

ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

УДК 340.624.3:614.2:002

© С. В. ТРАЧ РОСОЛОВСЬКА

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"
Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи**Недоліки в оформленні та веденні медичних карт стаціонарного і амбулаторного хворого та їх значення для судово-медичної практики**

S. V. TRACH ROSOLOVSKA

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"
Ternopil Regional Bureau of Forensic-Medical Examinations**ERRORS IN THE FILLING AND KEEPING OF THE INPATIENT AND OUTPATIENT DOCUMENTATION CARDS AND THEIR IMPORTANCE FOR FORENSIC-MEDICAL PRACTICE**

У статті звернено увагу на якість оформлення і ведення медичних документів практичними лікарями. Проаналізовано особливості оформлення медичних карт стаціонарного і амбулаторного хворого у лікувальних закладах різного профілю (переважно хірургічного, травматологічного). Підкреслено важливість правильного заповнення і ведення первинних медичних документів для виконання судово-медичних експертиз, виявлено найбільш часті недоліки та визначено причини їх виникнення.

This article deals with the problems of quality of the filling and keeping of the medical documentation by practitioners. The peculiarities of filling of the inpatient and outpatient medical records from hospitals of different profiles (mainly surgical and trauma) were analyzed. The article pointed the importance of correct filling and keeping of primary medical documents for the performance of forensic-medical examinations and revealed the most frequent errors, the reasons of their occurrence.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У роботі всіх лікарів, особливо хірургів, травматологів, значну увагу слід звертати на ретельне складання повноцінних медичних документів, зокрема заповнення і ведення медичної карти стаціонарного чи амбулаторного хворого, які є основними документами, що мають не тільки медичне, але і юридичне значення [3, 4, 8]. Варто зазначити, що існуюча форма медичної карти стаціонарного хворого не задовольняє 64 % хірургів, більшість з яких (57 %) оформляє медичні карти тільки тоді, коли на це знаходить час, усвідомлюючи їхнє важливе юридичне значення (40 %) [2]. В умовах обмеженості в часі і високої навантаженості при лікуванні хворих у відділеннях екстреної хірургії заповнення існуючої форми медичної карти стаціонарного хворого потребує багато часу. Незважаючи на це, слід пам'ятати, що медичні документи в будь-який момент можуть стати об'єктом судово-медичної експертизи, і в разі конфлікту між хворим чи його родичами та лікувальним закладом допомогти підтвердити чи спростувати доводи однієї з сторін [8].

Юридичного значення медичні документи набувають тоді, коли необхідно встановити ступінь

тяжкості тілесних ушкоджень, визначити знаряддя травми і механізм його дії, а також вирішити інші питання, що виникають у працівників органів досудового слідства чи в суді (при визначенні ступеня стійкої втрати загальної працездатності при транспортних чи побутових травмах, при виконанні експертиз із приводу дефектів надання медичної допомоги) [3, 7]. Медичний документ, вилучений з лікувального закладу особою, яка призначила експертизу, нерідко стає єдиним джерелом інформації і доказом минулої травми, що набуває особливого значення у випадках, коли судово-медичну експертизу виконують через тривалий термін після отримання ушкоджень. Як правило, під час надання медичної допомоги чи в процесі загоєння морфологічні ознаки ушкоджень втрачаються, що приводить до зміни їх первісного виду і неможливості ідентифікації. Цим і пояснюється необхідність їх детального описання, оскільки в подальшому можна буде зробити висновок про механізм і давність утворення ушкоджень. Від чіткості, грамотності, повноти записів у медичних документах залежить якість проведення судово-медичної експертизи, а від останньої – результати того чи іншого кримінального провадження [1, 3, 5, 7].

Під час проведення експертиз судово-медичні експерти відзначають, що оформлення і ведення медичних документів не завжди відповідають встановленим вимогам. Часто медичні карти стаціонарного і амбулаторного хворого, представлені на експертизу, малоінформативні, заповнені недбало, не відображають повністю картини захворювання чи отриманих тілесних ушкоджень, що суттєво ускладнює роботу судово-медичних експертів [3, 5]. Малоінформативність медичної документації змушує експерта вдаватись до проведення додаткових досліджень, консультацій спеціалістів певного клінічного профілю, що не може не позначитись на якості і строках виконання експертиз, які, у свою чергу, впливають на строки й результат розслідування і можуть призвести до безкарності особи, яка скоїла правопорушення [3, 7].

Мета роботи: ознайомити практичних лікарів із найбільш частими недоліками у складанні (оформленні, веденні) медичних документів, передусім хірургів, травматологів, лікарів приймального відділення тощо з метою уникнення подальших помилок.

