

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	4
От авторов	6
Введение	7
Значение медицинской карты	11
Медицинская карта стоматологического больного	23
Примеры заполнения дневника в медицинской карте на поликлиническом (амбулаторном) приеме врача стоматолога-хирурга	37
Примеры заполнения дневника в медицинской карте на поликлиническом (амбулаторном) приеме врача стоматолога-терапевта	74
Примеры заполнения дневника в медицинской карте на поликлиническом (амбулаторном) приеме врача стоматолога-ортопеда	103
Ошибки при заполнении медицинской карты	121
Качество заполнения медицинской документации	124
Список литературы	129

ОТ АВТОРОВ

Медицинская карта стоматологического больного является неотъемлемой частью диагностического и лечебного процессов, необходима на этапе реабилитации и диспансерного наблюдения. С момента обращения пациента в поликлинику или в стационар начинается процесс его правового сопровождения, где ключевую позицию занимает медицинская документация. Ее качественное ведение является одной из важнейших обязанностей (в том числе и юридических) лечащего врача, врачей-консультантов и других специалистов, осуществляющих запись результатов дополнительных методов исследования.

Как юридический документ медицинская карта стоматологического больного является одним из основных источников, который становится определяющим в решении правовых вопросов, касающихся ответственности врача, пострадавшего пациента, администрации лечебного учреждения и других граждан.

В настоящем практическом руководстве даны схемы — шаблоны заполнения медицинской документации по наиболее часто встречающимся в клинической практике диагнозов в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии.

Мы с благодарностью примем замечания по улучшению содержания данного пособия.

Д-р мед. наук, проф. *С.Ю. Иванов*,
д-р мед. наук, проф. *С.Н. Разумова*

ВВЕДЕНИЕ

Жизнь российского общества за последние годы претерпела серьезные изменения. Внедрение во все сферы деятельности россиян рыночных отношений, а также проводимая правовая реформа отразились и на здравоохранении: возникли новые модели взаимодействия «стоматолог—пациент» [9, 13, 16, 17, 34, 58, 62, 64].

С 1992 до 1997 г. были приняты «Закон о защите прав потребителей» (1992), «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), Уголовный и Гражданский кодексы РФ (1996, 1994) и ряд федеральных законов (ФЗ) прямого действия в сфере здравоохранения. Все эти факторы вкпе с деятельностью средств массовой информации, страховых компаний, Государственного комитета по антимонопольной политике, общественных организаций привели к повышению правовой грамотности населения. Помимо этого, после введения в РФ коммерческой и бюджетно-отраслевой системы здравоохранения отношения между пациентом и врачом были переведены из сферы административного права в сферу гражданско-правового регулирования с правом приоритета пациента.

По данным Российского фонда правовых реформ (1999), более половины населения готовы обратиться для защиты своих прав в суд.

По данным Д.В. Гончаренко и соавт., в сфере здравоохранения вероятность конфликтных ситуаций и количество исков по «врачебным делам» неуклонно растут [34].

При распределении по годам экспертиз, проведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) г. Москвы, можно отметить их ежегодное увеличение: 2000 г. — 19%, 2001 г. — 28,6%, 2002 г. — 28,1%, 2003 г. — 37,1%, 2004 г. — 33,33%, 2005 г. — 32,5%, 2006 г. — 34,2%, 2007 г. — 33,3% [6, 42, 74, 76, 90].

При этом в последние годы во многих источниках отмечается тенденция к увеличению жалоб по поводу качества оказываемой медицинской помощи [6, 90, 91, 119, 123], и среди «медицинских исков» претензии к врачам-стоматологам занимают одно из первых мест [38, 89, 92, 107, 110, 113, 129, 133].

По данным А.Ю. Малого и соавт. (2001) [66], среди судебных исков к стоматологическим клиникам около четверти случаев составляют дела, связанные с необоснованными претензиями пациентов, чаще всего страдающих психоэмоциональными расстройствами. Однако 33,34%

дел составляют вполне обоснованные претензии пациентов к неудовлетворительному качеству оказываемого лечения и врачебным ошибкам. И только в 41,66% случаев была установлена прямая причинно-следственная связь ущерба здоровью с заведомо неправильными врачебными действиями, обусловленными объективной сложностью лечения.

Можно сделать вывод, что иски, предъявляемые стоматологам, часто связаны с некачественным обследованием, неверным оформлением врачебной документации, неудовлетворительным качеством проведенного лечения и недостаточным информированием пациента о процессе лечения и реабилитации. Как следствие, некачественное оформление врачебной документации и неполное информирование пациентов усложняют взаимодействие врача и пациента, что приводит к возникновению конфликтных ситуаций.

Основываясь на материалах экспертизы, А.Ю. Малый приводит статистику, что случаи с ненадлежащей и надлежащей стоматологической помощью встречаются практически с одинаковой частотой: в среднем соответственно в 51,8 и 48,2% случаев [64, 65].

