

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Толмачев И.А., Иорданишвили А.К., Сериков А.А., Лобейко В.В.

*Кафедра судебной медицины Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г.
Санкт-Петербург, Загородный пр., 47.*

Сериков Антон Анатольевич 8 (981) 897 83 58; e-mail:mdgrey@bk.ru

Резюме:

Проведен анализ первичной медицинской документации пациентов, проходивших лечение в амбулаторных стоматологических учреждениях различной формы собственности. Проанализировано качество ведения амбулаторных карт стоматологических пациентов, соответствие их форм современным требованиям, а также полнота заполнения при диагностике и лечении. Акцент в анализе был сделан на подробности описания объективного местного статуса органов и тканей жевательного аппарата, что имеет непосредственно значение при проведении судебно-медицинской экспертизы таких пациентов. Выявлены предпосылки для обращения пациента за судебной защитой в связи с недостатками ведения первичной медицинской документации. Сделаны выводы и рекомендации, позволяющие улучшить качество заполнения амбулаторных карт стоматологических пациентов.

Ключевые слова:

Первичная медицинская документация, амбулаторная карта стоматологического пациента, лечебно-профилактическое учреждение, профессиональная ошибка стоматолога.

REFERENCE OF ORIGINAL DOCUMENTATION OUTPATIENT MEDICAL DENTAL INSTITUTIONS OPTIMIZATION

Tolmachev I.A., Iordanishvili A.K., Serikov A.A., Lobeyko V.V.

Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

Summary.

The analysis of primary medical records of patients undergoing treatment at the outpatient dental institutions of various forms of ownership. Analyzed the quality of outpatient cards dental patients, their correspondence forms of modern requirements, as well as the completeness of filling in the diagnosis and treatment. The emphasis of the analysis was made on the details of the description of the objective of the local status of organs and tissues of the masticatory apparatus, which is of direct significance in forensic-medical examination of such patients. Identified preconditions for treatment of a patient for judicial protection in connection with defects of the primary medical documentation. Conclusions are made and recommendations to improve the quality of filling of outpatient cards dental patients.

Keywords:

Primary medical documentation, outpatient's card dental patient treatment-and-prophylactic institution, professional mistake dentist.

Введение.

На фоне необходимого совершенствования правового регулирования взаимоотношений между врачом и пациентом, медико-экспертной оценки деятельности медицинских работников, врачи-стоматологи стали отмечать увеличение количества конфликтов с пациентами и претензий от больных, что связывают с повышением требовательности к качеству оказываемых стоматологических услуг [1, 2, 3]. По нашим данным и результатам исследований ряда стоматологов наибольшее количество жалоб, претензий и судебно-медицинских экспертиз в стоматологии приходится на зубопротезную помощь, затем терапевтическую и хирургическую стоматологическую помощь [2, 3]. По нашим данным, в настоящее время 65% всех претензий в стоматологической практике могут быть разрешены на досудебном этапе. Однако ряд авторов отмечает, что по имеющейся первичной медицинской документации сложно, а порой и невозможно установить причинно–следственную связь между оказанием амбулаторной стоматологической помощи и последовавшей претензией от пациента из-за скудного описания жалоб, объективных данных, лаконичной формулировки диагноза, отсутствия последовательного описания проводимых лечебно–диагностических и реабилитационных мероприятий[3, 6, 8]. Обычно отмеченные объективные морфофункциональные изменения со стороны жевательного аппарата, далеко не полно отражают как жалобы, так и имеющийся стоматологический статус.

Так, в графе, «жалобы» в 34% случаев врачами указывается на нарушение жевания, в 15% – эстетический дефект, в 18% – дефект речи, в 23% – уменьшение нижней трети лица, в 32% – асимметрию лица, в 40% – плохую фиксацию «старых» протезов[4]. Если учесть, что в современном мире у пациентов появилась возможность выбора медицинского учреждения и врача стоматолога, а также повысились требования к качеству оказываемых стоматологических услуг [4, 9], становится понятным актуальность рассмотрения проблемы ведения первичной медицинской документации в аспекте судебной стоматологии.

