
Научные исследования

АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

¹Т.В.Калинина, ¹М.В.Щавелева, ¹Ю.Е.Демидчик,
¹И.Н.Мороз, ²Н.М.Трофимов, ²Т.В.Ясюля, ¹С.И.Станкевич,
¹Л.В.Шваб, ¹С.А.Говорунов

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

² Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Качественное оформление медицинской документации является не только важнейшей характеристикой лечебно-диагностического процесса, но и гарантией обеспечения правовой защищенности специалистов при оказании медицинской помощи. В статье представлен анализ дефектов оформления медицинской документации и дана оценка качества ведения медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях.

При обращении в организацию здравоохранения пациент рассчитывает на получение квалифицированной и качественной медицинской помощи. Это означает, что помощь должна быть оказана специалистом, имеющим соответствующую профессиональную подготовку, в соответствующем объеме и с использованием соответствующих диагностических и лечебных подходов. На практике нередки случаи оказания некачественной помощи неудовлетворительного качества, последствием которой может явиться безрезультатное лечение или причинение вреда жизни и здоровью пациента. В этом смысле некачественное лечение (не в соответствии с тем, как это принято делать в современной медицине) равнозначно причинению вреда, и возможно привлечение виновных медицинских работников к ответственности.

Причинами неблагоприятных последствий оказания медицинской помощи пациентам являются:

- врачебные ошибки;
- несчастные случаи;
- наказуемые упущения (профессиональные правонарушения).

Основной критерий данной классификации – правильность или ошибочность действий медицинских работников, с одной стороны, и вызвавшие эти последствия причины, с другой стороны [1].

Определения понятия "врачебные ошибки" в законодательстве Республики Беларусь не существует. Вместе с тем "обычай медицинской практики" [2] довольно часто к нему апеллируют. Принято считать, что врачебные ошибки допускаются в силу объективных обстоятельств, т.е. действия медицинского персонала были объективно ненадлежащими, неверными.

Основные причины врачебных ошибок следующие:

- отсутствие надлежащих условий оказания помощи (вынужденное оказание врачом помощи в условиях, не позволяющих оказать ее в соответствии со стандартами профессии), плохая материально-техническая оснащенность ЛПО и др.;
- несовершенство медицинских технологий и знаний (когда болезнь изучена медицинской наукой неполно, и ошибка является следствием неполноты знаний не данного врача, а медицины в целом);
- недостаточный уровень профессионализма врача без элементов небрежности в его действиях (врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточны для правильных действий).

Выделяют также важные обстоятельства, которые могут играть основную роль в наступлении негативных последствий допущенных врачебных ошибок:

– чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;

– исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;

– ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения);

– особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Несчастные случаи (казусы) – неблагоприятные исходы врачебного вмешательства. Это результаты, которые не удается предвидеть, а, следовательно, и предотвратить из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств (хотя врач действует правильно и в полном соответствии с медицинскими правилами и стандартными методами лечения) [3].

В медицине известно, что неблагоприятный, в том числе летальный, исход целого ряда заболеваний при определенных условиях является непредотвратимым, закономерным, природным. Я. Дргонец и П. Холлендер справедливо отмечают, что в медицинской практике вред здоровью может наступить и при использовании самых совершенных приборов или лекарств, возможность вреда реальна и в рамках применения признаваемого современной наукой способа лечения согласно принципу *lege artis* (каждый метод лечения имеет свою статистическую вероятность благоприятного прогноза, вероятность летального исхода не исключается и при проведении аппендэктомии) [4].

К профессиональным правонарушениям (преступлениям) относятся небрежные или умышленные действия медицинского работника, повлекшие причинение вреда жизни и здоровью пациента.

Различие между врачебной ошибкой, несчастным случаем и правонарушением заключается в причинах и условиях их возникновения. В случае правонарушений добросовестность действий медицинского персонала отсутствует. ЛПО не могут нести ответственность за ошибки, обусловленные сложностью заболевания и не зависящие от внимания и добросовестности персонала. И наоборот, организации здравоохранения несут ответственность за повреждение здоровья пациента, в качестве причины которого выступило профессиональное правонарушение медицинского работника (привлеченного организацией внештатного консультанта) [2].

К наиболее часто встречающимся профессиональным правонарушениям медицинских работ-

ников относятся не оказание помощи больному, ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, разглашение врачебной тайны и др. [3, 5].