Матеріали і методи. Проаналізовано 318 медичних карт стаціонарного (192) і амбулаторного (126) хворого медичних закладів Тернопільської області за 2010–2012 рр. різного профілю (переважно хірургічного, травматологічного), які вивчалися при виконанні судово-медичних експертиз. Для аналізу власного матеріалу за основу брали класифікації щодо порушень у складанні медичних документів, запропоновані Т. М. Федченко та співавторами, а також Т. В. Калініною та ін. [6, 9].

Результати досліджень та їх обговорення. Враховуючи вищезазначене, було виділено такі найбільш часті недоліки та порушення в оформленні та веденні первинних медичних документів:

1. Порушення в складанні (оформленні) медичної документації організаційно-методичного характеру:

- нерозбірливість записів, що пов'язано з незрозумілим почерком лікарів, неприпустима стислість, використання неприйнятних скорочень у записах, підписи лікарів без зазначення їх ініціалів і прізвищ, помилки в датах і годинах обстежень пацієнтів;

- виправлення, перекреслювання, стирання (без них зазвичай неможливо обійтись, оскільки в поспіху з наданням медичної допомоги пацієнту лікар не завжди має можливість записати все правильно й чітко, однак з юридичної точки зору такий документ є неповноцінним);

- вкляування додаткових аркушів у медичні документи недбале, внаслідок чого текст вияв-

ляється схованим (прошитим, склеєним тощо), у деяких випадках видно сліди вирваних аркушів;

- незазначення номера і назви лікувального закладу в медичних картах амбулаторного хворого;

- недбале заповнення паспортної частини медичних карт стаціонарного хворого;

- незазначення часу виконаного медичного втручання;

- невнесення в медичну карту результатів обстеження пацієнта, аналізів, даних рентгенологічного дослідження тощо.

2. Порушення в складанні медичної документації клініко-тактичного характеру (дефекти описової частини):

- *описання ушкоджень в недостатньо повному обсязі*, що суттєво ускладнює проведення експертизи. Слід зазначити, що судово-медичний експерт виконує експертизу потерпілих зазвичай через декілька днів, а іноді тижнів і навіть місяців після їх травмування. А отже, при медичному огляді спостерігає зовсім іншу картину ушкоджень порівняно з тією, що бачив лікуючий лікар (наприклад, може виявити тільки рубці, а іноді й жодних слідів травми не знаходить). В такому випадку експерту стає в пригоді медична карта стаціонарного чи амбулаторного хворого, і передусім, детально записані в ній дані об'єктивного обстеження пацієнта. Судово-медичний експерт, вивчаючи медичні документи, повинен обов'язково відповісти на такі запитання: яким предметом нанесено ушкодження, його давність, чи не було воно небезпечним для життя, ступінь тяжкості, а у випадках “лікарських справ”, при проведенні комісійних експертиз, вирішити питання про правильність діагнозу, своєчасність розпочатого лікування, особливості розвитку захворювання, необхідність операційного лікування тощо. Досить часто лікарі не зазначають вид ушкодження, натомість читаємо “синюшність пальця”, “почервоніння щоки”, описання ушкодження не збігається з його видом, зазначенням у діагнозі (описує лікар садно, а в діагнозі зазначає – синець). Окрім цього, замість наведення ознак, які обґрунтовували б діагноз, трапляються такі вислови, як “забійна рана”, “ножове поранення живота” тощо. Для судово-медичного експерта, щоб встановити механізм утворення ушкоджень, необхідні детальні відомості про їх морфологічні властивості. Проте за описанням лікарів часто неможливо встановити вид травми, не кажучи вже про особливості певного ушкодження. Так, вже зазначений вислів “ножове поранення живота”, який досить часто трапляється в записах хірургів, лікар має право вжити лише в тому випадку, коли виявить відламаний клинок ножа чи його уламок в рані

чи рановому каналі. Давати висновок про використану при травмуванні зброю чи знаряддя (ніж, ножиці, шматок скла) часто взагалі неможливо, такий висновок можна зробити лише після проведення спеціальних додаткових методів дослідження [1].

З огляду на вищенаведене, пропонуємо усім лікарям, особливо хірургічного, травматологічного профілю, дотримуватись такої схеми описання ушкоджень:

1. Локалізація ушкоджень із зазначенням анатомічної ділянки тіла з урахуванням сталих анатомічних орієнтирів, умовних ліній тощо (при травмі від зовнішніх частин автомобіля доцільно зазначити висоту розміщення ушкоджень від підшовної поверхні стопи потерпілого).

2. Вид ушкодження (при цьому слід застосовувати загальномедичну морфологічну назву ушкодження: подряпина, садно, забиття, синець (кровняк), крововилив, гематома, рана, вивих тощо).

