

## АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ г. МИНСКА

<sup>1</sup> С.В.Шульган, <sup>2</sup> Т.В.Калинина, <sup>1</sup> А.М.Матвеев

<sup>1</sup> Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника,  
г. Минск, Республика Беларусь,

<sup>2</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
г. Минск, Республика Беларусь

*Качественное оформление медицинской документации в стоматологических поликлиниках является не только важнейшей характеристикой лечебно-диагностического процесса, но и обеспечивает правовую защищенность врачей-стоматологов. В статье представлен анализ дефектов оформления медицинской документации, дана оценка качества ведения медицинской документации в стоматологических поликлиниках. Изучено отражение в медицинской документации информированного согласия пациентов на реализацию плана лечения, предлагаемого врачом-стоматологом. Авторами охвачены практически все аспекты ведения медицинской документации в стоматологических поликлиниках, дана оценка выявленных дефектов.*

*Ключевые слова:* медицинская документация; оценка качества; информированное согласие пациентов.

При оценке качества оказания стоматологической помощи очень важно наличие точной и достоверной информации, основным источником которой служит, как правило, медицинская документация. Оформляя стоматологическую амбулаторную карту, врач должен исходить из того, что записи в ней имеют важное лечебно-диагностическое, научно-практическое и юридическое значение. Медицинская документация в стоматологической практике служит следующим целям: документированное подтверждение полноценной диагностики; документированное подтверждение выполнения всех этапов лечения; документированное подтверждение информирования пациента о возможных последствиях и осложнениях вмешательства.

Медицинская документация должна полностью отражать объективные данные, полученные при обследовании больных, чтобы по ним можно было ответить на любые вопросы, в том числе и на те, которые могут возникнуть в процессе производства экспертизы и судебного разбирательства. При возникновении конфликтных ситуаций между пациентами и стоматологическими учреждениями (врачами-стоматологами) основным источником объективной и достоверной информации является стоматологическая амбулаторная карта, по которой в основном и оценивают профессионализм врача и качество оказания стоматологической помощи.

Снижение роли медицинской документации вследствие недостатков в ее оформлении и за-

труднений в ее трактовке отмечают ряд авторов [1–3]. К основным недостаткам медицинской документации в стоматологии относятся несоответствие установленного диагноза описанию клинической картины заболевания, отсутствие указаний на проведение дополнительных методов исследования, отсутствие плана лечения, небрежное заполнение, подчистки и исправления, отсутствие записей о согласии больного на стоматологические вмешательства и т.д. Недостатки в ведении медицинской документации могут быть причиной исков пациентов по поводу некачественного оказания медицинской помощи. Анализ стоматологической амбулаторной карты позволяет достаточно подробно судить об объективных факторах, повлиявших на вероятность наступления неблагоприятного исхода заболевания.

Вместе с тем, оценка качества оформления медицинской документации – весьма сложная задача. В стоматологических поликлиниках анализ нарушений, связанных с оформлением медицинской документации, особенно затруднен, поскольку процесс и результат оказания стоматологической помощи пациенту отражены в медицинской документации лишь частично.

С целью изучения и оценки качества ведения медицинской документации в стоматологических учреждениях крупного промышленного города была проведена экспертиза 159 стоматологических амбулаторных карт. Исследование выполнялось на базе Республиканской клинической сто-

матологической поликлиники, а также стоматологических поликлиник №8 и №35 г. Минска.

Алгоритм оценки дефектов оформления медицинской документации в стоматологических поликлиниках г. Минска представлялся в виде последовательной процедуры анализа четырех базовых блоков:

1. Оценка качества анамнестической информации (КАИ).
2. Оценка качества объективного обследования (КОО).
3. Оценка качества написания клинического диагноза (КНКД).
4. Оценка качества проведения лечебных мероприятий (КЛМ).

Также было изучено отражение в медицинской документации информированного согласия пациентов на реализацию плана лечения, предлагаемого врачом-стоматологом.

Реализация данного алгоритма позволила охватить практически все аспекты ведения медицинской документации в стоматологических поликлиниках и дать оценку выявленных дефектов [4, 5].

