



Slimību profilakses un kontroles centrs

**ĪETEIKUMI ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒM
MEDICĪNISKO IERAKSTU UN INFORMĀCIJAS KVALITĀTES
NODROŠINĀŠANAI**

1.1. versija

Rīga
2017. gads

Priekšvārds

Veselības ministrijā ir izstrādāta „Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepcija“¹, cita starpā paredzot virkni veicamo pasākumu šīs jomas sakārtošanai. Ir veikti arī grozījumi Slimību profilakses un kontroles centra nolikumā², nosakot, ka turpmāk centrs nodrošinās metodisko atbalstu ārstniecības iestādēm ārstniecības kvalitātes un pacientu drošības jautājumos.

2016. gada 20. decembrī tika veikti grozījumi Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumos Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", iekļaujot prasības kvalitatīvu un pacientiem drošu ārstniecības pakalpojumu nodrošināšanai.

Balstoties uz šīm izmaiņām, Centrs ir izveidojis darba grupu un organizē diskusiju sēriju par kvalitātes un pacientu drošības prasību ieviešanu praksē. Darba grupas un diskusiju mērķis ir izstrādāt ieteikumus, kas palīdzētu visām ārstniecības iestādēm Latvijā ieviest paredzētās izmaiņas, kā arī apkopot esošās labās prakses Latvijas veselības aprūpes iestādēs. Ieteikumu izstrādē piedalās arī profesionālo asociāciju un Veselības ministrijas pārstāvji.

Materiālu izstrādājis Slimību profilakses un kontroles centrs sadarbībā ar pārstāvjiem no Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas, Latvijas Amerikas acu centra, Latvijas Jūras medicīnas centra, Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta, Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas, Rīgas 1.slimnīcas, Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas, Rīgas Dzemdību nama, Rīgas Veselības centra, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcas, Veselības centra 4, Veselības centru apvienības, kā arī Veselības inspekcijas. Ieteikumi tika veidoti, ņemot vērā Latvijas specifiku un ārstniecības iestāžu iespējas.

Ieteikumu sagatavošanā tika izmantoti starptautisku akreditācijas organizāciju DNV GL un *Joint Commission International* izstrādātie materiāli attiecībā uz veselības aprūpes standartiem, Lielbritānijas Nacionālās pacientu drošības aģentūras izstrādātie ieteikumi drošai pacientu nodošanai³, publikācija „Kā labi uzturēt medicīnisko dokumentāciju“⁴, kā arī Pacientu tiesību likums, 04.04.2006. Ministru kabineta noteikumi Nr. 265 „Medicīnisko

¹ Veselības ministrijas 2017. gada 20. janvāra rīkojums Nr. 22 "Par Veselības aprūpes sistēmas kvalitātes pilnveidošanas un pacientu drošības koncepciju".

² Ministru kabineta 2012. gada 3. aprīļa noteikumi Nr. 241 "Slimību profilakses un kontroles centra nolikums", grozīts ar Ministru kabineta 2017. gada 14. februāra noteikumiem Nr. 84 "Grozījumi Ministru kabineta 2012. gada 3. aprīļa noteikumos Nr. 241 „Slimību profilakses un kontroles centra nolikums”.

³ National Patient Safety Agency, British Medical Association Central Consultants and Specialists Committee (2006) Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers.

⁴ Mathioudakis A, Rousalova I, Gagnat AA, et al. (2016) How to keep good clinical records. *Breathe* 12: 371–375.

dokumentu lietvedības kārtība“ un 20.02.2009. Ministru kabineta noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām“.

Sagatavotais materiāls nav izmantojams kā ārstniecības iestādes medicīnisko ierakstu aprites procedūras apraksta aizvietotājs.

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.

