



Centrum Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia

Przewodnik dla wizytatorów i podmiotów leczniczych – Szpital

OCENA STANU ZDROWIA (OS)

Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2026



OCENA STANU ZDROWIA (OS)

Dział **Ocena Stanu Zdrowia (OS)** obejmuje standardy, które stanowią **podstawę całego procesu opieki**.

Głównym celem ich wdrożenia jest zapewnienie, że stan zdrowia pacjenta oraz wynikające z niego potrzeby zdrowotne zostaną ocenione bezpośrednio po przyjęciu do szpitala, a niektórych przypadkach na etapie planowania hospitalizacji. Tak dokonana ocena ma stanowić fundament dla opracowania kompleksowego planu opieki, który obejmuje niezbędne działania diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

Ocena stanu pacjenta powinna mieć charakter zespołowy i dotyczyć wszystkich hospitalizowanych pacjentów. W przypadku pacjentów, którzy przeszli już wstępną kwalifikację (np. w ambulatorium szpitalnym przed planowym zabiegiem), **ocena powinna podlegać ewaluacji przy przyjęciu**.

*Ewaluacja przy przyjęciu oznacza to, że ocena stanu zdrowia, która została przeprowadzona wcześniej, musi zostać **zweryfikowana i potwierdzona lub zmodyfikowana** w momencie przyjęcia na oddział (nie można polegać wyłącznie na badaniu przeprowadzonym przed przyjęciem do szpitala).*

Charakterystyka działu OS w pigułce

- Wszystkie standardy OS1.1 - OS1.16 są oceniane na podstawie przeglądu zamkniętej, archiwalnej dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów.
- Standardy wskazują na prowadzenie oceny stanu pacjenta zgodnie z wymogami akredytacyjnymi, co jest udokumentowane.

Dział OS zawiera dwa standardy obligatoryjne:

- **OS 1.9: Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera: określenie lekarza odpowiedzialnego za indywidualną opiekę nad pacjentem,**
- **OS 1.10: Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera: codzienną ocenę lekarską.**

Oba standardy obligatoryjne są oceniane w kategorii spełniony (punktacja 5) lub niespełniony (punktacja 1). Waga standardów obligatoryjnych o wartości 0,75 oznacza, że standardy te są istotne, ale trudne do wdrożenia.

Żaden ze standardów w dziale Ocena Stanu Zdrowia nie jest standardem, który można wyłączyć z oceny.



OS 1.1 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: OPIS BADANIA PACJENTA, DOKONANEGO BEZPOŚREDNIO PO PRZYJĘCIU DO SZPITALA

CEL STANDARDU

Właściwa ocena stanu pacjenta, dokonana **bezpośrednio po przyjęciu do szpitala**, stanowi podstawę dla opracowania kompleksowego planu opieki, obejmującego działania diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Standard OS 1.1 koncentruje się na dwóch kluczowych aspektach dokumentowania wstępnego badania: terminowości i kompletności informacji.

1. Badanie pacjenta powinno być dokonane **bezpośrednio po przyjęciu do szpitala**.
2. Badanie musi być **udokumentowane wpisem w historii choroby z uwzględnieniem godziny badania**.
3. **Postępowanie w przypadku braku możliwości zebrania wywiadu:**
 - o gdy nie można zebrać wywiadu, fakt ten musi zostać **odnotowany w historii choroby**,
 - o konieczne informacje powinny być uzyskane od pacjenta lub innych osób **jak najszybciej**.
4. **Zakres oceny:** Wstępna ocena stanu pacjenta powinna być kompleksowa, uwzględniając minimalny zestaw informacji uzyskanych podczas wywiadu lekarskiego (badania podmiotowego), badania fizykalnego (badania przedmiotowego), badań dodatkowych oraz oceny ciężkości stanu ogólnego pacjenta.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Wizytatorzy weryfikują:

1. Czy w przeglądanej dokumentacji medycznej widnieje **opis badania pacjenta**.
2. Czy badanie zostało wykonane **bezpośrednio po przyjęciu** do szpitala.
3. Czy wpis jest kompletny i zawiera **godzinę badania**.
4. W przypadku braku badania, czy w historii choroby jest to **odnotowane**.
5. Czy zamieszczono wpis uzasadniający opóźnienie badania lub opóźnienie udokumentowania przeprowadzenia badania.