Оценка качества анамнестической информации (КАИ) основывалась на полноте и качестве записей о перенесенных ранее заболеваниях, оценке оформления титульных листов, качестве регистрации жалоб, предъявляемых пациентом, отражении информации о переносимости лекарственных препаратов (табл. 1).

Качество оформления титульного листа оценивалось по следующей шкале: 0 баллов – титульный лист отсутствует; 1–3 балла – имеются исправления и отмечены не все позиции; 4–6 баллов – отмечены не все позиции; 7–8 баллов – имеются исправления; 9–10 баллов – титульный лист оформлен безукоризненно. Средняя оценка качества оформления титульного листа составила  $8,10 \pm 0,38$  баллов.

В оценке качества сбора анамнеза основывались на следующем подходе: 0 баллов – анамнез отсутствует; 1–3 балла – анамнез собран бессистемно с частичными или полными упущениями по основному составляющим, имеются исправления; 4–6 баллов – анамнез собран с упущениями по основному составляющим; 7–8 баллов – анамнез собран полно, но имеются исправления; 10 баллов – анамнез собран полно и качественно. Средняя оценка качества сбора анамнеза составила  $6,57 \pm 0,62$  баллов.

Отражение в медицинской документации информации о переносимости лекарственных препаратов оценивали следующим образом: 0 баллов – информация отсутствует; 5 баллов – отмечается периодически; 10 баллов – отмечается ре-

гулярно. Средняя оценка по данной позиции составила  $8,52 \pm 0,54$  баллов.

Качество регистрации жалоб, предъявляемых пациентами, оценивали следующим образом: 0 баллов – жалобы не зафиксированы; 1–3 балла – жалобы записаны неразборчиво и имеются исправления; 4 – отражены не все жалобы, предъявляемые пациентом; 5–7 баллов – имеются исправления; 8–10 баллов – жалобы отражены в полном объеме. Средняя оценка качества регистрации предъявляемых пациентами жалоб составила  $7,16 \pm 0,54$  баллов.

Обобщающая оценка качества анамнестической информации составила  $7,59 \pm 0,88$  баллов.

Результаты суммарной оценки качества анамнестической информации в стоматологических амбулаторных картах, сопоставленные со стажем работы врача по специальности, свидетельствуют о наличии достоверной разницы в сравниваемых группах ( $p < 0,05$ ) (табл. 1). Суммарная оценка КАИ у врачей со стажем работы от 1 до 10 лет составила  $7,32 \pm 0,98$  баллов, от 11 до 20 лет –  $8,12 \pm 0,70$  баллов, со стажем более 20 лет –  $7,34 \pm 1,02$  баллов. Наиболее качественно, как по всем проанализированным позициям (качеству оформления титульного листа, качеству сбора анамнеза, отражению информации о переносимости лекарственных препаратов, качеству регистрации), так и по суммарной оценке КАИ, этот раздел в стоматологических амбулаторных картах оформляют врачи со стажем от 11 до 20 лет.

Анализ качества отражения анамнестической информации в стоматологических амбулаторных картах, сопоставленный с квалификацией врача-стоматолога, не позволил выявить статистически значимую зависимость (табл. 2). Суммарная оценка КАИ у врачей, имевших вторую квалификационную категорию или не имевших квалификационной категории, составила  $8,10 \pm 0,56$  баллов, у врачей с первой квалификационной категорией –  $7,34 \pm 1,18$  баллов, у врачей с высшей квалификационной категорией –  $6,28 \pm 1,88$  баллов ( $p > 0,05$ ). Вместе с тем, и это достаточно неожиданно, в результате настоящего исследования выявлено, что врачи, имеющие высшую квалификационную категорию, допускают больше неточностей и небрежностей в оформлении титульного листа ( $p < 0,001$ ) и сборе анамнеза пациента ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, в ходе исследования показано, что наиболее качественно анамнестическую информацию в стоматологических амбулаторных картах отражают врачи, имеющие стаж работы по специальности от 11 до 20 лет. Врачи, имеющие высшую квалификационную категорию, допускают больше

Таблица 1

**Оценка качества анамнестической информации в стоматологических амбулаторных картах (в зависимости от стажа работы врача по специальности)**

