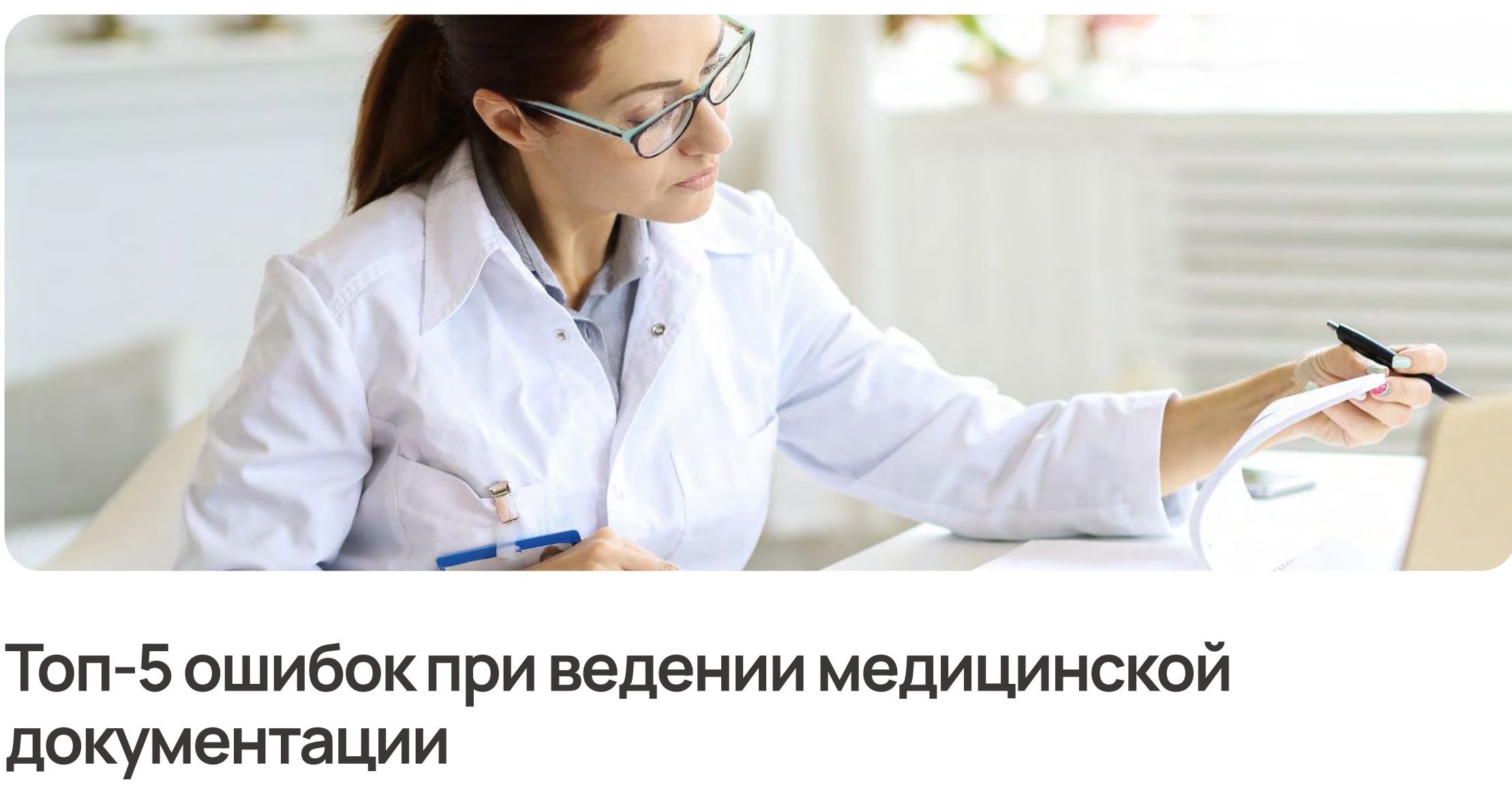




Топ-5 ошибок при ведении медицинской документации

В работе любого практикующего врача, в том числе и невролога, есть то, что наверняка доставляет ему меньше всего удовольствия. Это заполнение медицинской документации. Мало того, что врач «отвлекается» от пациентов, диагнозов, назначений, так ещё и формальности заполнения требуют чёткости и сосредоточенности. А ещё такой дефицитный у невролога ресурс времени!

