniskajiem dokumentiem — tik, cik tas reāli nepieciešams**