1. Pamatojums un mērķis

- 1.1. Efektīvs komandas darbs un komunikācija starp dažādiem veselības aprūpes (VA) profesionāļiem un specialitātēm ir ļoti būtiska drošai ārstniecībai. Pētījumi vairākās valstīs pierāda, ka tieši neefektīva informācijas apmaiņa, nepilnīgi, nesalasāmi, pārprotami ieraksti un nepietiekama sadarbība starp ārstniecības procesā iesaistītajiem ir riska avots attiecībā uz kaitējumu pacientiem.
- 1.2. *Joint Commission International (JCI)*, organizācija, kas uztur standartizētas prasības veselības aprūpes iestāžu akreditācijai, kā arī akreditēto iestāžu negadījumu ziņošanas sistēmu, 2005. gadā veikusi vairāk nekā 3000 negadījumu cēloņu analīzi, kas atklāja, ka gandrīz 70 procenti cēloņu saistīti ar komunikācijas nepilnībām⁵. Vismaz puse no šīm komunikācijas kļūmēm saistītas ar „pacienta nodošanas” (*handover*) procesu – pienākumu, atbildības un informācijas nodošanu par pacienta ārstniecību nākamajam ārstniecības posmam (piemēram, no neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas – stacionārajai nodaļai; no operāciju bloka – intensīvās terapijas nodaļai/palātai; mainoties personālam maiņu ietvaros; izrakstot pacientu vai pārvedot uz citu ārstniecības iestādi u.tml.). Strukturēta, kodolīga (bez liekvārdības) komunikācija klātienē, kā arī verbālas un rakstiskas komunikācijas kombinēšana ir drošāka par tikai rakstisku informāciju, tomēr tieši medicīniskie ieraksti nereti ir vienīgais komunikācijas veids starp ārstniecībā iesaistīto personālu, tāpēc šiem ierakstiem ir jābūt skaidriem, salasāmiem un jāsaturs būtiskākā informācija, kas palīdz pareizu lēmumu pieņemšanai tieši tanī brīdī, kad šāda nepieciešamība rodas.
- 1.3. Medicīniskie ieraksti ir visi dati un informācija, kas par pacientu dokumentēti viņa ārstēšanas, aprūpes, rehabilitācijas procesa laikā ārstniecības iestādē, tai skaitā elektroniskajās sistēmās.
- 1.4. Pilnīgi medicīniskie ieraksti ir tādi ieraksti (papīrformātā vai elektroniski), kas:
 - 1.4.1. satur pietiekamu, akurātu informāciju, lai identificētu pacientu un viņa piekrišanu ārstēšanai;
 - 1.4.2. satur saprotamu, pilnīgu informāciju, kas pamato un apstiprina diagnozi, pamato nozīmētos izmeklējumus un izvēlēto ārstēšanu, kā arī precīzi ataino ārstēšanas rezultātus;
 - 1.4.3. satur saprotamu informāciju par ārstniecības procesa gaitu un izmaiņām jebkuram pacienta ārstniecības un aprūpes procesā iesaistītajam speciālistam;
 - 1.4.4. atspoguļo informāciju, kas būtiska lēmuma pieņemšanai, pacienta drošības un iespējami veiksmīgākā ārstēšanas rezultāta nodrošināšanai;
 - 1.4.5. satur informāciju, kas atspoguļo pacienta (viņu pārstāvošās personas) iesaistīšanos ārstniecības procesā, problēmas u.c. būtisku informāciju, kurai ir ietekme uz ārstniecību un tās rezultātu;

⁵ Joint Commission International (2006) Centre for Patient Safety

- 1.4.6. atbilst normatīvo aktu prasībām;
- 1.4.7. ir precīzi, kvalitatīvi un izmantojami gan nākamajos ārstniecības posmos, gan gadījumu analīzei.