3. Форма ушкодження (вказують по можливості наближено до геометричних фігур, форму ран можна зазначити відповідно до літер алфавіту: Г-, П-, Т-, Х-подібної форми; якщо лікар не може визначитись, слід написати: “невизначеної форми”).

4. Розмір ушкодження (вимірюється в сантиметрах; якщо круглої форми – вказується діаметр; довжина ран зазначається при зведених краях, в разі виявлення променистих ран слід вказати довжину їх променів та напрямком).

5. Розташування довжника (тобто, більшого розміру) ушкодження (відносно вертикальної осі тіла людини: на тулубі, шиї, голові – вертикальний чи горизонтальний, зліва – направо, зверху – вниз тощо, на кінцівках – поздовжній, поперечний).

6. Колір ушкодження (колір синця (кровняка), кірочки садна, рани).

7. Властивості країв, стінок, кінців і дна рани (краї рани можуть бути рівні, осаднені, з наявністю розміжчень, відшарувань; стінки: гладкі, горбкуваті; кінці рани: гострі, заокруглені, П- та М-подібні; дно рани: рівне, в дні кісткові уламки, шматочки скла, куля тощо).

8. Наявність сполучнотканинних перегинок між стінками рани (особливо в ділянці дна і кінців).

9. Стан шкіри навколо ушкодження (рана може бути на фоні синця, по краях неї можуть бути садна; навколо ушкоджень можуть бути різні накладання (бруд, кіптява тощо), слід зазначити їх розташування, площу, яку вони займають).

10. При наявності декількох ушкоджень, розміщених в одній анатомічній ділянці, слід зазначити їх взаємне розташування.

11. Проникнення в порожнини тіла (діагноз проникаючого поранення грудної чи черевної порожнини

може бути встановлений тільки за наявності ушкодження пристінкової плеври чи парієтальної очеревини, а ці докази можна отримати при ревізії ранового каналу, а також в процесі лапаро- чи торакотомії).

Особливу увагу лікарів необхідно звернути на 7 пункт у схемі описання ушкоджень. Хірурги і травматологи при проведенні первинної хірургічної обробки ран іноді виявляють сторонні тіла (кулью, дріб, шматок скла тощо). Вилучені сторонні предмети повинні бути описані в медичних документах і передані слідчому, оскільки можуть виступити важливим речовим доказом. На жаль, лікарі не звертають на це особливої уваги і викидають їх або в кращому разі “дарують на пам’ять пацієнту”, а в медичних документах або взагалі їх не описують, або двома словами і недбало;

– *відсутність обґрунтування діагнозу*, що не дозволяє судово-медичному експерту оцінити те чи інше ушкодження і у “Висновку експерта” часто з’являється фраза: “Цей діагноз не підлягає судово-медичній експертній оцінці, оскільки не підтверджується об’єктивними даними”. Слід зазначити, що досить часто лікар вузького профілю (невропатолог, нейрохірург тощо), не виявляючи при обстеженні пацієнта жодного об’єктивного симптому, встановлює діагноз струсу головного мозку, або ж вказує “анамнестично в пацієнта струс головного мозку”. Лікар-травматолог встановлює діагноз ушкодження зв’язок такого-то суглоба і не призначає ультразвукове дослідження, яке підтвердить цей діагноз. Оцінити такі ушкодження із судово-медичної точки зору неможливо;

– *неякісні щоденникові записи*. До найбільш частих порушень слід віднести дублювання записів щоденника (об’єктивного статусу) впродовж кількох днів і навіть тижнів, що може свідчити про одномоментне їх написання, а також наявність коротких щоденників, де відсутні дані об’єктивного обстеження хворого, а зазначено лише “сон і апетит в нормі, фізіологічні відправлення в нормі тощо”;

– *інші причини клініко-тактичного характеру* (в медичній карті один лікар описує перелом лівої стегнової кістки, інший – правої, в заключному діагнозі – взагалі не вказано якої; в анамнезі в пацієнта спленектомія, а лікар ультразвукової діагностики описує в протоколі УЗД селезінку (її, форму, розміри тощо); неправильна послідовність складання діагнозу (наприклад, діагноз основний – розрив яєчка, супутній – перелом склепіння й основи черепа); в скаргах пацієнта зазначено “скаржитись на наявність множинних саден та синців”, в об’єктивному обстеженні і діагнозі ні слова про те, чи є вони, чи немає).

Вищевказані недоліки в складанні медичних документів призводять до того, що судово-медичні

експерти вимушені повертати призначені їм судово-медичні експертизи слідчому без виконання, слідчі ж, своєю чергою, змушені допитувати лікарів, уточнюючи локалізацію і кількість ушкоджень, хід ранового каналу і т. ін., що негативно позначається на строках виконання судово-медичних експертиз, а також і на роботі органів досудового слідства та суду.