Ważne!

*Ponieważ uzyskanie 5 pkt wymaga 90–100% zgodności, kluczowe jest określenie **zasad weryfikacji** zapewniających, że personel lekarski (zwłaszcza dyżurny) dokonuje i dokumentuje **godzinę badania przy przyjęciu** w przeważającej większości przypadków.*

Rekomendowany sposób postępowania:

1. *Lekarz (zwłaszcza dyżurny) przeprowadza badanie i wpisuje godzinę badania przy przyjęciu.*



2. Jeżeli lekarz przeprowadzi badanie bezpośrednio po przyjęciu, ale nie jest to udokumentowane, bo np. jest wezwany na pilną konsultację lub na blok operacyjny, zaleca się, by opis badania uwzględniał wpis, odnoszący się do rzeczywistej godziny oceny chorego, np. „Wywiad i badanie przeprowadzono o godz. 9, co udokumentowano po powrocie do oddziału - godz. 11”.

3. Gdy brak jest możliwości przeprowadzenia wywiadu, należy to odnotować w dokumentacji medycznej: „wywiad niemożliwy do zebrania” - informacje należy uzupełnić jak najszybciej.

OS 1.2 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: WYNIKI BADANIA PODMIOTOWEGO

CEL STANDARDU

Przeprowadzenie i udokumentowanie badania podmiotowego (wywiadu lekarskiego) o zakresie, zapewniającym **holistyczne podejście do pacjenta stanowi kluczowy** element kompleksowego planu opieki.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Szpital powinien formalnie określić minimalny zestaw informacji i danych, których ocena będzie uwzględniona w rutynowym badaniu podmiotowym. Zakres wywiadu w poszczególnych oddziałach może być zróżnicowany, zgodnie z ich specyfiką.

Wymagany (standardowy) minimalny zestaw informacji:

1. **powód przyjęcia,**
2. **główne dolegliwości,** w tym ocena dolegliwości **bólowych** według stosowanej metody oceny (np. skala VAS lub skala NRS),
3. inne dolegliwości,
4. przebieg dotychczasowego leczenia,
5. **stosowane leki,**
6. **uczulenia i idiosynkrazje,**
7. przebyte choroby, operacje i zabiegi,
8. **używkki,**
9. wywiad rodzinny i środowiskowy.

Zalecamy uwzględnienie zapytania o stan odżywienia: istotny przyrost lub utrata masy ciała w ostatnim okresie.

Badanie pacjenta pod względem potrzeb żywieniowych jest odrębnym procesem nie musi stanowić elementu wywiadu lekarskiego.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY:

Wizytatorzy weryfikują:

- **brak możliwości zebrania danych:** czy został odnotowany w historii choroby,
- **zagrożenie życia:** jaki jest zakres wywiadu - może być skrócony przy przyjmowaniu pacjenta w stanie zagrożenia życia i dotyczyć tylko najistotniejszych informacji



medycznych; należy też sprawdzić, czy wywiad jest uzupełniony po ustabilizowaniu stanu pacjenta,

- **wieloetapowość leczenia:** gdy terapia wymaga kolejnych hospitalizacji czy szpital określił skrócony schemat wywiadu dla kolejnych pobytów.
- **przenoszenie pacjentów między oddziałami:** czy szpital określił skrócony schemat wywiadu, jeżeli prowadzi dokumentację w wersji elektronicznej.

Ważne!

Szpital powinien określić zakres skróconego wywiadu lekarskiego. Musi być to działanie systemowe (ujednolicone) i znane personelowi medycznemu.