Показатели оценки качества анамнестической информации	Стаж работы врача по специальности			Общая оценка (n=159)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–10 лет (n=44)	11–20 лет (n=52)	21 год и более (n=63)		H	p
	Средняя оценка в баллах					
1. Качество оформления титульного листа	7,89±0,74	8,73±0,60	7,73±0,62	8,10±0,38	4,96	>0,05
2. Качество сбора анамнеза	6,07±1,28	7,31±1,08	6,30±0,88	6,57±0,62	3,74	>0,05
3. Отражение информации о переносимости лекарственных препаратов	8,30±1,10	8,65±0,92	8,57±0,86	8,52±0,54	0,45	>0,05
4. Качество регистрации жалоб, предъявляемых пациентами	7,02±1,02	7,77±0,94	6,76±0,82	7,16±0,54	2,85	>0,05
5. Σ оценка КАИ	7,32±0,98	8,12±0,70	7,34±1,02	7,59±0,88	22,03	<0,05

Таблица 2

**Оценка качества анамнестической информации в стоматологических амбулаторных картах (в зависимости от квалификации врача)**

Показатели оценки качества анамнестической информации	Квалификация врача			Общая оценка (n=159)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	Вторая категория или категория отсутствует (n=66)	Первая категория (n=83)	Высшая категория (n=10)		H	p
	Средняя оценка в баллах					
1. Качество оформления титульного листа	8,65±0,54	7,98±0,54	5,50±1,00	8,10±0,38	14,86	<0,001
2. Качество сбора анамнеза	7,38±0,94	6,23±0,84	4,00±2,00	6,57±0,62	9,80	<0,01
3. Отражение информации о переносимости лекарственных препаратов	8,41±0,86	8,67±0,72	8,00±2,20	8,52±0,54	1,21	>0,05
4. Качество регистрации жалоб, предъявляемых пациентами	7,95±0,76	6,48±0,76	7,60±1,96	7,16±0,54	5,44	>0,05
5. Σ оценка КАИ	8,10±0,56	7,34±1,18	6,28±1,88	7,59±0,88	4,23	>0,05

небрежностей при заполнении титульного листа и сборе анамнеза пациента. Этот факт свидетельствует о том, что врачи, имеющие большой опыт работы и высокую квалификацию не уделяют данному разделу должного внимания. Несмотря на их авторитет среди коллег и у пациентов, именно данная категория врачей-стоматологов будет наиболее уязвима при возникновении конфликтных ситуаций, связанных с жалобами пациентов на качество оказания стоматологической помощи.

Оценивая *качество объективного обследования* (КОО), мы основывались на следующих индикаторах: качестве написания зубной формулы, индексов ОНiS и КПИ, полноте описания рентгенограммы до и после лечения, качестве регистрации выполнения диагностических назначений.

Полнота и качество зубной формулы оценивались следующим образом: 0 баллов – формула отсутствовала; 1–3 балла – формула записана неразборчиво, имеются исправления; 4–6 баллов – формула записана неразборчиво; 7–8 баллов – в формуле имеются исправления; 9–10 баллов – формула записана безукоризненно. Среднее значение качества написания зубной формулы составило  $8,75 \pm 0,48$  баллов.

Аналогичная градация применялась в оценке полноты написания индексов ОНiS и КПИ: 0 баллов – индексы отсутствуют; 1–3 балла – индексы записаны неразборчиво, имеются исправления; 4–6 баллов – индексы записаны неразборчиво; 7–8 баллов – в индексах имеются исправления; 9–10 баллов – индексы записаны безукоризненно. Среднее значение качества написания индексов составило  $5,95 \pm 0,76$  баллов.

Наличие и полноту описания рентгенограммы до и после лечения оценивали следующим образом: 0 – отсутствовала информация о выполнении исследования, 1–3 балла – рентгенограмма описана не в полном объеме, имеются исправления; 4–6 баллов рентгенограмма описана не в полном объеме; 7–8 баллов – в описании рентгенограммы имеются исправления; 9–10 баллов – рентгенограмма описана в полном объеме. Из 159 исследованных стоматологических амбулаторных карт рентгенограммы были описаны в 40 (25,1%). Среднее значение качества описания рентгенограмм составило  $8,18 \pm 0,80$  баллов.