Медицинские юристы последнее время все чаще рассказывают об удовлетворённых исках пациентов, в делах которых были обнаружены ошибки, допущенные при заполнении истории болезни.

Быть внимательнее неврологу может помочь разбор топ-5 ошибок ведения медицинской документации.

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство без подробного описания последствий и осложнений

Все больше в практике ведения медицинской документации наблюдается следующая тенденция: информированное добровольное согласие представляет собой лишь две строчки текста, звучит как «пациент предупреждается о возможных последствиях медицинского вмешательства» и является частью договора.

Настоятельно не рекомендуется так делать.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 12.11.2021г. № 1051Н

«Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», информированное добровольное согласие «оформляется в виде документа на бумажном носителе по форме, предусмотренной приложением № 2 к настоящему приказу, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 2 настоящего Порядка, медицинским работником либо формируется в форме электронного документа...»

Перед оформлением информированного добровольного согласия лечащим врачом либо иным медицинским работником гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 2 приложения № 1 к Приказу, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390Н

Что это значит?

Очень важно в информированном добровольном согласии подробно описать все те последствия и осложнения, которые могут быть при конкретном медицинском вмешательстве. То есть, на каждую медицинскую услугу, на каждую процедуру — отдельное, подробное и развёрнутое медицинское ИДС, оформленное отдельным документом.

В идеале все эти осложнения должны быть прописаны в информированном добровольном согласии, которое подписывает пациент и подробно ему разъяснены. В таком случае пациент действительно будет предупреждён о возможных последствиях, примет самостоятельное решение (сам или через законных представителей), а у медицинской организации и врача будут основания, при наличии претензий и судебных разбирательств, сослаться на то, что все последствия были описаны и пациент (его законные представители) был(и) поставлен(ы) перед подписанием ИДС и лечением в известность об их возможном наступлении и последствиях

Однако, как показывает практика, не всегда в реальной жизни возможно это сделать. В таком случае нужно по максимуму указать все возможные последствия и осложнения, которые могут возникнуть у пациента. Кроме того, можно сделать ссылку на инструкцию по применению и обязательно дополнительно указать также за подписью пациента, что он с данной инструкцией ознакомлен.

Ни в коем случае не делать ИДС «пустым» и безинформативным и использовать одну форму на каждую услугу. Информированное добровольное согласие составляется индивидуально под каждую процедуру и несёт в себе информацию обо всех последствиях и осложнениях данной процедуры.

ИДС обязательно должен подписывать сам Пациент. Исключения составляют случаи, когда Пациент является несовершеннолетним, ограниченно дееспособным либо недееспособным, тогда ИДС имеет право подписать Законный представитель, однако информация о последствиях и осложнениях в любом случае должна быть донесена до Пациента.

Постановление № 5–1-82/2017 от 31 октября 2017 г. по делу № 5–1-82/2017

«Установлено из материалов дела, что ДД.ММ.ГГГГ Д.В.Е. в 8 час.40 мин. самостоятельно обратился в БУЗ ОО „Кромская ЦРБ“, где был осмотрен врачом-неврологом, предъявлял жалобы на головную боль, со слов дочери, у Д.В.Е. появились нарушения памяти, ранее им был перенесён ишемический инсульт. Д.В.Е. был выставлен предварительный диагноз: < данные изъятия > » и предложена госпитализация в БУЗ ОО «Кромская ЦРБ», диагностические исследования и медикаментозная терапия пациенту не проводились. В журнале приёма и отказов от госпитализации сведения о Д.В.Е. внесены не были, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство оформлено не было, первичная медицинская документация отсутствует. Документы, подтверждающие отказ Д.В.К. от госпитализации в БУЗ ОО «Кромская ЦРБ» и транспортировки санитарным транспортом в БУЗ ОО «ОСКБ» отсутствуют».

2. Несовпадение данных в истории болезни с данными из выписного эпикриза (выписка из истории болезни)

Такого быть не должно ни в коем случае. Важно обращать на это внимание и каждый раз перепроверять эту информацию, поскольку это является серьёзным нарушением при ведении медицинской документации. Тем более, если эти расхождения касаются каких-либо значимых данных: диагноза, количества и дозировки назначенных или введённых препаратов, результатов клинических исследований, рекомендаций и т.д.

Решение Арбитражного суда Иркутской области по делу № А19–2674/2018

«...По данным медицинской документации Р.Т.В. выписана с выздоровлением, что не соответствует описанию локального статуса на момент выписки в дневниковой записи осмотра лечащего врача от 09.03.2017.