Цель настоящего исследования – изучение ненадлежащего качества оказания медицинской помощи, связанного с дефектами в оформлении медицинской документации. В ряде случаев это может быть классифицировано как служебный подлог или халатность (профессиональное правонарушение). Дефекты в оформлении медицинской документации могут быть связаны с неправильным оформлением протоколов операций, справок, выписок из историй болезни, больничных листов; недочетами и пробелами в оформлении амбулаторных карт, историй болезни, операционных журналов; некачественным ведением регистрационных журналов и пр. [6].

В утвержденных в настоящее время формах медицинских документов практически не находит отражения мыслительная деятельность врача в ходе лечебно-диагностического процесса [7, 8]. Снижение роли медицинской документации вследствие недостатков в ее оформлении и затруднений в ее трактовке отмечают ряд авторов [9–12].

В некоторых странах обязанность медицинских работников вести надлежащую аккуратную и полную документацию четко оговорена в "Законо о правах пациента" [12]. Медицинская документация должна полностью отражать объективные данные, полученные при обследовании больных, чтобы по ним можно было ответить не только на уже поставленные вопросы, но и на те, которые могут возникнуть в процессе производства экспертизы и судебного разбирательства [7, 8, 10, 13–15].

Оценка качества оформления медицинской документации в организациях здравоохранения – весьма сложная задача. В стационарах процесс и оценка результатов оказания медицинской помощи достаточно формализованы, в том числе более регламентировано оформление медицинской документации. В амбулаторно-поликлинических организациях анализ нарушений, связанных с оформлением медицинской документации, затруднен, поскольку процесс и сам результат оказания медицинской помощи отражены в медицинской документации лишь частично.

В настоящем исследовании алгоритм дефектов оформления медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях представлялся в виде последовательной процедуры анализа пяти базовых блоков:

1. Оценка качества анамнестической информации (ОКАИ).

2. Оценка качества регистрации диагностических процедур (ОКРДП).

3. Оценка диагноза (ОД).

4. Оценка качества регистрации консультаций специалистов (ОКРКС).

5. Оценка качества регистрации выполнения лечебных мероприятий (ОКРВЛМ).

Реализация данного алгоритма позволила охватить практически все аспекты ведения медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях и дать оценку выявленных дефектов.

Оценка качества анамнестической информации (ОКАИ) основывалась не только на полноте и качестве записей о перенесенных ранее заболеваниях, но также на оценке оформления титульных листов, ведения листов для записи заключительных (уточненных) диагнозов, качестве регистрации жалоб, предъявляемых пациентом, отражении информации о переносимости лекарственных препаратов и пр. (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 оформ-

ления титульного листа составила $7,38 \pm 0,13$ баллов. При этом среди выбранных карт не было ни одной без титульного листа, а самый высокий балл (10) был выставлен в 186 случаях (48,1%).

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 основным составляющим и имеются исправления; 4–6 баллов – анамнез собран бессистемно с частичными или полными упущениями по основным составляющим, 7–8 баллов – анамнез собран полно, но имеются исправления; 10 баллов – анамнез собран полно и качественно. Средняя оценка качества сбора анамнеза составила $4,01 \pm 0,17$ балла. При этом 0 баллов эксперты выставили в 132 случаях (34,1%), а высший балл – в 60 случаях (15,5%).

Отражение в медицинской документации информации о переносимости лекарственных препаратов оценивали следующим образом: 0 баллов – информация отсутствует, 5 баллов – отмечается периодически, 10 баллов – отмечается регулярно. Средняя оценка по данной позиции составила $2,45 \pm 0,17$ балла. При этом чаще всего информация о переносимости лекарственных препаратов в медицинских картах отсутствовала – в 241 случае (62,3%).