Качество регистрации выполнения диагностических мероприятий в стоматологических амбулаторных картах оценивалось в соответствии со следующими балльными характеристиками: 0 – информация отсутствовала; 5 – информация представлена не в полном объеме; 10 – информация представлена в полном объеме. Диагностические

мероприятия были назначены врачом-стоматологом в 89 случаях (55,97%). Среднее значение оценки качества регистрации выполнения диагностических мероприятий в стоматологических амбулаторных картах составило  $6,99 \pm 0,52$  баллов.

Обобщающая оценка качества объективного обследования составила  $7,35 \pm 0,36$  балла.

Анализ влияния стажа работы и квалификации врачей-стоматологов на качество объективного обследования пациентов по данным стоматологических амбулаторных карт представлен в табл. 3 и 4. В суммарных оценках статистически значимая зависимость не выявлена. Так, суммарная оценка КОО составила  $7,22 \pm 0,70$ ,  $7,90 \pm 0,56$  и  $6,96 \pm 0,62$  баллов соответственно для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года и  $7,18 \pm 0,52$ ,  $7,52 \pm 0,46$  и  $8,71 \pm 1,24$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию соответственно ( $p > 0,05$ ).

Оценка качества написания зубной формулы составила  $8,61 \pm 0,96$ ,  $9,19 \pm 0,72$  и  $8,48 \pm 0,80$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года соответственно и  $8,58 \pm 0,76$ ,  $8,81 \pm 0,66$  и  $9,40 \pm 1,20$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию соответственно ( $p > 0,05$ ). Качество написания индексов оценено в  $5,32 \pm 1,50$ ,  $6,96 \pm 1,22$  и  $5,56 \pm 1,22$  баллов соответственно для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года и  $5,24 \pm 1,18$ ,  $6,22 \pm 1,04$  и  $6,22 \pm 1,04$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию соответственно ( $p > 0,05$ ).

Полнота описания рентгенограммы до и после лечения оценивалась лишь для тех карт, в которых имелось указание на необходимость проведения рентгенологических исследований. Получены следующие оценки качества описания рентгенограмм:  $8,00 \pm 1,32$ ,  $8,75 \pm 1,30$  и  $7,85 \pm 1,64$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года соответственно и  $8,10 \pm 1,22$  и  $8,25 \pm 1,10$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, и для врачей, имеющих первую категорию, соответственно ( $p > 0,05$ ). У врачей, имеющих высшую квалификационную категорию, указаний на необходимость проведения рентгенологических исследований в амбулаторных картах не было.

Таблица 3

**Оценка качества объективного обследования в стоматологических амбулаторных картах (в зависимости от стажа работы врача)**

Показатели оценки качества объективного обследования (КОО)	Стаж работы врача			Общая оценка (n=159)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–10 лет (n=44)	11–20 лет (n=52)	21 год и более (n=63)		H	p
	Средняя оценка в баллах					
1. Качество написания зубной формулы	8,61±0,96	9,19±0,72	8,48±0,80	8,75±0,48	2,40	>0,05
2. Качество написания индексов ОНIS и КПИ	5,32±1,50	6,96±1,22	5,56±1,22	5,95±0,76	3,49	>0,05
3. Полнота описания рентгенограммы до и после лечения	8,00±1,32	8,75±1,30	7,85±1,64	8,18±0,82	2,49	>0,05
4. Качество регистрации выполнения диагностических мероприятий	7,59±0,98	7,06±0,86	6,30±0,86	6,99±0,52	8,97	<0,05
5. Σ оценка КОО	7,22±0,70	7,90±0,56	6,96±0,62	7,35±0,36	4,77	>0,05

Таблица 4

**Оценка качества объективного обследования в стоматологических амбулаторных картах (в зависимости от квалификации врача)**

Показатели оценки качества объективного обследования (КОО)	Квалификация врача			Общая оценка	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	Вторая категория или категория отсутствует	Первая категория	Высшая категория		H	p
	Средняя оценка в баллах					
1. Качество написания зубной формулы	8,58±0,76 (n=66)	8,81±0,66 (n=83)	9,40±1,20 (n=10)	8,75±0,48 (n=159)	0,94	>0,05
2. Качества написания индексов ОНIS и КПИ	5,24±1,18 (n=66)	6,22±1,04 (n=83)	8,40±2,22 (n=10)	5,95±0,76 (n=159)	4,43	>0,05
3. Полнота описания рентгенограммы до и после лечения	8,10±1,22 (n=20)	8,25±1,10 (n=20)	-	8,18±0,80 (n=40)	0,01	>0,05
4. Качество регистрации выполнения диагностических мероприятий	7,14±0,78 (n=42)	6,89±0,74 (n=45)	5,00 (n=1)	6,99±0,52 (n=88)	0,65	>0,05
5. Σ оценка КОО	7,18±0,52	7,52±0,46	8,71±1,24	7,42±0,34	3,72	>0,05