Цель исследования: Изучение амбулаторных карт стоматологических пациентов, проходивших лечение в стоматологических учреждениях различной формы

собственности, для оценки качества их ведения и выявления дефектов оказания медицинских услуг при оказании стоматологической помощи взрослому населению.

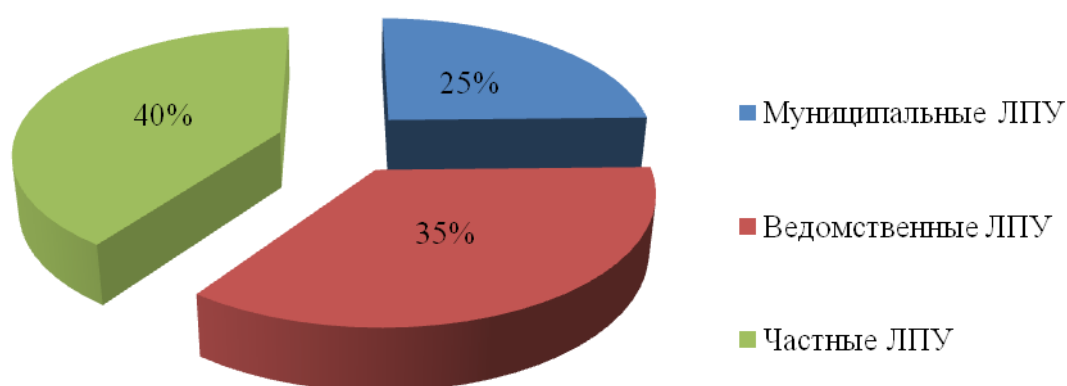
Материал и методы исследования.

В процессе работы были изучены 1132 медицинских карт (амбулаторных карт – АК) стоматологического больного (форма 043/У), 786 вкладышей отделений ортопедической стоматологии и более 5000 записей в них.

Для оценки качества ведения первичной медицинской документации (ПМД) был проведен ее анализ в 3 муниципальных, 2 ведомственных стоматологических поликлиниках и 5 частных стоматологических клиниках Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Распределение исследованной первичной медицинской документации по стоматологическим амбулаторно-профилактическим учреждениям в зависимости от формы собственности представлено на рисунке 1.

Во всех стоматологических лечебно-профилактических учреждениях амбулаторные карты стоматологического больного соответствовали форме 043/У, утвержденной приказом МЗ СССР № 1030 от 4.10.1980г. “Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения”.

Рис. 1. Распределение исследованной первичной медицинской документации по стоматологическим амбулаторно-профилактическим учреждениям в зависимости от формы собственности, %



В частных стоматологических клиниках первичные медицинские документы были разработаны сотрудниками этих клиник, хотя в целом по своему содержанию напоминали форму 043/У и также состояли из паспортной и медицинской частей.

В трех стоматологических поликлиниках амбулаторные карты стоматологического больного при необходимости дополнялись вкладышами отделений ортопедической стоматологии произвольной формы, в которых записи осуществлялись смотровыми и лечащими врачами стоматологами этих отделений, а также при необходимости заведующими отделениями ортопедической стоматологии.

В остальных лечебно-профилактических учреждениях врачи-стоматологи-ортопеды при протезировании пациента осуществляют записи в медицинской карте стоматологического больного, продолжая дневниковые записи врачей стоматологов-терапевтов и хирургов.

Результаты и их обсуждение.

При проведении анализа выявлено, что ошибки и недочеты в заполнении врачами-стоматологами амбулаторных карт, встречаются во всех лечебно-профилактических учреждениях, независимо будь то муниципальные или ведомственные стоматологические поликлиники, либо частные стоматологические клиники.

