

B) ZISTENÉ PORUŠENIA VO VEDENÍ ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

Nižšie uvedené sú úradom v rámci výkonu dohľadu za rok 2024 zistené porušenia vo vedení zdravotnej dokumentácie. Ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovujú obsahové náležitosti, členenie, rozsah zapisovaných údajov a pod. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (vrátane vytvárania elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke osoby).

- ✓ Chaotické a rozporuplné zápisy o podávaní O₂, insuficientný zápis o podaní i. m. injekcie, nedostatočný zápis z KPR bez uvedenia spôsobu zabezpečenia dýchacích ciest, spôsobu ventilácie pľúc, množstva podávaného O₂, chýbajúci zápis, ktorý by vysvetľoval nedostupnosť výsledku ABR.
- ✓ Neurčenie časového intervalu polohovania pacienta napr. polohovacími hodinami s určením polôh. Nevyjadrenie sesterských diagnóz z oblasti vyprázdňovania a bolesti trojzložkovou formuláciou. Nestanovenie sesterských diagnóz pre každú kožnú léziu samostatne a nestanovenie sesterských diagnóz pri vzniku nových kožných lézií.
- ✓ V objektívnom náleze chýbalo základné vyšetrenie ostatných ORL orgánov, ktorých ochorenie môže taktiež výrazne ovplyvňovať sluch. Absentovala časť nálezu - odporúčania lekára.
- ✓ Absentovali zápisy o zmenách aktuálneho zdravotného stavu pacienta a popisy vzhľadu a rozsahu pravidelne ošetrovaných chronických rán.
- ✓ Chýbajúci informovaný súhlas pred zavedením PEG, rozporuplné a chaotické zápisy sestier o enterálnej výžive a vyprázdňovaní moču a absentujúce zápisy o použití obmedzovacích prostriedkov.
- ✓ V rámci lekárskeho nálezu z internej ambulancie chýbala informácia pre pacienta o tom, že sa má po absolvovaní odporúčaných vyšetrení dostaviť na záverečné zhodnotenie výsledkov. Chýbal vlastnoručný podpis informovaného

súhlasu pacienta na náleze internistu a neurológa. V prepúšťacej správe z hospitalizácie na internom oddelení chýbala časť terapia a epikríza.

- ✓ Chýbajú informované súhlasy pred stomatologickým ošetrením.
- ✓ Nedôsledné zaznamenávanie podávanej liečby sestrami.
- ✓ Neuvedenie peroperačných komplikácií, absencia informovaného súhlasu a absencia indikácie k výkonu.
- ✓ Absentujú informácie o poučení a informovanom súhlase; o množstve podaného anestetika, časy zápisov do zdravotnej dokumentácie, identifikačné údaje ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka a identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.
- ✓ Zdravotná dokumentácia vedená v stomatologickej ambulancii bola nečitateľná, vedená v nedostatočnom rozsahu, zmätočne, absentujú informované súhlasy.
- ✓ Chýbajú identifikačné údaje osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla. Identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vytvoril rukou písané záznamy v dekurse nie je dostačujúca. Zápisy neobsahujú čas vytvorenia zápisu, údaje o poučení a informovanom súhlase.
- ✓ V poučení a písomnom informovanom súhlase pacienta absentuje vymedzenie obsahu poučenia a informovaného súhlasu. Nedostatočná identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka. Rukou písané sesterské záznamy a lekárske záznamy sú ťažko čitateľné.
- ✓ V ambulantnom náleze z vyšetrenia je uvedený nesprávny dátum a čas vyšetrenia pacienta.
- ✓ V rámci nálezu z vyšetrenia pacientky pri predčasnom odtoku plodovej vody a navrhutej hospitalizácii, ktorú pacientka podľa písomného vyjadrenia dohliadaného subjektu odmietla, absentuje v zápise do zdravotnej dokumentácie údaj o odmietnutí informovaného súhlasu s navrhovanými zdravotnými výkonmi (tzv. negatívny reverz) a údaj o predchádzajúcom poučení, resp. o odmietnutí poučenia.