Таблица 1

Оценка качества анамнестической информации в медицинских картах амбулаторных больных (в соответствии со стажем работы врача)

Оценка качества анамнестической информации (ОКАИ)	Группы по стажу (средняя оценка в баллах)			Общая оценка (n=387)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–5 лет (n=83)	6–15 лет (n=78)	16 лет и более (n=226)		H	p
1. Качество оформления титульного листа	7,08±0,29	8,23±0,27	7,20±0,18	7,38±0,13	9,34	<0,01 (0,009)
2. Качество сбора анамнеза	4,07±0,40	4,5±0,34	3,83±0,23	4,01±0,17	2,90	>0,05 (0,233)
3. Отражение информации о переносимости лекарственных препаратов	3,25±0,44	2,66±0,38	2,07±0,21	2,45±0,17	5,4	>0,05 (0,066)
4. Качество ведения листа записи заключительных диагнозов	7,69±0,32	7,30±0,32	7,08±0,19	7,26±0,15	2,93	>0,05 (0,231)
5. Качество регистрации жалоб, предъявляемых пациентами	7,71±0,36	7,79±0,30	7,27±0,18	7,47±0,14	3,29	>0,05 (0,194)
6. СКОКАИ	5,95±0,25	6,08±0,22	5,49±0,24	5,71±0,11	6,56	<0,05 (0,037)

Оценка качества ведения листа записи заключительных диагнозов выполнялась по следующей шкале: 0 баллов – отсутствует; 1–3 балла – отмечены не все перенесенные заболевания и имеются исправления; 4–5 баллов – отмечены не все перенесенные заболевания; 5–8 баллов – отмечены все перенесенные заболевания, но имеются исправления; 9–10 баллов – отмечены все перенесенные заболевания. Средняя оценка качества ведения листа заключительных диагнозов составила 7,26±0,15 баллов. Листы записи заключительных диагнозов отсутствовали в 13 медицинских картах, взятых в исследование (3,4%). Максимальная оценка была выставлена экспертами в 185 случаях, что составило 47,8%.

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 7,47±0,14 баллов. Наивысшая оценка – 10 баллов – была выставлена более чем в половине случаев (208 карт, 53,7%).

Обобщающая оценка качества анамнестической информации для всех врачей составила 5,71±0,11 баллов. При этом установлено достоверное различие средних оценок для специалистов с разным стажем работы (Kruskal-Wallis test $H=6,56$, $p=0,037$). Добросовестнее всех эту работу выполняют молодые врачи (со стажем 1–5 лет) и врачи со стажем работы 6–15 лет. Средние значения ОКАИ в этих группах составили 5,95±0,25 и 6,08±0,22 баллов соответственно. Наименее внимательны при заполнении анамнестической информации врачи со стажем 16 лет и более (5,49±0,24 баллов). По-видимому, у специалистов, работающих 16 лет и более, снижается ответственность за этот раздел работ, что сказывается на качестве ведения документации в части оформления анамнестической информации.

Оценивая качество регистрации диагностических процедур (ОКРДП), основывались на следующих моментах: качестве объективного обследования пациентов, полноте и качестве записи диагностических назначений, полноте регистрации в медицинской документации выполнения диагностических назначений, регистрации в медицинской документации отказов пациентов от выполнения назначенных врачом диагностических мероприятий (табл. 2).

Таблица 2

Оценка качества регистрации диагностических процедур в медицинских картах амбулаторных больных (в соответствии со стажем работы врача)

Оценка качества регистрации диагностических процедур (ОКРДП)	Группы по стажу (средняя оценка в баллах)			Общая оценка (n=387)	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–5 лет (n=83)	6–15 лет (n=78)	16 лет и более (n=226)		H	p
1. Качество регистрации результатов объективного обследования пациентов	6,74±0,34	7,38±0,31	6,26±0,17	6,59±0,14	9,49	<0,01 (0,008)
2. Полнота и качество записи диагностических назначений	7,79±0,38	9,22±0,26	8,83±0,16	8,68±0,14	11,69	<0,01 (0,002)
3. Полнота регистрации в медицинской документации выполнения диагностических назначений врача	7,98±0,38	8,24±0,34	7,99±0,58	8,04±0,16	0,364	>0,05 (0,83)
4. Оценка качества регистрации отказов пациентов от выполнения назначенных врачом диагностических мероприятий	0,55±0,38 (n=18)	1,25±0,72 (n=16)	0,94±0,31 (n=37)	0,91±0,27 (n=71)	0,47	>0,05 (0,78)
5. ΣОКРДП	7,21±0,31	7,92±0,27	7,46±0,15	7,50±0,12		<0,05