При выписке Р.Т.В. даны не в полном объёме рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению, а именно: даты повторных явок, консультация терапевта, эндокринолога, диетолога.

Послеоперационное наблюдение Р.Т.В. на амбулаторном этапе не проводилось, поскольку отсутствует карта амбулаторного наблюдения».

Решением суда медицинское учреждение было привлечено к административной ответственности, был назначен штраф в размере 100 000 Р. Апелляционная инстанция оставила решение суда первой инстанции в силе.

Обращая внимание на данный пример из судебной практики, можно сделать вывод, что данная ошибка влечёт за собой серьёзные последствия для пациента. Поэтому стоит обязательно проверять все эти данные при заполнении медицинских документов

3. Отсутствие подтверждения диагноза объективными данными, полученными при обследовании больного

Например, диагноз «сотрясение головного мозга». Чаще всего он основывается лишь на анамнезе пациента, который включает в себя потерю сознания при травме, наличие рвоты или тошноты. При этом подтверждение с помощью объективной неврологической симптоматики отсутствует. При ведении записей у таких пациентов часто лечащий врач указывает на отсутствие жалоб, отсутствие объективных симптомов, нормальные рефлексы, но указывает диагноз «сотрясение головного мозга».

Чем это грозит в дальнейшем? При исследовании данного документа в ходе проверки или при проведении экспертизы у эксперта появляются доказательства ненадлежащего ведения истории болезни врачом-неврологом, поскольку нет обоснованности и подтверждения поставленного диагноза, что влечёт за собой привлечение к ответственности.

Решение № 2–1997/2019 2–1997/2019~М-1769/2019 М-1769/2019 от 20 мая 2019 г. по делу № 2–1997/2019

«...Были выявлены дефекты медицинской помощи: в неврологическом осмотре от 8 августа 2018 года отсутствует анамнез заболевания, врачом-неврологом не назначено рентгенологическое обследование < данные изъятия >, не выставлен сопутствующий диагноз (по заключению врачебной комиссии)».

Сделаны выводы, что в результате анализа медицинской документации, установлено оказание медицинской помощи пациенту не в полном объёме. Выявленные дефекты в сборе информации затруднили процесс диагностики сопутствующей (неврологической) патологии, определение его объёма и выбора методик для доработки. Отсутствие верификации неврологического диагноза затруднило оценку лечения. Выявлены дефекты оформления медицинской документации».

В данном случае суд признал иск частично обоснованным, с больницы в пользу пациента была взыскана компенсация морального вреда в размере 20 000 Р

Таким образом, можно сделать вывод, что очень важно в истории болезни не только указать диагноз, но и отразить информацию, какими обследованиями он подтверждается, опираясь на стандарты оказания медицинской помощи.

4. Отсутствие подписей в медицинских документах

Например, диагноз «сотрясение головного мозга». Чаще всего он основывается лишь на анамнезе пациента, который включает в себя потерю сознания при травме, наличие рвоты или тошноты. При этом подтверждение с помощью объективной неврологической симптоматики отсутствует. При ведении записей у таких пациентов часто лечащий врач указывает на отсутствие жалоб, отсутствие объективных симптомов, нормальные рефлексы, но указывает диагноз «сотрясение головного мозга».

Чем это грозит в дальнейшем? При исследовании данного документа в ходе проверки или при проведении экспертизы у эксперта появляются доказательства ненадлежащего ведения истории болезни врачом-неврологом, поскольку нет обоснованности и подтверждения поставленного диагноза, что влечёт за собой привлечение к ответственности.

Здесь речь идёт как об отсутствии подписей медицинских работников, так и подписей пациентов, особенно в информированном добровольном согласии

Подобное явление очень распространено и влечёт за собой привлечение к ответственности, вплоть до уголовного.

Какой врач был ответственный за то, что до пациента донесена информация, указанная в ИДС?

Подпись пациента отсутствует, на каком основании ему проводилось медицинское вмешательство, если он не давал согласия?

А если пациент (его законный представитель) согласие давал, почему это не отражено в документах?

Решение № 2–19/2019 2–19/2019(2–438/2018:)~М-333/2018 2–438/2018 М-333/2018 от 14 января 2019 г. по делу № 2–19/2019

«...при назначении врачом-неврологом физиотерапевтического лечения в амбулаторной карте отсутствует осмотр врача-физиотерапевта, нет данных о проведённых физиопроцедурах; медицинская карта амбулаторного больного не соответствует форме, установленного приказом № приказа (форма № 1/у „Медицинского сертификата пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях“); в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательств отсутствует должность и подпись врача».