В оформлении ПМД как в муниципальных и ведомственных, так и в частных стоматологических клиниках принимали участие не менее двух человек: медицинский регистратор (администратор частной клиники) и врач - стоматолог. В паспортной части в 14,22% случаев отсутствовали:

- имя и (или) отчество - 5%;
- пол- 0,5%;
- полная дата рождения пациента- 12%;
- профессия и (или) место рождения- 13%;
- домашний адрес- 8%;
- номер телефона- 3%;

Ошибки в заполнении паспортной части в муниципальных стоматологических поликлиниках составили 21,63%. Практически такие же результаты получены при изучении амбулаторных карт в ведомственных стоматологических поликлиниках - 23,66%. Что же касается частных стоматологических клиник, то здесь количество недочетов в заполнении паспортной части значительно меньше и составило 5,27%. Очевидно, это связано с тем, что медицинские регистраторы, связываются с пациентами, проходящими лечение в клиниках для уточнения даты и времени приема. Этот пример, является одним из важных факторов конкурентоспособности стоматологического лечебного учреждения.

Известно, что заполнение медицинской части ПМД предусматривает регистрацию всех действий и манипуляций врача-стоматолога, начиная со сбора анамнеза заболевания и жизни, и заканчивая соответствующими рекомендациями после проведенного стоматологического лечения и зубного протезирования. Как показывает судебная практика, именно полное и грамотное ведение ПМД позволяет при возникновении претензий и конфликтов со стороны пациентов доказать правомерность действий врача стоматолога и избежать судебных разбирательств [5].

Заполнение графы “Диагноз” на титульной части ПМД осуществлено лишь в 80% случаев. Причем при анализе графы “Диагноз” в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник дефекты и неточности были выявлены в 70 амбулаторных картах. Аналогичные дефекты в ведомственных стоматологических поликлиниках встречались в 22,33% случаев и в 14,54% случаев дефекты заполнения ПМД отмечены в частных стоматологических клиниках.

Следует подчеркнуть, что во всех случаях диагноз формировался лишь в отношении какого-либо “причинного” зуба или тканей пародонта, например: “Средний кариес 15”, “генерализованный пародонтит” и.т.п. Вместе с этим, необходимо, чтобы диагноз был развернутым стоматологическим и соответствовал международной классификации болезней – МКБ-10 (ВОЗ,1997). Причем, впоследствии диагноз можно и необходимо уточнять, расширять, изменять, указывая дату этих изменений. Следует напомнить врачам стоматологам, что графа “диагноз” на титуле ПМД должна заполняться по завершению обследования пациента. Тогда выявленный диагноз будет реально соответствовать стоматологическому статусу пациента, определять правильность выбора

и последующую успешность планируемого врачами комплекса лечебно-профилактических стоматологических мероприятий.

При анализе ПМД в 25,26% случаев, графа “Жалобы” заполнена врачами-стоматологами не полно, либо с сокращениями. Ошибки и неточности при заполнении этой графы выявлены в 25,17% в муниципальных стоматологических поликлиниках, в 22,33% в ведомственных стоматологических поликлиниках и в 21,27% частных стоматологических клиник. Учитывая тот факт, что графа “жалобы” заполняется со слов пациента, жалобы могут быть самыми различными, вместе с тем необходимо, чтобы жалобы наиболее полно отражали характер патологического процесса со стороны зубочелюстной системы пациента, обратившегося за помощью в стоматологическое лечебное учреждение. Поэтому наводящими вопросами врач-стоматолог должен уточнять и детализировать их.

Наибольшее количество дефектов и недочетов в амбулаторных картах выявлено при анализе граф “Перенесенные и сопутствующие заболевания”, “Развитие настоящего заболевания”, “Внешний осмотр”, “Прикус”, “Состояние слизистой оболочки полости рта”, “Данные рентгенологических и лабораторных исследований”. В большинстве амбулаторных карт эти не менее важные для врача сведения не отражены в соответствующих пунктах и не заполнялись вообще. На наш взгляд это связано с низкой квалификацией врача-стоматолога, не умением его работать с медицинской документацией, небрежным и халатным отношением к своим должностным обязанностям.