Качество регистрации выполнения диагностических мероприятий также оценивалось по амбулаторным картам, анализ которых свидетельствовал о необходимости назначения подобных мероприятий. Нами установлено, что хуже всех регистрируют выполнение диагностических мероприятий врачи-стоматологи со стажем работы 21 год и более. Полученные оценки по данному параметру анализа составили:  $7,59 \pm 0,98$ ,  $7,06 \pm 0,86$  и  $6,30 \pm 0,86$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года соответственно ( $p < 0,05$ ). Статистически значимая зависимость качества регистрации выполнения диагностических мероприятий от квалификации врачей не установлена:  $7,14 \pm 0,78$  и  $6,89 \pm 0,74$  для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, и для врачей, имеющих первую категорию, соответственно ( $p > 0,05$ ). Лишь в одной карте врача, имеющего высшую квалификационную категорию, было указано на необходимость выполнения диагностических мероприятий.

В результате проведенного исследования нами установлено, что врачи, имеющие высшую квалификационную категорию и большой стаж практической работы, крайне редко направляют пациентов на рентгенологические обследования. Даже после проведения таких обследований врачи данной категории небрежно оформляют результаты обследования в стоматологических амбулаторных картах. Вместе с тем, именно к этим врачам чаще всего направляются самые проблемные пациенты, в отношении которых не всегда возможно достижение ожидаемого результата. Отсутствие в медицинской документации данных объективного обследования в случае конфликтной ситуации будет расцениваться не в пользу врача.

Качество написания клинического диагноза (КНКД) в стоматологических амбулаторных картах оценивалось по следующей шкале: 0 баллов – диагноз поставлен неправильно, диагноз отсутствует; 1–3 балла – диагноз неполный, не отмечены

сопутствующие заболевания, а также осложнения, имеются исправления, запись неразборчива; 4–6 баллов – диагноз неполный, не отмечены сопутствующие заболевания; 7–8 баллов – имеются исправления; 9–10 баллов – диагноз исчерпывающе полон.

Средняя оценка качества написания клинического диагноза составила  $8,61 \pm 0,18$  баллов. Нами выявлено достоверное изменение качества регистрации клинического диагноза с увеличением стажа работы врачей. Средние оценки качества написания клинического диагноза составили  $8,14 \pm 0,37$ ,  $9,06 \pm 0,27$  и  $8,57 \pm 0,14$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года соответственно ( $p < 0,05$ ) (табл. 5). Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее ответственно к формулировке клинического диагноза в амбулаторной карте подходят врачи, имеющие стаж работы от 11 до 20 лет.

Достоверная связь качества регистрации клинического диагноза и квалификационной категории врачей нами не установлена. Средние оценки качества написания клинического диагноза составили  $8,77 \pm 0,28$ ,  $8,36 \pm 0,25$  и  $9,60 \pm 0,27$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию соответственно ( $p > 0,05$ ).

Оценивая качество проведения лечебных мероприятий (КЛМ), мы проанализировали выполнение врачами-стоматологами утвержденных протоколов диагностики и лечения, наличие плана лечения и описание объема выполненной работы в стоматологических амбулаторных картах.

Обобщающая оценка качества проведения лечебных мероприятий составила  $7,64 \pm 0,13$  баллов.