2. Ieteikumi medicīnisko ierakstu un informācijas kvalitātei

- 2.1. Medicīniskajos ierakstos iekļauj informāciju, kas nodrošina pacienta atpazīstamību, apstiprina diagnozi, pamato nepieciešamību atrasties stacionārā/dienas stacionārā/observācijā, pamato izmeklējumus un izvēlētās ārstēšanas metodes, tai skaitā dzīves un ģimenes anamnēzi, slimības anamnēzi, un precīzi ataino ārstniecības procesa gaitu, problēmas, konfliktsituācijas tās gaitā, ārstniecības rezultātus.
- 2.2. Medicīniskos ierakstus par iegūto anamnēzi un veikto pacienta izmeklēšanu/ārstēšanu pievieno citiem ierakstiem 24 stundu laikā kopš iestāšanās stacionārā/dienas stacionārā, bet ne vēlāk kā PIRMS ķirurģiskas manipulācijas, anestēzijas vai citas augsta riska procedūras veikšanas.
- 2.3. Medicīniskos ierakstus par operāciju (ķirurģisku manipulāciju) – anestēzijas un operācijas protokolu, informāciju par pacienta stāvokli pievieno citiem medicīniskajiem ierakstiem PIRMS pacienta pārvešanas no operāciju bloka/pamošanās palātas uz nodaļu.
- 2.4. Simbolus un saīsinājumus medicīniskajos ierakstos lieto, ja to atšifrējums ir norādīts konkrētajā dokumentā/veidlapā, kurā tie tiek lietoti, vai arī ārstniecības iestādē to lietošana ir nepārprotami noteikta.
- 2.5. Ja pacienta vispārējais stāvoklis interpretēts kā grūts vai ar iespējamību pasliktināties, ārsta ieraksts atspoguļo pacienta stāvokļa smagumu noteicošos faktorus, vitālo funkciju izvērtējumu, ja nepieciešams – SIRS (Sistēmisks iekaisuma reakcijas sindroms/ Systemic inflammatory response syndrome) kritēriju, šoka pazīmju izvērtējumu, sāpju izvērtējumu, dehidratācijas pakāpi, komas izvērtējumu, ievadāmā šķidruma apjoma un terapijas pamatojumu.
- 2.6. Dežūrārstam stacionārā ir pieejami visi tie ieraksti par pacientu, kas būtiski pacienta novērošanai un stāvokļa izvērtēšanai dinamikā.
- 2.7. Ārstniecības posmam stacionārā ir pieejami visi tie ieraksti, kas par pacientu veikti neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļā/observācijas nodaļā vai dienas stacionāra posmā, ja pacientu stacionē neatliekamā kārtā, tai skaitā pārvedot no citas ārstniecības iestādes.
- 2.8. Gadījumos, kad pacients ārstējas ilgstoši vai tiek pārvests no vienas struktūrvienības uz otru, no viena profila uz otru, no vienas ārstniecības iestādes uz otru, pāriet no viena ģimenes ārsta pie otra un citos līdzīgos gadījumos, ieteicams veidot ārstēšanas posma kopsavilkumu, kurā norāda:
 - 2.8.1. pārvešanas vai kopsavilkuma izveidošanas mērķi;
 - 2.8.2. diagnozi(es)/ komplikācijas pārvešanas/informācijas nodošanas brīdī;
 - 2.8.3. kopsavilkumu par ārstniecības posmu:

- 2.8.3.1. stacionēšanas/ārstēšanas dienas stacionārā/ambulatoras ārstēšanas posma iemeslu vai laika posmu, no kura līdz kuram laikam pacients bijis reģistrēts konkrētā ģimenes ārsta praksē;
 - 2.8.3.2. pacienta stāvokļa izmaiņas ārstēšanas vai primārās aprūpes laika periodā;
 - 2.8.3.3. novērotās problēmas, alerģijas;
 - 2.8.3.4. būtiskākos izmeklējumus/manipulācijas ārstēšanas/primārās aprūpes perioda laikā.
 - 2.8.4. zāles, kuras pacients saņēmis ārstēšanas posmā, tai skaitā to zāļu devas, kuras tiks turpinātas nākamajā etapā vai zāles, kuras pacients saņem ilgstoši vai pastāvīgi (primārās aprūpes periodā);
 - 2.8.5. pacienta stāvokli kopsavilkuma veidošanas brīdī, tai skaitā vitālu funkciju rādītāju vērtējumus, norādot tos, kas ir ārpus normas; vispārējā stāvokļa stabilitāti;
 - 2.8.6. ieteikumus tālākajam posmam: ārstēšanu, kas būtu turpināma, veiktos izmeklējumus, kam vēl nav atbildes par rezultātu, nepieciešamo pacienta stāvokļa monitorēšanu, aprūpi.
- 2.9. Izrakstoties no stacionāra/dienas stacionāra/observācijas nodaļas, pacients saņem kopsavilkumu vai izrakstu par ārstniecību stacionārā/dienas stacionārā, tai skaitā ieteikumus nākamajam etapam. Ja kādu iemeslu dēļ nav iespējams pilnībā pabeigt izrakstu no ārstniecības iestādes (piemēram, nav saņemti visi izmeklējumu rezultāti, kas var ietekmēt diagnozi un ieteikumus pacientam), ārstniecības iestāde norāda, kad un kā pacients var saņemt pilnīgo/pabeigto izrakstu.
- 2.10. Izrakstā no stacionāra/dienas stacionāra/observācijas nodaļas norāda:
- 2.10.1. ārstēšanas iemeslu;
 - 2.10.2. pamata diagnozi, blakus diagnozes (atbilstoši SSK-10 klasifikācijai);
 - 2.10.3. saņemto ārstēšanu, tai skaitā norādot to zāļu nosaukumu un devu, kuru lietošana kāda iemesla dēļ tikusi pārtraukta, kā arī norādot tās zāles, kuru lietošana turpināma ambulatorajā posmā (norāda saņemto zāļu devu un to devu, kas turpināma);
 - 2.10.4. veiktās manipulācijas/operācijas, izmeklējumus, to komplikācijas, anestēzijas veidu, zāles, kas lietotas anestēzijai;
 - 2.10.5. pacienta vispārējo stāvokli izrakstīšanas brīdī, tai skaitā norādot problēmas, kas vēl saglabājas;
 - 2.10.6. izmeklējumus, kuru rezultāti pacienta izrakstīšanas dienā vēl nav iegūstami, norādot veidu un laiku, kā pacients tos var iegūt;
 - 2.10.7. ieteikumus tālākajam ārstniecības posmam.
- 2.11. Māsas ieraksti par stacionāra/dienas stacionāra/observācijas nodaļas pacienta aprūpi atspoguļo:

- 2.11.1. alerģijas, zāļu blakusparādības, ko māsa novēro aprūpes laikā;
 - 2.11.2. sāpju novērtējumu (ja pacients tiek uzņemts ar sāpju simptomātiku, sūdzas par sāpēm vai pacients ir pēc ķirurģiskas manipulācijas);
 - 2.11.3. ordināciju izpildi;
 - 2.11.4. aktivitātes, apziņas izvērtējumu un vitālo funkciju mērījumus - noteiktos (definētos) laikos un, ja pacienta stāvoklis mainās;
 - 2.11.5. ēdināšanas režīmu, problēmas;
 - 2.11.6. informāciju par uzņemto, izdalīto šķidruma daudzumu;
 - 2.11.7. liecības par katetru, stomu un citas specifiskas aprūpes veikšanu;
 - 2.11.8. aprūpes vajadzības;
 - 2.11.9. problēmas aprūpes procesā, māsas reaģēšanu uz tām;
 - 2.11.10. problēmas un konfliktsituācijas pacienta aprūpes laikā un māsas rīcību;
 - 2.11.11. novirzes no plānotā (ārsta nozīmētā) manipulāciju/ordināciju izpildes laika un to iemeslus, ārsta mutiskās ordinācijas.
- 2.12. Ambulatorā pacienta medicīniskajos ierakstos ārsts norāda:
- 2.12.1. pacienta sūdzības;
 - 2.12.2. objektīvo atradni;
 - 2.12.3. diagnozi (ieteicams norādīt arī diagnozes kodu atbilstoši SSK-10 klasifikācijai);
 - 2.12.4. nozīmētos izmeklējumus;
 - 2.12.5. nozīmētās un veiktās manipulācijas;
 - 2.12.6. nozīmētos medikamentus, tai skaitā devas, lietošanas veidu un ilgumu.
- 2.13. Ārsta konsultanta slēdzienā, ko izsniedz pacientam pēc ambulatorā apmeklējuma vai ārstēšanas epizodes pabeigšanas, norāda diagnozi un tās kodu atbilstoši SSK-10 klasifikācijai un ieteikumus, ietverot tajos nepieciešamos izmeklējumus, tālāko ārstēšanas taktiku, ordinētajām zālēm norādot to devas, lietošanas veidu un ilgumu.
- 2.14. Izsniedzot pacientam nosūtījumu uz stacionāru/dienas stacionāru/cita speciālista konsultāciju/izmeklējumu, ārsts norāda:
- 2.14.1. diagnozi un tās kodu atbilstoši SSK-10 klasifikācijai;
 - 2.14.2. nosūtīšanas iemeslu (problēmu, kas nav atrisināma ambulatorajā posmā);
 - 2.14.3. slimības/stāvokļa anamnēzi, attīstību;
 - 2.14.4. veiktos izmeklējumus diagnozes/stāvokļa precizēšanai;
 - 2.14.5. saņemto ārstēšanu;
 - 2.14.6. pastāvīgi lietotās zāles un to devas;

- 2.14.7. ķirurģiskās un citas manipulācijas, kas ietekmējušas vai varētu ietekmēt pacienta stāvokli.
- 2.15. Ģimenes ārsta praksē ieteicams uzturēt un regulāri pārskatīt, atjaunot, hroniska pacienta zāļu vēsturi, kas atspoguļo ilgstoši un pastāvīgi lietotās zāles, to devas un korekcijas, kā arī nelabvēlīgas un alerģiskas reakcijas zāļu lietošanas gaitā.
- 2.16. Ārstniecības iestāde īsteno pasākumus medicīnisko ierakstu kvalitātes kontrolei un pilnveidošanai.