Графа “Перенесенные и сопутствующие заболевания” в проверенных ПМД была заполнена в 69,5%. При анализе данной графы в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник, дефекты и неточности были выявлены в 41,13%. В ведомственных стоматологических поликлиниках и частных стоматологических клиниках дефекты и неточности при заполнении данной графы в ПМД были выявлены соответственно в 43,33% случаев и в 20,18% случаев.

Медицинская карта должна включать в себя не только сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, но и ранее выполненных операциях, а также содержать данные из возможных официальных документов (выписки из истории болезни, справки,

анализы, клинические исследования). Вся эта информация должна быть включена в графу “перенесенные и сопутствующие заболевания”.

При анализе графы “Развитие настоящего заболевания” общее число дефектов при ее заполнении составило 41,25% (467 АК).

Дефекты в заполнении этой графы в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник были обнаружены в 56,73%, причем в 124 амбулаторных картах запись вообще отсутствовала. 37,66% амбулаторных карт, изученные в ведомственных стоматологических поликлиниках, также имели недочеты и неточности. В 90 из них запись в данной графе отсутствовала полностью. 34,72% амбулаторных карт в частных стоматологических клиниках также имели недостатки при заполнении, а в 156 из них запись в указанной графе отсутствовала полностью.

Важным моментом комплексного обследования является тщательный сбор анамнеза настоящего заболевания. Если ранее предпринималось лечение, то врачу следует отметить, какое, где и каков был его результат. Также следует указать особенности течения во времени данного заболевания, продолжительность периодов обострения и ремиссии, а также проявления различных симптомов [6]. Изучение первичной медицинской документации показывает, что разделу “развитие настоящего заболевания” в ПМД стоматологического пациента не уделяется нужного внимания. Поэтому отмечен низкий процент заполнения данного раздела. Некоторые врачи-стоматологи заполняют данную графу в виде сокращений или ряда отдельных симптомов, что должным образом не позволяет оценить полную картину заболевания, необходимую для постановки диагноза.

Данные внешнего осмотра в 38,78% ПМД отсутствуют, а в 70% из них сделана запись “без изменений”, в 13% случаев “без особенностей”, а в 17% случаев - “в норме”. Анализ графы “Внешний осмотр” амбулаторных карт показал полное отсутствие записей в муниципальных стоматологических поликлиниках в 42,90%, в ведомственных стоматологических поликлиниках в 50% ПМД и в 30,54% амбулаторных карт частных стоматологических клиник.

При описании результатов внешнего осмотра необходимо помнить, что осмотр органов и тканей челюстно-лицевой области включает в себя еще и данные пальпации.

При осмотре тканей врачам следует обращать внимание на симметричность анатомических образований (щек, челюстей, лобных бугров, скатов носа). В стоматологической практике имеет немаловажное значение патологическая асимметрия (припухлости, посттравматические и послеоперационные деформации). Большое значение следует придавать окраске кожного покрова, наличию различных высыпаний, тургору и структуре кожи и слизистой оболочки полости рта. Обязательно должно уделяться внимание описанию состояния височно-нижнечелюстного сустава, поднижнечелюстных и околоушных слюнных желез, лимфатических узлов (необходимо зафиксировать в ПМД их размер, форму, консистенцию, спаянность с окружающими тканями, чувствительность по отношению к соседним узлам) [6, 7, 8].

Состояние твердых тканей зубов обычно отмечается врачами в зубной формуле. С 2000 года Стоматологической ассоциацией России (СтАР) рекомендовано заполнять для постоянного прикуса зубную формулу согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения. Записи зубной формулы были сделаны лишь в 47% случаев.