Этому способствуют такие обстоятельства, как стремительное развитие и внедрение в практику российских стоматологов современных технологий лечения и в то же время значительное отставание технической оснащенности лечебных учреждений, системы практической подготовки специалистов в соответствии с современными требованиями, а также реально существующий конфликт между требованиями и возможностями [29, 30, 84, 107].

Вопросы взаимоотношений между врачом и пациентом при оказании медицинской и в частности стоматологической помощи, а также защиты прав пациентов широко освещены в российской и иностранной литературе [4, 29, 30, 32, 65, 70, 84, 89, 92, 100, 104, 106, 111, 115–117, 119, 122, 126–129].

Многочисленные публикации посвящены вопросам наступления ответственности для медицинских работников в случае ненадлежащего оказания лечебно-диагностической помощи как уголовного, так и гражданско-правового характера [27, 88, 92, 102, 117, 118].

Выделяют следующие задачи по защите прав пациентов: во-первых, обеспечение доступности и гарантированного объема стоматологической помощи при надлежащем качестве и безопасности, во-вторых, создание системы повышения эффективности и качества стоматологи-

ческой помощи, в-третьих, обеспечение социальной и правовой защищенности пациентов, в том числе и внесудебной [10, 46, 47].

Общий порядок оказания медицинской помощи и права граждан при оказании медико-социальной помощи установлены в главах VI–VIII ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В противоположность достаточно большому объему законодательной базы в отношении защиты прав пациентов права врачей остаются практически не защищенными. В частности, в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. есть только одна строка о праве врачей на защиту своей профессиональной чести и достоинства, но нет указания на право на защиту в случае конфликтной ситуации.

Вышесказанное подчеркивает актуальность проблемы защиты прав врачей.

Многие исследователи говорят о правовой незащищенности врачей [62, 64, 83, 88, 104]. Е. Иоффе (1996, 2000) в своих статьях приводит данные о том, что при рассмотрении судом дел, связанных с претензиями пациентов к качеству работы врачей-стоматологов, за рубежом большинство исков разрешается в пользу пациентов [44, 47].

Л.В. Канунникова и соавт. указывают на то, что в последнее время появляются сведения, согласно которым не только пациенты, но и медики стремятся использовать медико-правовую информацию: 28,7% желают иметь данные о профессиональных рисках, 48,6% хотят знать об особенностях общения с пациентом, о реализации его прав [49].

Чем быстрее врачебное сообщество придет к единому пониманию правовых понятий и процессов, тем меньше будет совершено правовых ошибок и врачи будут лучше защищены от неоправданных претензий [1, 13, 33, 55].

Проблема правовой грамотности медицинских работников слабо освещена в современной научной литературе. Согласно данным единичных работ, уровень правовой грамотности медицинских работников достаточно низок [29, 30, 32, 38, 40, 69, 78, 105, 115–117, 120].

Единственной защитой врача могут служить только высокое качество работы и высокий уровень правовой грамотности [3, 22, 23, 27, 29, 30, 32, 48, 62, 64, 89, 92, 107, 112, 119, 122]. В таких условиях с юридической точки зрения большое значение приобретает медицинская документация [27, 40, 130, 131].

На сегодняшний день в литературе увеличилось количество публикаций, посвященных правильному заполнению медицинской документации, что свидетельствует об остроте данной проблемы. Разработка данных вопросов в теоретической литературе и практической подготовке специалистов остается недостаточно глубокой [2, 4, 6, 25, 27, 38, 48, 56, 60, 62, 64, 70, 82–84, 87, 88, 93, 107, 119, 122, 124, 135].

Зачастую недооценивается возможность наступления ответственности за ненадлежащее и несвоевременное оказание медицинской помощи и неграмотное оформление документации, что лежит в основе недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих обязанностей [2, 29, 30, 32, 117, 118].

ОШИБКИ ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Неграмотное и неполное оформление медицинской документации и, как следствие, ненадлежащее оказание медицинской помощи в полном объеме являются одним из главных критериев недобросовестного отношения к исполнению профессиональных обязанностей медицинских работников [39, 40, 108].

Основные ошибки, которые допускаются при ведении медицинских карт, по мнению Е.О. Данилова [37], М.Ю. Ермошиной [41] и Е.Е. Абрамовой [2], — это неверное заполнение паспортной части, использование непринятых сокращений, несвоевременная запись о выполненных медицинских вмешательствах, невнесение в карту результатов обследования, незаполнение зубной формулы, необоснованное применение методов лечения, отсутствие информации об окончании лечения, осложнениях после лечения, наличие исправлений, вычеркиваний, приписок.