Анализ влияния стажа работы и квалификации врачей-стоматологов на качество проведения диагностических и лечебных мероприятий (КДЛМ), по данным стоматологических амбулаторных карт, представлен в табл. 6 и 7. Нами не

Таблица 5

**Оценка качества написания клинического диагноза в стоматологических амбулаторных картах (в зависимости от стажа работы врача)**

Оцениваемый показатель	Группы по стажу			Общая оценка (n=159)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–10 лет (n=44)	11–20 лет (n=52)	21 год и более (n=63)		H	p
	Средняя оценка в баллах					
1. Качество написания клинического диагноза (КНКД)	$8,14 \pm 0,37$	$9,06 \pm 0,27$	$8,57 \pm 0,14$	$8,61 \pm 0,18$	6,61	<0,05

выявлена статистически значимая зависимость КДЛМ от стажа работы врачей. Суммарная оценка составила:  $7,32 \pm 0,28$ ,  $7,93 \pm 0,21$  и  $7,63 \pm 0,20$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года соответственно ( $p > 0,05$ ).

Анализ зависимости качества выполнения данного раздела работы от квалификации врачей-стоматологов позволяет утверждать, что врачи, имеющие первую квалификационную категорию, достоверно более качественно отражают в амбулаторных картах данные о проведении лечебных мероприятий по сравнению с врачами, имеющими вторую квалификационную категорию или у которых квалификационная категория отсутствует, и врачами, имеющими высшую квалификационную категорию. Средние оценки составили  $8,08 \pm 0,19$ ,  $7,25 \pm 0,19$  и  $8,00 \pm 1,51$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или при отсутствии квалификационной категории, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию соответственно ( $p < 0,01$ ).

В ходе исследования была проведена экспертная оценка выполнения протоколов диагностики и лечения стоматологических пациентов. Оценка проводилась по 10-балльной системе: 10 баллов выставлялись при полном выполнении врачом-стоматологом утвержденных протоколов, 5 баллов – при выполнении протоколов в неполном объеме, 0 баллов – при полном несоответствии протоколам назначенных диагностических и лечебных мероприятий. Средняя оценка для всех карт, включенных в исследование, составила  $7,17 \pm 0,24$  баллов.

Анализ соответствия диагностических и лечебных назначений утвержденным протоколам, сопоставленный со стажем врача-стоматолога, не показал статистически значимых зависимостей. Оценка выполнения протоколов диагностики и лечения составила  $6,70 \pm 0,51$ ,  $7,60 \pm 0,40$  и  $7,14 \pm 0,35$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года соответственно ( $p > 0,05$ ) (табл. 6).

Данные аналогичного анализа, выполненного в сопоставлении с имеющимися у врачей квалификационными категориями, свидетельствуют, что врачи, имеющие вторую квалификационную категорию или у которых квалификационная категория отсутствует, демонстрируют достоверно более качественное выполнение утвержденных протоколов диагностики и лечения. Полученные оценки составили  $7,88 \pm 0,34$ ,  $6,69 \pm 0,34$  и  $6,50 \pm 1,07$  баллов соответственно для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или у которых квалификационная категория отсутствует, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию ( $p < 0,05$ ) (табл. 7).

Нами не выявлена статистически значимая зависимость между стажем работы и квалификацией врачей-стоматологов и наличием плана лечения стоматологических пациентов в медицинских картах амбулаторных пациентов. Суммарная оценка по данному индикатору составила  $7,09 \pm 0,22$  баллов, в том числе  $6,50 \pm 0,48$ ,  $7,35 \pm 0,36$  и  $7,30 \pm 0,34$  баллов соответственно для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года и  $7,21 \pm 0,34$ ,  $6,83 \pm 0,31$  и  $8,50 \pm 0,76$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или у которых ква-

Таблица 6

**Оценка качества проведения диагностических и лечебных мероприятий  
(в зависимости от стажа работы врача)**

Показатели оценки качества проведения диагностических и лечебных мероприятий (КДЛМ)	Группы по стажу			Общая оценка (n=159)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–10 лет (n=44)	11–20 лет (n=52)	21 год и более (n=63)		H	p
	Средняя оценка в баллах					
1. Выполнение протоколов диагностики и лечения	$6,70 \pm 0,51$	$7,60 \pm 0,40$	$7,14 \pm 0,35$	$7,17 \pm 0,24$	1,76	$> 0,05$
2. Наличие плана лечения	$6,50 \pm 0,48$	$7,35 \pm 0,36$	$7,30 \pm 0,34$	$7,09 \pm 0,22$	1,69	$> 0,05$
3. Описание объема выполненной работы	$8,79 \pm 0,37$	$8,85 \pm 0,30$	$8,45 \pm 0,30$	$8,68 \pm 0,18$	1,70	$> 0,05$
4. $\Sigma$ оценка КДЛМ	$7,32 \pm 0,28$	$7,93 \pm 0,21$	$7,63 \pm 0,20$	$7,64 \pm 0,13$	2,25	$> 0,05$