Качество регистрации результатов объективного обследования пациентов оценивали по следующей шкале: 0 баллов – данные результатов объективного обследования в медицинской карте отсутствуют; 1–3 балла – информация нечитабельна; 4–6 баллов – обследование проведено не в полном объеме; 7–8 баллов – в записях имеются исправления; 9–10 баллов – результаты объективного обследования пациентов представлены в полном объеме. Среднее значение качества объективного обследования составило $6,59 \pm 0,14$ баллов. В 143 случаях (36,9%) данные результатов объективного обследования были отражены в медицинских картах безукоризненно, в 10 картах (2,6%) данные результатов объективного обследования отсутствовали полностью.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что с увеличением стажа работы врачей снижается качество регистрации ими в медицинской документации результатов объективного обследования пациентов. Средние оценки по данной позиции составили $6,74 \pm 0,34$, $7,38 \pm 0,31$ и $6,26 \pm 0,17$ баллов для врачей со стажем 1–5 лет, 6–15 лет и 16 лет и более соответственно (Kruskal-Wallis test, $N=9,49$, $p=0,008$) (табл. 2).

Полнота и качество записи диагностических назначений оценивались следующим образом: 0 баллов – записи о диагностических назначениях врача отсутствовали; 1–3 балла – информация нечитабельна; 4–6 баллов – назначенные диагностические мероприятия отражены не в полном объеме; 7–8 баллов – в записях имеются исправления; 9–10 баллов – назначенные диагностические мероприятия отражены в полном объеме. Среднее значение качества записи диагностических назначений составило $8,68 \pm 0,14$ баллов. В подавляющем большинстве случаев (303 карты, 78,3%) записи назначенных диагностических мероприятий были отражены в полном объеме.

Полноту регистрации в медицинской документации выполнения диагностических назначений врача оценивали следующим образом: 0 баллов – информация о выполнении отсутствует; 5 баллов – информация о выполнении диагностических назначений представлена не в полном объеме; 10 баллов – информация о выполнении диагностических назначений представлена в полном объеме. Средняя оценка полноты регистрации выполнения диагностических назначений врача составила $8,04 \pm 0,16$ баллов. В 275 случаях (69,5%) полнота регистрации выполнения диагностических назначений врача получила максимальную оценку экспертов – 10 баллов.

Анализ полноты регистрации в медицинской документации отказов пациентов от выполнения

назначенных врачом диагностических мероприятий проводили с учетом тех случаев, где в этом была необходимость. Было установлено, что в 316 случаях назначенные диагностические мероприятия были выполнены в полном объеме, и необходимости в информированном отказе пациентов не было. По данным остальных карт (71), назначенные врачом диагностические мероприятия были оформлены следующим образом. В подавляющем большинстве случаев – в 60 картах, что составило 84,5% – информированные отказы пациентов от выполнения назначенных диагностических процедур в медицинских картах не были оформлены. В 9 картах были записи врачей об отказах пациентов от обследований, но подписей, подтверждающих осознанное решение самих пациентов, не было. Лишь две медицинские карты были оформлены в полном соответствии с установленными требованиями – отказ от проведения диагностических процедур был скреплен подписью пациента.

Обобщающая оценка качества регистрации диагностических процедур в медицинских картах амбулаторных больных составила $7,50 \pm 0,12$ баллов.

При этом установлено достоверное различие средних оценок для специалистов с разным стажем работы. Самый высокий балл отмечен в группе врачей со стажем работы от 6 до 15 лет, самый низкий балл получен в группе врачей со стажем 1–5 лет. Средние значения ОКРДП в этих группах составили $7,92 \pm 0,27$ и $7,21 \pm 0,31$ баллов соответственно (Kruskal-Wallis test, $N=3,49$, $p=0,049$).

Оценку качества регистрации в медицинской карте амбулаторного больного клинического диагноза (ОД) выполняли 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 регистрации в медицинской карте амбулаторного больного клинического диагноза составила $7,03 \pm 0,16$ баллов. Нами не выявлено достоверное изменение качества регистрации клинического диагноза с увеличением стажа работы врачей. Средние оценки по данной позиции составили $6,85 \pm 0,34$, $7,44 \pm 0,32$ и $7,43 \pm 0,18$ баллов для врачей со стажем 1–5 лет, 6–15 лет и 16 лет и более соответственно (Kruskal-Wallis test, $N=1,97$, $p=0,37$).