*Wywiad lekarski przy kolejnych hospitalizacjach (leczenie wieloetapowe) **nie oznacza powielenia** (skopiowania) poprzednich wpisów z dokumentacji.*

Wymagane jest zebranie nowego wywiadu lekarskiego, przy czym może to być wywiad uproszczony (skrócony), ale zgodny z określonym, uproszczonym schematem.

***Ważne!** Biorąc pod uwagę, że dla uzyskania 5 pkt wymagane jest spełnienie standardu w 90–100% sprawdzanych przypadków, kluczowe jest zapewnienie, aby personel medyczny rygorystycznie wypełniał wszystkie elementów wywiadu lekarskiego oraz odpowiednio dokumentował wszelkie odstępstwa (np. brak możliwości zebrania pełnego wywiadu).*

OS 1.3 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: OCENĘ STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA

CEL STANDARDU

Celem standardu jest potwierdzenie przeprowadzenia oceny stanu psychicznego przy przyjęciu, co winno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Ocena stanu psychicznego zapewnia możliwość podjęcia ewentualnych działań terapeutycznych, mających istotny wpływ na **skuteczność i powodzenie leczenia**.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Lekarz jest zobowiązany do przeprowadzenia i udokumentowania oceny stanu psychicznego, która składa się z musi obejmować następujących elementów:

1. **orientacja pacjenta** co do czasu, miejsca i osób,
2. **orientacja pacjenta** co do własnego stanu zdrowia,
3. **zdolność współpracy** z personelem,
4. wykrycie objawów **lęku, stresu, pobudzenia albo halucynacji**,
5. wykrycie objawów **depresji**:



**Centrum Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia**

- A. weryfikacja w tym zakresie przez lekarza może sprowadzać się do pytania Czy *leczył(a) się Pan (Pani) na depresję?*
- B. lub do zastosowania przesiewowo skali oceny ryzyka depresji np. PHQ-9 (**stosowanie skal nie jest wymagane, ale rekomendowane**) i zadania 2 kluczowych pytań o nastrój i utratę zainteresowania:
- *Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu / Pani następujące problemy?*
 - *niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności (0 – wcale nie dokuczały; 3 – niemal codziennie),*
 - *uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności (0 – wcale nie dokuczały; 3 – niemal codziennie);*

Materiał dotyczący skali do pobrania pod wskazanym linkiem →

[Kwestionariusz zdrowia pacjenta-9 \(PHQ-9\)](#)

Wymóg dotyczący dokumentacji: wpis ten, stanowiący element dokumentacji medycznej, musi potwierdzać przeprowadzenie oceny wszystkich powyższych obszarów.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Standard wymaga udokumentowania oceny konkretnych elementów (orientacja, współpraca, objawy lęku / depresji),

Wizytatorzy weryfikują:

- *Czy w ocenie stanu psychicznego lekarz uwzględnił wszystkie cztery wymagane obszary: orientację, współpracę z personelem, występowanie objawów lęku oraz objawy depresji.*

 - *Czy ocena tych obszarów została wyraźnie odnotowana w historii choroby.*
-
-

Ważne!



Pielęgniarska ocena stanu psychicznego jest cennym elementem dokumentowania oceny i opieki pielęgniarskiej i stanowi komplementarny element historii choroby, ale nie jest uwzględniona w ocenie standardu.

Adnotacja personelu lekarskiego w dokumentacji medycznej typu: „stan psychiczny dobry/prawidłowy”, lub “stan psychiczny bez zastrzeżeń” nie spełnia wymagań i stanowi podstawę do negatywnej oceny standardu.

*Standard wymaga, aby ocena stanu psychicznego pacjenta dokonywana była przez **lekarza**.*

Nie spełni tego ani psycholog, ani pielęgniarka.