Анализ качества ведения и заполнения стоматологических медицинских карт дает возможность оценить уровень квалификации специалиста, его умение ставить диагноз, составлять план лечения, владеть методиками лечения, читать рентгенологические снимки [54]. Исходя из результатов исследований В.Г. Бутовой и В.Л. Ковальского [19], можно сделать вывод о том, что врачи относятся халатно к вопросу оформления карт стоматологического больного. Информация о развитии основного заболевания отмечается лишь в 11,75% случаев, о состоянии здоровья пациента — в 13% случаев; использование гигиенического индекса отсутствует в 62,38% медицинских картах. Визуально-инструментальные методы исследования (осмотр, перкуссия, зондирование) отсутствуют в 8,89% случаев, у каждого третьего пациента диагноз заболевания недостаточно обоснован.

М.Ю. Ермошина [41] выявила наличие серьезных ошибок: в 95% случаев отмечались отсутствие диагноза, использование сокращений и приписок, несоответствие жалоб и объективных данных поставленному диагнозу.

Исследования, проведенные Е.Е. Абрамовой [2], подтверждают халатное отношение врачей к заполнению медицинской документации: только в 20% отмечены жалобы пациента, данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях не заполнены в 80%, а в 90% случаев отсутствуют данные внешнего осмотра.

В результате проведения судебно-стоматологической экспертизы и анализа ведения медицинских стоматологических карт и медико-правовой грамотности врачей-стоматологов было установлено, что первичная документация ведется, но ни одна карта не заполнена в соответствии со всеми требованиями.

Данные, которые медрегистраторы указывают в графах «фамилия, имя, отчество, пол и домашний адрес», вносятся только при наличии документа, подтверждающего личность пациента (паспорт, военный билет или удостоверение военнослужащего).

Однако в 70% случаев не указывается дата рождения или указывается не полностью. Чаще при оформлении медицинской карты пишут только год рождения, с юридической точки зрения это не верно. В некоторых случаях план лечения, диагностика, выбор лекарственных препаратов и их дозировка зависят от возраста пациента.

Указывать место работы пациента также очень важно, так как эти данные в некоторых случаях могут помочь выяснить причину возникновения того или иного заболевания или уточнить диагноз. При обнаружении отсутствия информации необходимо сообщить медрегистратору или администратору и объяснить важность упущенной информации.

В ходе исследования было установлено, что в 35% случаев поставленный диагноз не соответствует клинической картине и проведенной диагностике. Это грубая ошибка, которая приводит к неправильному выбору метода лечения. Если возникнет конфликт с пациентом, то судебно-медицинской экспертизе невозможно объективно рассмотреть вопрос о врачебной ошибке и ее причинах.

Отсутствие данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях отмечается в 93% случаев, что может привести к ошибкам при выборе плана лечения (например, наличие или отсутствие аллергической реакции, сердечно-сосудистой патологии, заболеваний щитовидной железы и т.д.) и назначения лекарственных средств.

Графу «Развитие настоящего заболевания» чаще заполняют только в случае описания заболеваний пародонта. Данные полного анамнеза

заболевания являются составной частью объема информации, который позволяет установить точный диагноз на момент обращения.

При заполнении зубной формулы можно оценить кариесогенную ситуацию в настоящий момент и в динамике, а также оценить состояние организма в целом. Зубная формула занимает важное место в идентификации личности по стоматологическому статусу. При объединении данных заполненной зубной формулы с индексами гигиены можно получить объективную картину об уровне культуры пациента и оценить, выполняет ли он рекомендации врача.

Одной из самых распространенных ошибок в оформлении медицинских карт является отсутствие данных объективного исследования. Так, в 85% случаев, требующих проведения рентгенологического исследования (осуществленного ранее или в момент проведения эндодонтического лечения), нет описания рентгеновских снимков, а в 73,5% случаев нет даже указания о направлении на рентгенологическое обследование. В том числе часто отсутствуют документы на согласие пациента о проведении данного метода исследования или данные об отказе либо наличии противопоказаний для проведения этого метода.

Врачи также забывают указывать класс кариозной полости по общепринятой классификации по Блеку или поверхности, на которой данная кариозная полость локализуется.

Несколько реже не освещается предыдущее лечение больного зуба (28%), запись осуществляется неразборчивым почерком (15%) и в 8% случаев встречаются исправления, вычеркивания, приписки.

После выхода «Закона о защите прав потребителей» (1992), где медицинская помощь рассматривается как услуга, «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), отмечают более полное заполнение медицинских карт, особенно на платном приеме. Примерно в это же время значительно увеличилась доля платных услуг и возросло количество исков по поводу некачественного оказания стоматологической помощи [98].

Количество ошибок, совершенных при оформлении историй болезни, остается до настоящего времени значительным, в среднем от 1 до 4 пунктов из 13 заполнены неверно. Чаще это незаполненная зубная формула, отсутствие данных о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, а также записи о проведении дополнительных методов исследования.

Некачественно оформленная медицинская карта стоматологического больного может значительно ухудшить положение привлекаемого к ответственности врача, даже если в реальности дело обстоит иначе.