- ✓ V prepúšťacej správe z hospitalizácie absentuje odporúčenie kontroly v chirurgickej ambulancii a konzultácia traumatologického oddelenia. Administratívna chyba pri písaní prepúšťacej správy.
- ✓ Na poučení a informovanom súhlase pacienta s hospitalizáciou a navrhovaným diagnosticko-liečebným postupom absentuje podpis pacienta.
- ✓ V písomnom zázname z vyšetrenia nebolo správne uvedené dávkovanie ordinovaného lieku a je uvedené parenterálne podanie lieku, ktorý v skutočnosti podaný nebol.
- ✓ V záznamoch z ambulantných vyšetrení absentujú adekvátne zápisy týkajúce sa predpisu liekov a úprav dávkovania.
- ✓ V dekurze z hospitalizácie sú opakovane uvádzané záznamy v súvislosti s ordinovanou liečbou, na základe ktorých nie je možné zistiť, či liek bol pacientovi skutočne podaný.
- ✓ V ošetrovateľskej dokumentácii absentujú údaje o stave kože ležiaceho pacienta, o použití antidekubitných pomôcok, o polohovaní a o evidovaní vzniknutých defektov kože. Chýba záznam o diagnóze pacienta (DM) a o starostlivosti o pacienta v súvislosti s touto diagnózou.
- ✓ Zdravotná dokumentácia neobsahuje údaje o výsledkoch RTG vyšetrení a záznam v súvislosti so zmenou popisu CT vyšetrenia. V tlačive Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta pre náhlu príhodu brušnú je uvedený nesprávny čas získania súhlasu s operáciou. Identifikácia zdravotníckeho pracovníka v súvislosti s vyplňaním predtlačených formulárov nie je dostačujúca.
- ✓ V ošetrovateľskej dokumentácii nie sú v súvislosti s dekubitmi uvedené údaje o strane ich výskytu, veľkosti a štádiu, ako aj o ich zmene. Absentujú údaje o prostriedkoch, ktoré boli použité na ich ošetrenie. Uvádzaný bol dekubit na PDK na päte, avšak následne nebol popisovaný. V zdravotnej dokumentácii taktiež chýbajú záznamy o pravidelnej hygiene počas dňa a o výmene absorpčných pomôcok.

- ✓ Pri zápisoch v zdravotnej dokumentácii boli na viacerých miestach zistené nedostatky v preukazovaní identifikácie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.
- ✓ Dekurz so záznamami neobsahuje identifikačné údaje osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla. Zdravotná dokumentácia je na niektorých miestach ťažko čitateľná (rukou písaná), identifikácia zdravotníckeho pracovníka v dekurze nie je dostačujúca. Zápisy neobsahujú čas vytvorenia zápisu. V dekurze chýba zápis o predpise liekov, ktorý bol vyhotovený len v elektronickej forme.
- ✓ Zápisy v ošetrovateľskej dokumentácii sú denne takmer identické, majú charakter konštatovania a nemajú výpovedný charakter o pacientovi, jeho reakciách, potrebách a zdravotnom stave, nepoukazujú na intervencie vykonané sestrou, na realizovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Chýbajú údaje o priebežnom prehodnocovaní a objektivizácii rizík pacienta, zmeny zdravotného stavu pacienta a s tým spojené revidovanie ošetrovateľských diagnóz a plánu ošetrovateľskej starostlivosti.
- ✓ Ošetrovateľské dekurzy sú písané rukou, miestami ťažko čitateľné a neprehľadné; nie je možná jednoznačná identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý zápis vykonal; oprava písomného záznamu nie je vykonaná správne.
- ✓ V informovanom súhlase nie je správne uvedené meno zákonného zástupcu, ktorý informovaný súhlas udelil a potvrdil podpisom. V dekurze bol uvedený nepravdivý záznam z časového hľadiska (uvedený skôr, ako mohol byť ošetrovateľský úkon zrealizovaný).
- ✓ V dostupnej zdravotnej dokumentácii nie sú dostatočné písomné záznamy týkajúce sa posúdenia farby, kvality a charakteru obsahu drénov.
- ✓ Zdravotná dokumentácia, v rozsahu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení opatrovateľskej služby, oddelení dlhodobých chorých nebola vedená správne, v súlade s odborným usmernením MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie 07594/2009 – OZS (Vestník MZ SR zo dňa 15. októbra 2009,

časťka 47.).