OS 1.4 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: OCENĘ STANU SPOŁECZNEGO PACJENTA

CEL STANDARDU

Celem oceny stanu społecznego pacjenta jest zapewnienie wsparcia w **planowaniu postępowania okołowypisowego**. Ocenę tę należy przeprowadzić, aby zagwarantować bezpieczeństwo i **ciągłość opieki w środowisku pozaszpitalnym**. Ocena warunków społecznych pozwala oszacować ryzyko związane z brakiem możliwości realizacji zaleceń terapeutycznych przez pacjenta po wypisie (niezdolność do samoopieki pacjenta senioralnego, mieszkającego samotnie wypisanego ze szpitala np. po zabiegu endoprotezoplastyki biodra).

KLUCZOWE WYMAGANIA

Udokumentowana ocena stanu społecznego powinna zawierać informacje na temat warunków bytowych oraz możliwości opiekuńczo-pielęgniacyjnych pacjenta w zakresie:

1. **przyjmowania zleconych leków,**
2. **przestrzegania zaleceń terapeutycznych,**
3. **zdolności do podejmowania codziennych aktywności.**

Istotnym elementem oceny stanu społecznego jest określenie, czy istnieje konieczność korzystania z opieki formalnej lub instytucjonalnej oraz ubiegania się o wsparcie ze strony pomocy społecznej.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Wizytatorzy sprawdzają:

- Czy przeprowadzono i udokumentowano ocenę warunków bytowych oraz możliwości opiekuńczych pacjenta w kontekście samoopieki i przestrzegania zaleceń po wypisie.
- Czy w dokumentacji potwierdzono wynik oceny stanu społecznego w formie wpisu: np. „zdolny / niezdolny do samodzielnej egzystencji”.



- Czy wyniki oceny stanu społecznego miały bezpośrednie przełożenie na **zalecenia końcowe** (OS 1.15) i **kartę informacyjną** (OS 1.16).
Czy w przypadku stwierdzenia deficytów opiekuńczo - pielęgnacyjnych po wypisie, szpital podejmuje ukierunkowane działania we współpracy z jednostkami pomocy społecznej.

WAŻNE

Standard jest nakierowany na planowanie opieki poszpitalnej, stąd kluczowe jest by ocena stanu społecznego była integralnym elementem procesu przyjęcia do szpitala.

*Ocena stanu społecznego może być dokonywana przez lekarza, **pielęgniarkę** lub inną osobę o ile zapis ten będzie znajdował się w dokumentacji związanej z przyjęciem pacjenta.*

Ocena musi być uzupełniona w niedługim okresie po przyjęciu.

*Sformułowania ogólne w dokumentacji medycznej typu „stan społeczny dobry” czy „pacjent samotny” **nie spełniają wymagań standardu.***

OS 1.5 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: WYNIKI BADANIA PRZEDMIOTOWEGO

CEL STANDARDU

Celem standardu jest zapewnienie, że w dokumentacji medycznej **został określony i zapisany zakres rutynowego badania przedmiotowego** (fizykalne).

KLUCZOWE WYMAGANIA

Szpital musi określić zakres rutynowego badania przedmiotowego. Może być ono zróżnicowane i uwzględniać specyfikę poszczególnych oddziałów, jednak z zastrzeżeniem, że **badanie ogólnolekarskie musi zawierać wyszczególnione poniżej elementy:**

1. pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz ocenę tętna,
2. ostuchanie serca i płuc,
3. badanie palpacyjne brzucha,
4. badanie palpacyjne węzłów chłonnych,
5. podstawowe badanie neurologiczne,
6. ocenę stanu skóry.

*Zalecane jest uwzględnienie elementu **pomiaru saturacji.***

Wymogi dotyczące sytuacji specjalnych:



- **terapia przewlekła i hospitalizacje cykliczne:** zakres badania przedmiotowego przy kolejnych przyjęciach pacjentów poddawanych terapii przewlekłej i hospitalizowanych cyklicznie **może zostać ograniczony**; w tym przypadku szpital formalnie określa ograniczony zakres badania,
- **zagrożenie życia:** zakres badania pacjentów przyjmowanych w stanie **bezpośredniego zagrożenia życia** również może zostać ograniczony i określony przez szpital.