К сожалению, не всегда отмечается в ПМД вид прикуса. Об этом говорят следующие данные, согласно которым лишь 64% случаев в графе “прикус” указан тип взаимоотношения зубных рядов. При анализе графы “Прикус” в амбулаторных картах муниципальных стоматологических поликлиник дефекты и неточности были выявлены в 35,81%. 41,66% дефектов было выявлено при заполнении этой графы в ведомственных стоматологических поликлиниках и 34,18% - в частных стоматологических клиниках. Наличие отметок в зубной формуле было обнаружено лишь в 47% всех изученных ПМД.

Графа “состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков” при исследовании ПМД заполнялась врачами-стоматологами лишь в 45,05% случаев. Дефекты в муниципальных стоматологических поликлиниках при заполнении этой графы были обнаружены в 63,12%, причем в 162 из них запись отсутствовала. Больше половины амбулаторных карт 50,66%, просмотренных в ведомственных стоматологических поликлиниках, также имели ошибки и неточности. В 143 из них запись в данной графе отсутствовала полностью. 32,72% амбулаторных карт в частных стоматологических клиниках также имела дефекты при заполнении графы «состояние слизистой оболочки полости рта», а в 176 из них запись отсутствовала.

В графе “состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков” врачам следует указывать на влажность и окраску слизистой оболочки, описывать патологические изменения: отечность и гиперемию, медикаментозные эритемы, кровоизлияния, и т.п.

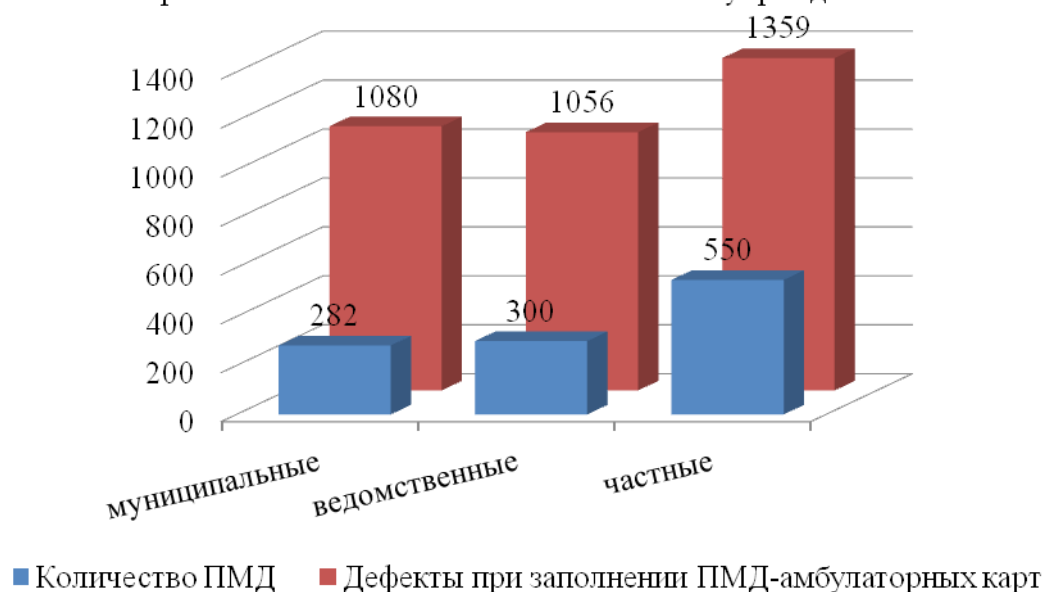
Во многих ПМД встречены такие дефекты и недостатки при оформлении как: отсутствие отметки о санации - 56%, отсутствие записи о необходимости явки на профилактический осмотр - 22%, недостаточное описание профилактических мероприятий - 84%, отсутствие рекомендаций - 84%.