- ✓ Absentuje presná evidencia udalostí a intervencií v dekurze ošetrovateľskej starostlivosti, a to tak, aby bola v súlade so zápismi vo všetkých dokumentoch vedených v danom zariadení a popisovala skutočnosť.
- ✓ Pri záznamoch je nedostatočná identifikácia zdravotníckych pracovníkov, ktorí poskytovali zdravotnú starostlivosť. Chýba záznam o predanestetickom vyšetrení. Nesprávne je uvedený dátum operácie. Údaj „Narkóza: LA + sedácia“ je v rozpore s „Anestéziologickým záznamom ambulantným“, v ktorom je uvedená celková anestézia, ako aj s informovaným súhlasom pacienta s celkovou anestéziou. Nie je zdokumentovaný čas trvania operačného výkonu. Nie je zaznamenaný čas spozorovania spontánnej inkontinencie a znecitlivenie dliekovej oblasti, pocit ťažkých nôh. V rámci údajov o podanej terapii chýba forma, dátum, čas, dávka, spôsob podania. Nie je uvedený dátum a čas vykonania zápisu operačného nálezu, ktorého súčasťou je údaj o hospitalizácii pacienta, ku ktorej došlo až v deň po operácii.
- ✓ Nebola riadne zdokumentovaná zmena zdravotného stavu pacienta a významných okolnostiach súvisiacich so zmenou zdravotného stavu pacienta a s následným postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (telefonické konzultácie, vystavenie žiadanky na vyšetrenie MRI, ktoré dohliadaný subjekt vo svojom vyjadrení uvádza) s presnými časovými údajmi. Sledovací dekurz pacienta neobsahuje identifikačné údaje pacienta, chýba údaj o prevzatí pacienta z operačnej sály. V rámci údajov o podanej terapii chýba ordinácia lieku lekárom. Identifikácia zdravotníckeho personálu, ktorý vykonal sesterské záznamy nie je dostatočná. Prepúšťacia správa neobsahuje čas prekladu pacienta, nie je jednoznačne vyplnený údaj o bolesti.
- ✓ Identifikácia zdravotníckych pracovníkov, ktorí vytvorili lekárske záznamy v rámci dekurzov nie je dostačujúca.
- ✓ V poučení a písomnom informovanom súhlase pacienta absentuje vymedzenie obsahu navrhovaného liečebného postupu, s ktorým mal pacient svojím podpisom súhlasiť.

- ✓ Identifikácia zdravotníckeho pracovníka na lekárskom zázname nie je dostačujúca. Rukou písané lekárske záznamy sú ťažko čitateľné až nečitateľné. Údaj v prekladacej sesterskej správe je viacnásobne prečiarknutý. Nie je opravený novým zápisom.
- ✓ V ošetrovateľských záznamoch, lekárske záznamoch chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka. Písomný záznam o vykonanom neurologickom vyšetrení vykonal ex post zdravotnícky pracovník, ktorý vyšetrenie nerealizoval. Vyšetrujúci neurológ v reálnom čase písomný záznam o vyšetrení nevykonal. Dodatočne vytvorený, rukou písaný, lekárske záznam neobsahuje dátum, čas vykonania zápisu a neurologický nález. Rukou písané sesterské záznamy a lekárske záznamy sú ťažko čitateľné.
- ✓ Dokument Hlásenie mimoriadnych udalostí u pacientov nie je vyplnený dôsledne a v súlade so skutočnosťou, resp. so zdokumentovaným zdravotným stavom pacienta.
- ✓ V lekárske nálezoch je na viacerých miestach meno a priezvisko lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť iné, ako meno a priezvisko lekára na pečiatke.
- ✓ Nie je dostačujúca identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vyhotovil ošetrovateľské záznamy a prepúšťacie správy.
- ✓ Viaceré rukou písané sesterské záznamy a lekárske záznamy sú ťažko čitateľné.
- ✓ Na viacerých miestach boli zistené nedostatky v preukazovaní identifikácie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, ktorý vytvoril ošetrovateľské záznamy. Chýba informovaný súhlas pacienta s podávaním transfúznej liečby. V záznamoch o transfúzii nie je vyplnený údaj o biologickej skúške, overení krvnej skupiny AB0 pri lôžku, vyšetrení moču chemicky pred a po transfúzii.
- ✓ Rukou písané záznamy sú ťažko čitateľné. Sledovací dekurz neobsahuje identifikačné údaje pacienta. Nedostatky v preukazovaní identifikácie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.