Zalecany czy obowiązkowy zakres badania fizykalnego?

Określenie *Zalecane badanie ogólnolekarskie zawiera* zamieszczone w opisie wymagań standardu należy rozumieć jako wskazanie **rekomendowanego zakresu badania przedmiotowego**, który powinien stanowić punkt odniesienia dla szpitala przy definiowaniu własnych procedur. Oznacza to, że **szpital ma obowiązek określić zakres badania przedmiotowego** w dokumentacji wewnętrznej, **dostosowany do specyfiki oddziału oraz charakteru udzielanych świadczeń**.

W szczególności:

- **przy pierwszej hospitalizacji** pacjenta (również w trybie jednodniowym), oczekiwane jest, aby zakres badania przedmiotowego był **zgodny z zaleceniami standardu lub szerszy**, jeśli wymaga tego specyfika oddziału,
- **przy kolejnych hospitalizacjach pacjentów poddawanych terapii przewlekłej i hospitalizowanych cyklicznie**, zakres badania może zostać **ograniczony**, o ile szpital określi ten zakres w sposób formalny i adekwatny do stanu hospitalizowanych pacjentów w danym oddziale oraz rodzaju świadczenia;
- podobnie, w sytuacjach szczególnych (np. stan bezpośredniego zagrożenia życia), możliwe jest ograniczenie zakresu badania.

Ważne! *Nie ma konieczności wykonywania pełnego badania ogólnolekarskiego w każdej sytuacji klinicznej; odstępstwo jest możliwe w przypadku cyklicznej hospitalizacji lub w stanie zagrożenia życia.*

Szpital dla spełnienia standardu musi:

- *określić zakres badania przedmiotowego w dokumentacji szpitalnej,*
- *zapewnić jego realizację przy pierwszym przyjęciu w pełnym lub rozszerzonym zakresie,*
- *dostosować zakres przy kolejnych hospitalizacjach lub w szczególnych przypadkach, zgodnie z przyjętymi procedurami.*

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Uwaga! *Standard OS 1.5 jest standardem dwustopniowym, co oznacza, że dla uzyskania maksymalnej oceny (5 pkt) wymagana jest **stuprocentowa zgodność** w przeglądanej dokumentacji medycznej. Nawet pojedynczy przypadek braku udokumentowania wyników badania przedmiotowego zgodnie z wymogami standardu spowoduje niezaliczenie standardu i obniżenie oceny do 1 pkt.*



OS 1.6 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **OCENĘ POTRZEB OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ**

CEL STANDARDU

Głównym celem standardu jest zapewnienie, że ocena potrzeb pielęgniarских, w tym **stopnia niepełnosprawności** zostanie udokumentowana, co jest **niezbędne do prowadzenia zindywidualizowanej opieki pielęgniarской**. Właściwa ocena pozwala na sklasyfikowanie pacjenta do odpowiedniej kategorii pod względem potrzeb pielęgnacyjnych.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Aby spełnić wymogi standardu OS 1.6, dokumentacja i procedury szpitala muszą zawierać następujące elementy:

1. **minimalny zestaw danych:** szpital musi formalnie określić minimalny zestaw danych, które muszą być uwzględnione w ocenie stanu pacjenta, zorientowanej na jego **potrzeby dotyczące pielęgnacji**,
2. **klasyfikacja pacjenta:** przyjęte zestawy danych powinny umożliwiać **klasyfikowanie pacjenta** do odpowiedniej kategorii pod względem wymaganej opieki pielęgnacyjnej,
3. **skale adekwatne do specyfiki oddziału:** w jednostkach o zróżnicowanym zakresie świadczeń, przykładowo: oddziały geriatryczne, pediatryczne, psychiatryczne, rehabilitacyjne, należy stosować **adekwatne skale oceny** stanu pacjenta, zgodne ze specyfiką leczonych schorzeń.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Wizytatorzy sprawdzają, czy w dokumentacji zawarto wymaganą ocenę pielęgniarскую, z uwzględnieniem przyjętych przez szpital kryteriów.