Оценка качества регистрации консультаций специалистов (ОКПКС) в медицинских картах амбула-

торного больного выполнялась по следующим направлениям: оценка качества регистрации лечащим врачом в медицинских картах назначенных консультаций узких специалистов; качество выполнения назначений, сделанных узкими специалистами; качество регистрации отказов пациентов от направления на консультации к узким специалистам.

Оценка качества регистрации в медицинских картах назначенных консультаций узких специалистов выполнялась в тех случаях, когда это было необходимо. Для анализа были отобраны 307 карт. Консультации специалистов были назначены в 244 случаях, о чем имелись соответствующие записи в медицинских картах. В остальных 63 случаях (20,5%) записи в медицинских картах о назначении консультаций узких специалистов лечащими врачами не были сделаны. Средняя оценка качества регистрации в медицинских картах назначенных консультаций узких специалистов составила $7,94 \pm 0,23$ баллов. С высокой степенью достоверности нами показано, что наиболее качественная регистрация в медицинских картах назначенных консультаций узких специалистов выполнялась врачами, работающими по специальности от 6 до 15 лет (Kruskal-Wallis test, $H=7,13$, $p=0,028$). Средняя оценка в данной группе по стажу работы составила $9,18 \pm 0,35$ баллов, в группах, имеющих стаж работы 1–5 лет и 16 лет и более – $7,53 \pm 0,52$ и $7,68 \pm 0,31$ баллов соответственно (табл. 3).

Анализ качества выполнения назначений, сделанных узкими специалистами, показал, что сред-

няя оценка данного показателя составила $8,02 \pm 0,23$ баллов. С высокой степенью достоверности установлено, что наиболее качественное выполнение назначений, сделанных узкими специалистами, было отмечено в медицинских картах лечащих врачей, работавших по специальности 6–15 лет и 16 лет и более (Kruskal-Wallis test, $H=11,77$, $p=0,0028$). Средняя оценка в данных группах по стажу работы составила соответственно $8,83 \pm 0,36$ и $8,22 \pm 0,25$ баллов, а в группе, имеющей стаж работы 1–5 лет – $6,85 \pm 0,48$ баллов (табл. 3).

Консультации узких специалистов не были выполнены в 43 случаях, что составило 17,6% всех назначенных лечащими врачами консультаций. При этом в 95,3% (41 случай) отказ пациентов от консультации узких специалистов не был документирован в медицинских картах амбулаторного больного. Лишь в двух медицинских картах имелись записи об отказе пациентов от направления к узким специалистам, но и в этих случаях информированный отказ пациентов оформлен не был.

Обобщающая оценка качества регистрации консультаций узких специалистов в медицинской карте амбулаторного больного составила $7,61 \pm 0,19$ баллов.

При этом уставлено достоверное различие средних оценок для специалистов с разным стажем работы. Самый высокий балл отмечен в группе врачей со стажем работы от 6 до 15 лет, самый низкий балл получен в группе врачей со стажем 1–5 лет. Средние значения ОКРДП в этих группах

Таблица 3

Оценка качества регистрации консультаций узких специалистов в медицинской карте амбулаторного больного (в соответствии со стажем врача)

Оценка качества регистрации консультаций специалистов (ОКРКС)	Группы по стажу (средняя оценка в баллах)			Общая оценка	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–5 лет	6–15 лет	16 лет и более		H	p
1. Оценка качества регистрации в медицинских картах назначенных консультаций	$7,53 \pm 0,52$ (n=69)	$9,18 \pm 0,35$ (n=61)	$7,68 \pm 0,61$ (n=177)	$7,94 \pm 0,23$ (n=307)	7,13	<0,05 (0,028)
2. Оценка качества выполнения назначений, сделанных узкими специалистами	$6,85 \pm 0,48$ (n=69)	$8,83 \pm 0,36$ (n=61)	$8,22 \pm 0,25$ (n=177)	$8,02 \pm 0,23$ (n=307)	11,47	<0,01 (0,0028)
3. Оценка качества регистрации отказов пациентов от направления на консультации к узким специалистам	$0,26 \pm 0,26$ (n=19)	$1,1 \pm 1,1$ (n=9)	$0,19 \pm 0,19$ (n=26)	$0,37 \pm 0,12$ (n=54)	0,75	>0,05 (0,68)
4. Σ ОКРКС	$6,89 \pm 0,45$	$8,60 \pm 0,36$	$7,58 \pm 0,26$	$7,61 \pm 0,19$	8,96	<0,01 (0,01)

составили $8,60 \pm 0,36$ и $6,89 \pm 0,45$ баллов соответственно (Kruskal-Wallis test, $N=8,96$, $p=0,01$).