Исковые требования были удовлетворены, с клиники в пользу пациента взыскали компенсацию, связанную с причинением пациенту вреда.

Обычно, в таких случаях, в дальнейшем медицинская организация в порядке регресса может обратиться в суд с исковым заявлением к врачу, который допустил такие ошибки а.

5. Неполнота данных анамнеза

В случае, если данные анамнеза собраны не в полной мере, это чревато упущениями при оформлении истории болезни и амбулаторных карт пациентов. И именно это влечёт за собой постановку неверного диагноза и назначения неправильного лечения, что, в свою очередь, опять же, грозит причинением вреда пациенту и привлечением медицинской организации и врача к ответственности.

Например, у пациента аллергия на определённую группу лекарственных препаратов. Ранее он уже их принимал и в следствие выяснилось, что они ему противопоказаны. Но своему лечащему врачу на приёме он забыл об этом сказать, а врач не уточнил. В дальнейшем этот врач, не собравший достаточный анамнез пациента, в том числе по ранее принимаемым препаратам, назначает пациенту лекарство именно из этой группы, что приводит к аллергической реакции и серьёзным последствиям.

Решение № 2–760/2021 2–760/2021~М-605/2021 М-605/2021 от 22 июня 2021 г. по делу № 2–760/2021

«...дефекты оформления медицинской документации: записи краткие, малоинформативные, без описания данных по системам и органам, неинформативный анамнез, отсутствует отметка об урдовне сознания, в отделе рвоты записях формулировка диагноза неполная в предположительной форме».

Таким образом, недооценка тяжести состояния П.В.В. со стороны участкового терапевта (ввиду отсутствия полноценного обследования на амбулаторном этапе, отсутствия контроля за лечением и динамикой состояния больного) не позволили своевременно поставить пациенту верный диагноз «данные изъятия», и в диагнозе указать наличие тяжёлого заболевания данные изъятия (прогрессирование который, по данным исследования трупа, привело к смерти больного), определить показания к экстренной госпитализации в стационар (что препятствовало своевременному оказанию неотложной помощи больному) и повлияло на наступление неблагоприятного исхода — смерти П.В.В.».

«...многочисленные дефекты оформления медицинской документации (скудность описания жалоб, анамнеза заболевания, описание состояния пациента по разделам; запись о том, что „нервная система без патологии“ не соответствует действительности, клинический диагноз сформулирован в неполном объёме)».

В указанном примере неполный анамнез является одним из дефектов оформления медицинской документации, что повлекло за собой неверную постановку диагноза, недостаточное и несвоевременное лечение и, впоследствии, смерть пациента.

Каковы последствия неправильного ведения медицинской документации для врача?

Чаще всего дефекты в ведении медицинской документации обнаруживаются при проверке жалобы пациента на некачественно оказанную медицинскую помощь и идут в качестве дополнения к уже существующим нарушениям.

Кроме того, неправильное ведение медицинских документов само по себе может стать причиной вреда, причинённого пациенту. Неправильно установлен и записан диагноз или диагноз пациента в одном документе не совпадает с диагнозом в другом — пациент получил лечение не то, которое нужно — пациенту стало хуже. На лицо прямая связь между дефектами ведения медицинских документов и причинённом вредом пациенту.

Чем грозит?

Привлечением к ответственности, разумеется. Это может быть уголовная, гражданско-правовая, административная и дисциплинарная ответственность. **Чаще всего это:**

- возмещение вреда (морального, физического);
- возмещение затрат на некачественно оказанную услугу;
- возмещение затрат на дополнительное лечение или обследование (в случае неправильно установленного диагноза, к примеру).

Если мы говорим об административной или уголовной ответственности, то указанная ответственность подразумевает наказание, начиная от штрафа и заканчивая лишением свободы.

Таким образом, правильно оформленная медицинская документация и добросовестное отношение медицинского работника к своим обязанностям играют важную роль в деятельности врача. Правильно оформленная документация, отвечающая в точности принятой медицинской организацией и врачом всем необходимым мерам, может стать достаточной доказательной базой, свидетельствующей о надлежащем оказании медицинской помощи, тем самым — надлежащим образом информировать пациента обо всех важных аспектах лечения, обеспечивая пациента требуемой помощью и уберечь медицинского работника от необоснованных претензий.