Uzyskanie 5 pkt jest możliwe przy **zgodności** 90–100% dokumentacji, co wymaga precyzyjnego wdrożenia procedury oceny pielęgniarской i konsekwentnego stosowania odpowiednich narzędzi (skal) lub kategoryzacji przez personel pielęgniarский przy przyjęciu.

Ważne! Stosowanie adekwatnych skal oceny potrzeb pielęgniarских jest rekomendowane, a nie obowiązkowe.

Przykłady możliwych, choć nie wyjątkowych skal:

- Barthel → funkcjonalność (rehabilitacja, geriatryka),
- Norton → ryzyko odleżyn (opieka długoterminowa, oddziały z pacjentami leżącymi),
- Glasgow → świadomość (OIT, SOR, neurologia).

Jeśli w szpitalu nie stosuje się skal klinicznych, to wymagane jest zastosowanie kategoryzacji pacjentów pod względem poziomów opieki pielęgniarской np.:

- kategoria I – pacjent samodzielny, wymaga minimalnej pomocy (np. edukacja, podstawowa obserwacja),
- kategoria II – pacjent częściowo niesamodzielny, potrzebuje pomocy przy czynnościach higienicznych, karmieniu, częstszej obserwacji,
- kategoria III – pacjent niesamodzielny, wymagający pełnej opieki, intensywnego monitorowania, często z ryzykiem powikłań.



OS 1.7 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **OCENĘ STANU ODŻYWIENIA**

CEL STANDARDU

Celem standardu jest przeprowadzenie i udokumentowanie oceny stanu odżywienia, która jest **pomocna w określaniu właściwej terapii żywieniowej**, wdrażaniu specjalnej diety lub identyfikacji **ewentualnego ryzyka niedożywienia czy otyłości**.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Ocena stanu odżywienia musi być dokumentowana w historii choroby dla wszystkich pacjentów. Wymagany zakres oceny jest zróżnicowany w zależności od wieku pacjenta.

Wymagany minimalny zestaw danych:

Dla osób dorosłych ocena stanu odżywienia musi zawierać przynajmniej:

1. pomiar **wzrostu**,
2. pomiar **masy ciała**,
3. wskaźnik **BMI (ang. Body Mass Index)**,
4. **wywiad** dotyczący przyrostu lub **utrąty masy ciała w ostatnich miesiącach**.

Dla dzieci ocena stanu odżywienia wymaga zastosowania **siatki centylowej**.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Wskazówka dla podmiotów leczniczych

Wymaganie określenia BMI (ang. Body Mass Index) oraz przeprowadzenia oceny stanu odżywienia jest obowiązkowym elementem przy przyjęciu do szpitala.

Ważne!

1. *Rekomenduje się stosowanie adekwatnych skal klinicznych oceny ryzyka niedożywienia np. NRS 2000.*
 2. *Ocena ryzyka w oparciu o skalę NRS 2000 może być dokonywana przez lekarza, pielęgniarkę lub dietetyka.*
 3. *W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wymagana weryfikacja przez **lekarza**. Wynik oceny stanu odżywienia powinien być zawarty w planie leczenia i zaleceniach końcowych, jeśli ocena (niezależnie od osoby wykonującej ocenę) wykazała nieprawidłowości (tak w zakresie niedowagi, jak i nadmierowej wagi ciała).*
-



OS 1.8 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **ROZPOZNANIE WSTĘPNE**

CEL STANDARDU

Zapewnienie, że **rozpoznanie wstępne** jest wykonywane przy przyjęciu na podstawie **analizy danych** zebranych w początkowej fazie hospitalizacji. Rozpoznanie stanowi **podstawę dla formułowania planu opieki** nad pacjentem; może mieć charakter opisowy lub skodyfikowany.