- ✓ Rukou písané sesterské záznamy sú ťažko čitateľné. Absentujú ordinácie lekára ohľadom liečby a zdôvodnenie podanej liečby. Údaj o podaní humánnych liekov neobsahuje cestu podania, liekovú formu a množstvo liečiva v liekovej forme. Absentuje zápis obsahujúci zhodnotenie CTG záznamu. Záznam neobsahuje identifikačné údaje pacienta, identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý hodnotil realizované CTG záznamy, dopísal informácie o liečbe, vyhotovil lekárske záznamy.
- ✓ Nedostatky v preukazovaní identifikácie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.
- ✓ Rukou písané lekárske záznamy sú ťažko čitateľné, zistené nedostatky v preukazovaní identifikácie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.
- ✓ Nedostatky v preukazovaní identifikácie ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.
- ✓ Zdravotná dokumentácia počas hospitalizácie neobsahuje všetky údaje potrebné na zhodnotenie zdravotného stavu pacienta - komplexné údaje o zmene zdravotného stavu a dôvody indikácie zmeny liečby a zhodnotenie výsledkov dostupných pomocných vyšetrení.
- ✓ V správe absentuje popri zdravotnej anamnéze, vyšetrenie a záver, nie sú udané žiadne psycho-diagnostické metódy, ktorými bolo dieťa vyšetrené, preto je dôvodné tvrdenie, že vyšetrenie nebolo vôbec realizované.
- ✓ Chýba záznam lekára o lokálnom brušnom náleze pri udávaných bolestiach.
- ✓ Priebeh operačného výkonu v operačnom protokole nie je dostatočne popísaný, nie je uvedený rozsah (rozmer) vykonaných excízií a chýba popis o preparácii nervus facialis s cieľom jeho ochrany pred peroperačným poranením.
- ✓ Zdravotná dokumentácia neobsahuje podrobné údaje o zdravotnom stave pacienta, vykonaných vyšetreniach - zmeranej telesnej teplote, saturácii kyslíka v krvi, tlaku krvi a pulznej frekvencie, o objektívnom náleze na orofaryngu, lymfatických uzlinách a auskultačný nález srdca a pľúc, a o dôvode indikovania antibiotickej liečby u pacienta.