Варто зазначити, що в теперішній час якість ведення медичних документів у більшості відображає якість надання медичної допомоги і помилки, пов'язані із складанням (оформленням і веденням) медичної документації, належать до професійних дефектів надання медичної допомоги [6]. Причина їх виникнення – недбале ставлення працівників медичних закладів до ведення медичних документів, що нерідко зумовлено незнанням вимог до їх оформлення. При наявності виправлень, закреслень, а також при неповному відображенні в медичних документах відомостей про діагнози, призначені програми лікування, конкретні медичні маніпуляції, медична документація може змінити свій процесуальний статус і з письмового доказу стати речовим [6]. В таких випадках дії медичного працівника відповідно до Кримінального кодексу України (ст. 366) можуть бути кваліфіковані як “службове підроблення”.

Висновки. 1. Для недопущення недоліків та попередження помилок при оформленні і веденні

медичних карт стаціонарного й амбулаторного хворого необхідно чітко знати офіційні вимоги, що ставляться до медичної документації, і своєчасно та якісно виконувати їх. Для підвищення якості ведення медичних документів слід розробляти методичні рекомендації, які повинні бути в кожного лікаря.

2. Недооцінка важливості повноти складання медичної документації зі знанням справи, а також можливого настання внаслідок цього відповідальності за неналежне надання медичної допомоги є одним з моментів, що лежать в основі неналежного ставлення до виконання професійних обов'язків медичних працівників. Отже, для зменшення кількості конфліктів, поліпшення якості надання медичної допомоги необхідно також ретельно фіксувати усі лікарські дії та стан пацієнта у медичних документах, що прийнято оформляти в амбулаторії та стаціонарі.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи важливість оформлення і ведення медичної документації, а також достатню кількість експертиз, які призначаються з приводу наявності ушкоджень у дітей, вагітних, породілей тощо, доцільно з'ясувати найбільш типові помилки при заповненні медичних документів у лікувальних закладах педіатричного й акушерсько-гінекологічного профілів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Авходиев Г. И. Судебно-медицинское и юридическое значение медицинских документов : справочно-методическое пособие / Г. И. Авходиев, О. В. Беломестнова. – Чита : РИО – ЧОВОСМ, 2007. – 32 с.
2. Баринев Е. Х. Экспертная оценка профессиональных ошибок и дефектов оказания экстренной медицинской помощи в абдоминальной хирургии / Е. Х. Баринев, П. О. Ромодановский, А. В. Татаринцев // Предпринимательство и право, информационно-аналитический портал. – Режим доступа: <http://lexandbusiness.ru/view-article.php?id=968>
3. Завальнюк А. Х. Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні : монографія / А. Х. Завальнюк, Г. Ф. Кривда, І. О. Юхимець. – Одеса : Астропринт, 2008. – С. 166–183.
4. Завальнюк А. Х. Освітні засади і юридичне значення медичної документації / А. Х. Завальнюк, В. В. Франчук // Медична освіта. – 2008. – № 1. – С. 54–57.
5. Значение медицинских документов для судебно-медицинской экспертизы / Е. Х. Баринев, П. В. Исаченков, Т. П. Козлова [и др.] // VI Международная научно-практическая конференция “Здоровье и образование в XXI веке”, 2005 г. : материалы конф. – М., 2005. – С. 66.

6. Калинина Т. В. Основные требования к оформлению и ведению медицинской карты амбулаторного больного / Т. В. Калинина, Н. М. Трофимов, Ю. Е. Демидчик // Медицина. – 2010. – № 3 (70). – С. 18–21.
7. Масгутова Д. Р. Значение медицинской документации при проведении судебно-медицинских экспертиз (исследований) потерпевших, обвиняемых и других лиц / Д. Р. Масгутова, О. Ю. Оладошкина // Актуальные вопросы судебной медицины и права. – 2010. – Вып. 1. – Режим доступа к журналу: <http://journal.forens-lit.ru/node/374>
8. Соколова Е. В. О значении правильного заполнения и ведения медицинских документов при производстве судебно-медицинской экспертизы живых лиц / Е. В. Соколова, Е. Х. Баринев // Биомедицинский журнал. – 2003. – Т. 4, ст. 66. – Режим доступа к журналу: <http://www.medline.ru/public/sudm/art2-37.phtml>
9. Федченко Т. М. О недостатках оформления медицинской документации с судебно-медицинской точки зрения / Т. М. Федченко, Б. В. Шерстюк, О. А. Дмитриева // Избранные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – 1999. – № 2. – С. 21–23.

Отримано 15.08.13