При заполнении дневниковых записей стоматологов-терапевтов и стоматологов-хирургов в амбулаторных картах были выявлены недостатки во всех стоматологических лечебных учреждениях. Так, например, в муниципальных стоматологических поликлиниках в 32,26% были выявлены непринятые в медицине сокращения и неточности. Дневниковые записи в 39,66% амбулаторных картах ведомственных стоматологических поликлиник также требовали существенного дополнения. Одна треть записей в амбулаторных картах частных стоматологических клиниках также нуждалась в существенных дополнениях.

Каждое последующее обращение пациента и проведенные ему лечебно-профилактические мероприятия должны находить свое отражение в “дневнике”, причем запись должна завершаться отметкой об объеме выполненной работы, выраженном в УЕТ (условные единицы трудоемкости), рекомендациями, датой следующей явки к врачу, фамилией и подписью врача. После завершения лечения должна быть сделана отметка о санации с указанием даты последующего профилактического осмотра.

На рисунке № 2 представлено общее число ошибок во всех стоматологических лечебных учреждениях.

Рис. 2. Общая характеристика дефектов заполнения ПМД в различных стоматологических лечебных учреждениях



Заключение.

Проведенное исследование по анализу первичной медицинской документации в стоматологических лечебных учреждениях различной формы собственности - карт стоматологического больного показало, что количество дефектов, встречающихся при работе врачей-стоматологов с медицинской документацией, остается довольно высоким. Наиболее частыми ошибками при заполнении амбулаторных карт врачами-стоматологами явились отсутствие данных внешнего осмотра, описания объективного состояния слизистой оболочки полости рта, анамнеза развития настоящего заболевания, регистрации перенесенных и сопутствующих заболеваний, а также недостаточно четкое и полное описание выполненных лечебно-профилактических мероприятий и рекомендаций.

Таким образом, анализ работы амбулаторного стоматологического звена показал, что низкое качество ведения амбулаторных карт стоматологических больных оставляет за пациентами возможность объективных и обоснованных претензий к ЛПУ по качеству оказанной им стоматологической помощи с последующим успешным обращением в судебные органы.

Полагаем, что важным средством профилактики конфликтных ситуаций в стоматологической практике является не только соблюдение врачами принципов медицинской деонтологии, но и грамотная организация со стороны администрации

учреждения или ЛПУ системы контроля качества стоматологической помощи, в том числе ведения первичной медицинской документации.

Литература

1. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии.-М.:Медицина,1986.- 176 с.
2. Голинский, Ю.Г. Стандартизация гарантий ортопедической реабилитации больных с дефектами зубных рядов: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Ю.Г. Голинский. – СПб.: МАПО, 2000. – 22с.
3. Цимбалистов, А.В. Комплексный подход к лечению больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов. / А.В. Цимбалистов, Т.А. Лопушанская, Е.Я. Худоногова. – 1 Международный симпоз. «Клиническая постурология, поза и прикус». – СПб, 2004. – С. 26–29
4. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию.- М.:Медицина,1983.-112 с.
5. Толмачев И.А., Исаков В.Д. Применение информационных технологий в судебно-медицинской практике // Теория и практика судебной медицины. Труды Петербургского научного общества судебных медиков. - СПб., 1998. - Вып. 2. С. 10-12
6. Иорданишвили А.К. Стоматологическая артрология: Учебное пособие.- СПб.:Нордмедиздат,2005.- 44 с.
7. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология.-М.:МедПресс, 2007.- 255 с.
8. Образцов Ю.Л., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия.- СПб.:СпецЛит,2006.- 160 с.
9. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов.- М.:Медицина,1990.-224 с.
10. Большаков Г.В. Одонтопропарирование.-Изд-во Сарат. Ун-та, 1983.- 272 с.

11. Бушан М.Г., Каламкаров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. - Кишинев.: Штиинца,1980.-265 с.
12. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе.- М.:Медицина,1979.- 264 с.
13. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов.-М.:Медицина,1984.-176 с.