**Оценка качества проведения диагностических и лечебных мероприятий  
(в зависимости от квалификации врача)**

Показатели оценки качества проведения диагностических и лечебных мероприятий (КДЛМ)	Квалификация врача			Общая оценка (n=159)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	Вторая категория или категория отсутствует (n=66)	Первая категория (n=83)	Высшая категория (n=10)		Н	р
	Средняя оценка в баллах					
1. Выполнение протоколов диагностики и лечения	7,88±0,34	6,69±0,34	6,50±1,07	7,17±0,24	6,40	<0,05
2. Наличие плана лечения	7,21±0,34	6,83±0,31	8,50±0,76	7,09±0,22	3,43	>0,05
3. Описание объема выполненной работы	9,17±0,23	8,24±0,29	9,00±0,67	8,68±0,18	5,79	>0,05
4. Σ оценка КДЛМ	8,08±0,19	7,25±0,19	8,00±0,51	7,64±0,13	10,4	<0,01

лификационная категория отсутствует, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию, соответственно ( $p>0,05$ ).

Статистически значимая связь качества описания объема выполненной врачами работы не выявлена как по признаку стажа работы, так и по квалификации врачей. Суммарная оценка описания объема выполненной работы составила  $8,68\pm 0,18$  баллов, в том числе, соответственно  $8,79\pm 0,37$ ,  $8,85\pm 0,30$  и  $8,45\pm 0,30$  баллов для врачей со стажем 1–10 лет, 11–20 лет и более 21 года и  $9,17\pm 0,23$ ,  $8,24\pm 0,29$  и  $9,00\pm 0,67$  баллов для врачей, имеющих вторую квалификационную категорию или у которых квалификационная категория отсутствует, имеющих первую категорию и имеющих высшую категорию ( $p>0,05$ ).

Полученные результаты свидетельствует о том, что более опытные врачи (имеющие первую и высшую квалификационные категории), опираясь на опыт и мастерство, чаще принимают на себя ответственность за отклонение от утвержденных протоколов и проводят диагностику и лечение, в определенной степени не следуя протоколам.

Одним из ключевых вопросов в системе правового обеспечения деятельности врача-стоматолога является наличие информированного согласия пациента на медицинское вмешательство [6, 7]. Перед медицинским вмешательством врач-стоматолог должен провести с пациентом беседу, рассказав о диагнозе, проводимом лечении и воз-

можных альтернативах. Только после того, как пациент даст добровольное осознанное согласие, можно производить врачебное вмешательство. В обзоре А.А.Кралько [8] отмечено, что в более чем половине случаев неблагоприятных исходов медицинских вмешательств в той или иной мере имеются погрешности в процедуре получения информированного согласия пациента. Письменное согласие пациента на медицинское вмешательство должно быть зафиксировано в медицинской документации. В случае простых медицинских вмешательств, перечень которых утвержден Министерством здравоохранения Республики Беларусь, пациенты дают устное согласие на него, при этом в медицинской документации делается отметка врача [4]. В работах И.Е.Шотт [9, 10] обоснована возможность получения письменного согласия пациентов на предложенный комплекс лечебных мероприятий на приеме у врача-стоматолога.

В нашем исследовании информированное согласие пациентов на медицинское вмешательство отсутствовало лишь в 6 стоматологических амбулаторных картах, что составило 3,77%.

Вместе с тем, вызывают опасения результаты проведенного нами анкетирования врачей по проблеме информированного согласия пациентов на стоматологическое вмешательство. 297 (78,16%) из 380 опрошенных врачей-стоматологов ответили, что всегда информируют пациентов о возможных негативных последствиях оказания стомато-

логической помощи, 76 врачей (20%) указали, что делают это не всегда, и 7 врачей (1,84%) ответили, что никогда не информируют пациентов о возможных последствиях. На вопрос о том, фиксируется ли факт информирования пациента о возможных негативных последствиях оказания стоматологической помощи в амбулаторной карте стоматологического больного, 50,7% (193 респондента) ответили «всегда», 42,63% (162 респондента) – «не всегда», 6,58% (25 респондентов) – «никогда».