Оценка качества регистрации выполнения лечебных мероприятий (ОКРВЛМ) основывалась на полноте и качестве записей о назначенных лечебных мероприятиях, на качестве оформления в медицинской карте отказов пациентов от назначенного лечения и информированного согласия пациентов на медицинское вмешательство (табл. 4).

Средняя оценка полноты и качества записей о назначенных лечебных мероприятиях составила $9,06 \pm 0,11$ баллов. Отказы пациентов от назначенного врачом лечения были зарегистрированы в 30 случаях. Средняя оценка качества оформления врачами отказов в медицинских картах составила $1,35 \pm 0,41$ балла.

Сегодня одним из центральных в системе юридического обеспечения медицинской деятельности становится вопрос информированного согласия пациента на медицинское вмешательство, проведение клиничко-лабораторных обследований и лечение [16, 17]. Более чем в половине так называемых "врачебных дел", которые расследуются по поводу неблагоприятных исходов медицинских вмешательств, в той или иной мере имеются погрешности в процедуре получения информированного согласия пациента [14]. При этом согласие пациента на медицинское вмешательство в обязательном порядке должно быть зафиксировано в медицинской документации. В случае простых медицинских вмешательств, которые нередко выпол-

няются в амбулаторных условиях, пациенты дают устное согласие на него, при этом в медицинской документации делается отметка врача [13].

В нашем исследовании в 89 случаях врачи должны были зафиксировать в медицинской карте согласие пациента на медицинское вмешательство. Как правило, это имело место в случаях госпитализации пациентов в дневной стационар с назначением им внутривенных инфузий. Согласие пациентов было зафиксировано лишь в 12 медицинских картах, что составило 13,5%.

Обобщающая оценка качества регистрации выполнения лечебных мероприятий в медицинской карте амбулаторного больного составила $8,15 \pm 0,14$ баллов, при этом была установлена статистически достоверная разница в записях врачей с разным стажем работы (Kruskal-Wallis test $N=6,32$, $p=0,042$) (табл. 4).

В заключение следует отметить, что, заполняя любой медицинский документ, врач не должен забывать об идентификационном значении своих записей, их полноте и объективности. Качество оформления медицинской документации имеет не только эстетическое, но, прежде всего, юридическое значение.

В любых спорных ситуациях врачи максимально защищены при своевременном, грамотном и скрупулезном ведении медицинской документации, полноценном и доступном разъяснении пациентам всех деталей предполагаемой медицинской услуги и ее последствий и надлежащем выполнении этой

Таблица 4

Оценка качества регистрации выполнения лечебных мероприятий в медицинской карте амбулаторного больного (в соответствии со стажем работы врача)

Оценка качества регистрации выполнения лечебных мероприятий (ОКРВЛМ)	Группы по стажу (средняя оценка в баллах)			Общая оценка	Достоверность различия (Kruskal-Wallis test)	
	1–5 лет	6–15 лет	16 лет и более		H	p
1. Оценка полноты и качества записей о назначенных лечебных мероприятиях	$8,89 \pm 0,30$ (n=80)	$9,66 \pm 0,13$ (n=77)	$8,92 \pm 0,15$ (n=219)	$9,06 \pm 0,11$ (n=376)	5,93	>0,05 (0,051)
2. Оценка оформления в медицинской карте отказов пациентов от назначенного лечения	$0,38 \pm 0,38$ (n=13)	$5,00 \pm 0,00$ (n=1)	$1,87 \pm 0,61$ (n=16)	$1,35 \pm 0,41$ (n=30)	5,23	>0,05 (0,07)
3. Оценка качества оформления информированного согласия пациентов на медицинское вмешательство	$0,96 \pm 0,38$ (n=26)	$0,78 \pm 0,57$ (n=17)	$3,86 \pm 0,6$ (n=38)	$2,36 \pm 0,38$ (n=79)	16,59	<0,001 (0,0002)
4. Σ ОКРВЛМ	$7,41 \pm 0,35$	$8,54 \pm 0,25$	$8,29 \pm 0,17$	$8,15 \pm 0,14$	6,32	<0,05 (0,041)

услуги. Необходимо четко представлять, что медицинская документация используется не только для решения вопросов организации медицинского обеспечения населения, но может быть затребована судебно-медицинскими экспертами и правоохранительными органами при решении тех или иных проблем, в том числе связанных с претензиями пациента (его представителей) к организации здравоохранения (конкретному медицинскому работнику) по проблеме ненадлежащего качества оказания медицинской помощи [13].