- ✓ Zdravotná dokumentácia neobsahuje správne údaje o chorobe osoby, o priebehu a výsledkoch vyšetrení, liečby a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Chýba zápis anamnézy a objektívneho vyšetrenia (okrem TK a P) a odporúčení súvisiacich s nameraným vysokým TK.
- ✓ Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne, pretože neobsahuje komplexné údaje o postupe vykonaných chirurgických výkonov.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu, má nedostatočnú výpovednú hodnotu. V dokumentácii absentujú v niektorých dňoch informácie z večerných vizít u nestabilného pacienta. Informácie v dokumentácii sú ťažšie čitateľné.
- ✓ Absencia kompletných anamnestických údajov v dokumentácii (osobná anamnéza, lieková, alergie).
- ✓ Absencia popisu RTG vyšetrení, nedostatočne dokumentovaný objektívny nález pacienta; v dokumentácii RHB absentuje objektivizovanie sebestačnosti pacientky testovacími škálami.
- ✓ Absentuje informovaný súhlas pacienta.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je nedostatočného rozsahu, nečitateľné záznamy, niektoré záznamy sú prepisované. Absentujú informované súhlasy pacienta.
- ✓ Absencia konkrétnejších údajov o množstve prijatých tekutín.
- ✓ V zápise z prvého vyšetrenia absentuje informovaný súhlas pacienta.
- ✓ V zázname absentuje informovaný súhlas pacienta.
- ✓ Stav pacienta nebol počas hospitalizácie zhodnotený použitím hodnotiacich škál (Barhelovej test, Nortonova stupnica...), chýba ošetrovateľská prijímacia a prepúšťacia správa, chýba údaj v dekurze o zavedení a starostlivosti permanentný močový katéter, o zmene farby moču, chýbajú údaje v súvislosti so zavedením i. v. kanyly, chýbajú údaje o aktuálnom stave a jeho zmenách u pacienta. Neboli uvedené žiadne sesterské diagnózy.

- ✓ Záznamy v zdravotnej dokumentácii sú nedostatočného rozsahu, chýbajú podpisy zákonného zástupcu dieťaťa - informovaný súhlas a taktiež podpis zdravotnej sestry.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu, je neprehľadná, uvádzajú sa všeobecne nezaužívané skratky, chýba informovaný súhlas pacienta.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu - nedostatočne dokumentované subjektívne ťažkosti, objektívny nález, chýba poučenie a informovaný súhlas.
- ✓ V zdravotnej dokumentácii absentujú zápisy z primárskej vizity; v niektorých záznamoch absentuje identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.
- ✓ Súčasťou zdravotného záznamu nie je poučenie a informovaný súhlas pacienta.
- ✓ V zdravotnej dokumentácii sa nenachádzajú popisy EKG záznamov.
- ✓ Záznamy sú formálne kopírované, dokumentovanie kožných defektov a ich ošetrovania, polohovania pacienta je nedostatočné.
- ✓ Ošetrovateľské záznamy v dokumentácii sú nedostatočné. Zo zápisov sestier sa nedal vytvoriť obraz o stave pacienta a o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Zápisy sú zväčša formálne, bez výpovednej hodnoty.
- ✓ Vykonanie Hamiltonovho hmatu spolu so súhlasom pacienta k uvedenému výkonu nie je v zdravotnej dokumentácii zaznamenané.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu (nie je záznam o indikácii RTG vyšetrenia, ani vyhodnotenie OPG snímky), záznamy sú ťažko čitateľné, nepresné a neúplné. Chýba poučenie a informovaný súhlas pacienta.
- ✓ Realizácie steru z rany, predpis liečby pri kontrole nie je v zázname z ošetrenia dokumentovaný.
- ✓ Zdravotná dokumentácia vedená v nedostatočnom rozsahu - v zázname nie je uvedený presný typ prístroja použitého pri vyšetrení, nie je údaj o tom, ako

prebiehalo vyšetrenie a ani údaj, či bolo bez komplikácií, chýba aj poučenie a informovaný súhlas pacienta.

- ✓ Z dekurzných zápisov sestier sa nedal vytvoriť obraz o stave pacienta a o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Zápisy sú formálne, nemajú žiadnu výpovednú hodnotu. Ošetrovateľská starostlivosť je nehodnotiteľná.
- ✓ Zo zdravotnej dokumentácie nie je úplne jasný dôvod použitia obmedzujúceho prostriedku, spôsob použitia obmedzovacieho prostriedku, dátum, čas nariadenia a dĺžku doby použitia obmedzovacieho prostriedku.
- ✓ Dohliadaný subjekt nepredložil žiadanku na vyšetrenie RTG pľúc, v lekárskej správe z vyšetrenia na urgentnom príjme nie je uvedené, že pacientovi bolo indikované RTG pľúc, ani že bol odoslaný na RTG pľúc, ani jeho popis, resp. záver (rovnako ako RTG natív brucha v stojí).