Следует отметить, что согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве и вовсе не освобождает врача-стоматолога от ответственности за ненадлежащее оказание медицинской услуги.

На основании проведенного исследования нами сформулированы следующие **выводы**:

1. На качество заполнения стоматологической амбулаторной карты врачами-стоматологами влияют стаж работы и квалификация врача. Врачи, имеющие высшую квалификационную категорию и большой стаж работы, допускают больше небрежностей в оформлении медицинской документации.

2. Информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство оформляется не всеми врачами-стоматологами, что может быть причиной возникновения конфликтных ситуаций при обжаловании пациентом качества оказания стоматологической помощи.

3. Заместителям главных врачей стоматологических поликлиник по медицинской части необходимо усилить контроль за качеством оформления медицинской документации врачами-стоматологами.

4. Необходимо регулярно проводить обучающие семинары для врачей-стоматологов по рассмотрению наиболее частых ошибок при заполнении стоматологической амбулаторной карты и правилам оформления информированного согласия пациента на стоматологическое вмешательство.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Демина, А.В. Анализ ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В.Демина. – М., 2003. – 24 с.
2. Rolwes, E.J. Dental malpractice: practical tips on avoiding a dental malpractice claim / E.J.Rolwes // CDS Rev. – 1996. – Vol.89, No.8. – P.26–32.
3. Weil, Z. Evidential damage as a result of improper medical records / Z.Weil // Medical Law. – 1998. – Vol.17, No.1. – P.13–24.
4. Калинина, Т.В. Основные требования к оформлению и ведению медицинской карты амбулаторного больного / Т.В.Калинина, Н.М.Трофимов,

Ю.Е.Демидчик, М.В.Щавелева, И.Н.Мороз, Т.В.Ясюля, С.В.Качура, Н.С.Деркач // Медицина. – 2010. – №3 (70). – С.18–21.

5. Калинина, Т.В. Анализ дефектов оформления медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях / Т.В.Калинина, М.В.Щавелева, Ю.Е.Демидчик, И.Н.Мороз, Н.М.Трофимов, Т.В.Ясюля, С.И.Станкевич, Л.В.Шваб, С.А.Говорунов // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №1. – С.50–57.
6. Тришин, А.П. Основные ошибки, допускаемые медицинскими учреждениями (организациями) при оказании медицинской помощи гражданам / А.П.Тришин // Главный врач. – 2007. – №3.
7. Бондаренко, Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников / Д.В.Бондаренко // Медицинское право. – 2006. – №4.
8. Кралько, А.А. Медико-правовые аспекты получения информированного согласия на медицинское вмешательство / А.А.Кралько // Медицинские новости. – 2009. – №12. – С.41–45.
9. Шотт, И.Е. Роль правовой осведомленности врача-стоматолога и пациента в определении исхода лечения / И.Е.Шотт // Проблемы экспертизы в медицине. – 2006. – Т.6, №2 (22). – С.19–20.
10. Шотт, И.Е. Критерии оценки врачебных ошибок стоматологов-ортопедов в Республике Беларусь: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Е.Шотт. – М., 2005. – 23 с.

#### ANALYSIS OF QUALITY OF MEDICAL RECORDS MANAGEMENT IN MINSK DENTAL POLYCLINICS

<sup>1</sup> S.V.Shulgan, <sup>2</sup> T.V.Kalinina, <sup>1</sup> A.M.Matveev

<sup>1</sup> Republican Clinical Dental Polyclinic, Minsk, Republic of Belarus

<sup>2</sup> Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Republic of Belarus

Quality of medical records management in dental polyclinics is not only the most important character of diagnostic and treatment process, but it also provides legal protection of dentists. Analysis of defects of medical documentation fulfilling and assessment of quality of medical records in dental polyclinics have been presented in the article. Presence of patient's informed consent for dentist's treatment plan realization in the medical documentation has been analyzed also. All aspects of medical records management in dental polyclinics and assessment of detected defects have been evaluated.

Keywords: medical records; quality assessment; patients' informed consent.

Поступила 07.12.2015 г.