М.Я.Мудров в свое время писал: "История болезни должна иметь достоинство точного представления о случившемся.... Она должна быть справедливой. Врачу нужно писать ее рачительно, подобно живописцу, малейшие черты и тени изображавшему на лице человека..." [10, 18].

Эти слова никогда не потеряют своего значения. Строго следуя им, врач может быть уверенным в том, что составляет документ, полностью соответствующий всем предъявляемым к нему требованиям, а каждый, кому придется изучать этот документ, будет знать, что найдет в нем достаточно полные данные, точно и объективно отражающие наблюдаемую картину.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьяченко, В.Г. Качество в современной медицине / В.Г.Дьяченко. – Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО ДВГМУ, 2007. – 490 с.
2. Кралько, А.А. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников / А.А.Кралько // Медицинские новости. – 2010. – №5-6. – С.46-51.
3. Кралько, А.А. Правовое регулирование охраны здоровья в Республике Беларусь / А.А.Кралько. – Минск: РОО "Пенитенциарное здоровье", 2009. – 294 с.
4. Дргонец, Я. Современная медицина и право. Пер. со словац. / Я.Дргонец, П.Холлендер. – М.: Юридическая литература, 1991. – 336 с.
5. Уголовный кодекс Республики Беларусь, 9 июля 1999г. №275-З (с изменениями и дополнениями) // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] /ООО "ЮрСпектр". – Минск, 1992-2010.
6. Фоменко, А.Г. Методы выявления, анализа и оценки ошибок и неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи / А.Г. Фоменко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – №4. – С.41-45.
7. Сергеев, В.В. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок / В.В.Сергеев, С.О.Захаров // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – №1. – С.7-9.
8. Сергеев, В.В. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников / В.В.Сергеев, С.О.Захаров, А.П.Ардашкин, А.А.Тарасов. – Самара, 2000. – 143 с.
9. Демина, А.В. Анализ ошибок и осложнений в практике терапевтической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В.Демина. – М., 2003. – 24 с.
10. Мыльникова, И.С. О правовом значении дневниковых записей в истории болезни / И.С.Мыльникова // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. – №10 (109). – С.38-40.
11. Rolwes, E.J. Dental malpractice: practical tips on avoiding a dental malpractice claim / E.J.Rolwes // CDS Rev. – 1996. – №89 (8). – P.26-32.
12. Weil, Z. Evidential damage as a result of improper medical records / Z.Weil // Medical Law. – 1998. – №17 (1). – P.13-24.
13. 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.
14. Кралько, А.А. Медико-правовые аспекты получения информированного согласия на медицинское вмешательство / А.А.Кралько // Медицинские новости. – 2009. – №12. – С.41-45.
15. О некоторых вопросах оказания медицинской помощи детскому населению: Письмо М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 05.11.2010 г. №02-1-06/3589.
16. Тришин, А.П. Основные ошибки, допускаемые медицинскими учреждениями (организациями) при оказании медицинской помощи гражданам / А.П.Тришин // Главный врач. – 2007. – №3.
17. Бондаренко, Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников / Д.В.Бондаренко // Медицинское право. – 2006. – №4.
18. Мудров, М.Я. Избранные произведения / М.Я. Мудров. – М., 1949.

ANALYSIS OF FAULTS IN MEDICAL PAPER WORK IN OUTPATIENT ORGANIZATIONS

T.V. Kalinina, M.V. Schaveleva, Yu.E. Demidchik, I.N.Moroz, N.M. Trofimov, T.V.Yasiulia, S.I.Stankevich., L.V.Shvab, S.A.Govorunov

Qualitative medical paper work is not only a chief characteristic of the medical-diagnostic process but it also secures legal safeguard of specialists when rendering medical care. The article presents the analysis of faults in medical paper work and assessment of quality of medical documentation in outpatient organizations.

Поступила 10.11.2010 г.