Standard nie wymaga szerszego komentarza.

OS 1.9 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **OKREŚLENIE LEKARZA ODPOWIEDZIALNEGO ZA INDYWIDUALNĄ OPIEKĘ NAD PACJENTEM (STANDARD OBLIGATORYJNY)**

CEL STANDARDU

Formalne **określenie i udokumentowanie odpowiedzialności** za koordynację procesu diagnostyki i leczenia pacjenta. Wyznaczenie **lekarza prowadzącego** (lekarza odpowiedzialnego) ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia ciągłości i spójności opieki, co jest niezbędne dla bezpieczeństwa pacjenta. Intencją standardu jest także to, aby informacja o lekarzu prowadzącym była łatwo dostępna dla pacjenta i osób przez niego upoważnionych – lekarz odpowiedzialny za opiekę nad pacjentem powinien być źródłem wiarygodnej informacji na temat procesu leczenia.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Dokumentacja medyczna pacjenta musi jednoznacznie wskazywać osobę odpowiedzialną za indywidualną opiekę nad pacjentem - w dokumentacji medycznej musi znaleźć się **imię i nazwisko lekarza prowadzącego**.

***Ważne!** Informacja o lekarzu prowadzącym musi znaleźć się w dokumentacji medycznej pacjenta – historii choroby pacjenta. **Określenie lekarza prowadzącego wyłącznie w systemie informatycznym jest niewystarczające.** Zapisy w systemie informatycznym muszą być powiązane i „ujawnione” na formalnej dokumentacji medycznej pacjenta, która jest przedmiotem oceny podczas przeglądu akredytacyjnego.*

1. **rola i kwalifikacje:** lekarz odpowiedzialny (lekarz prowadzący) koordynuje cały proces diagnostyczny i leczniczy. Może nim być:
 - **ordynator lub kierujący oddziałem**, bądź
 - **wskazany przez kierującego oddziałem lekarz o odpowiednim doświadczeniu;**

***Ważne!** Lekarzem prowadzącym może być również **rezydent**, pod warunkiem spełnienia dodatkowych wymagań tj.:*

- *uzyskania pisemnej zgody od **kierownika oddziału** oraz*



- *uzyskania pisemnej zgody od kierownika specjalizacji.*

Zgoda powinna być zdeponowana w dokumentacji kadrowej rezydenta.

2. liczba pacjentów objętych opieką:

Standard nie precyzuje konkretnej liczby pacjentów, którymi lekarz może się opiekować. Jeśli szpital przyjmie założenie, że odpowiedzialnymi za opiekę są ordynatorzy, wówczas wszyscy pacjenci w danym oddziale będą przypisani do jednego lekarza – ordynatora.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Ważne! Standard **OS 1.9** jest standardem **obligatoryjnym** i wymaga **stuprocentowej** zgodności w przeglądanej dokumentacji, aby uzyskać maksymalną ocenę (5 pkt). Oznacza to, że brak udokumentowania lekarza prowadzącego w historii choroby w choćby jednym przypadku weryfikowanym przez wizytatorów skutkuje niezaliczeniem standardu, a ze względu na jego obligatoryjność, także nieuzyskaniem akredytacji przez szpital.

Dotychczasowa praktyka weryfikacji

Weryfikacja standardu opierała się na **krzyżowej analizie dokumentacji medycznej**. Poza formalnym sprawdzeniem wpisu dotyczącego lekarza przypisanego do pacjenta, wizytatorzy oceniali m.in.:

- kto dokonywał codziennych obserwacji lekarskich lub dyżurowych,
- kto wykonywał zlecenia leków i badań,
- który lekarz wypisywał pacjenta ze szpitala.

Takie podejście podkreślało istotę zagadnienia – konieczność przydzielania lekarzom prowadzenia procesu terapeutycznego, zwiększając ich zaangażowanie i jasno określając zakres odpowiedzialności.

Wizytatorzy weryfikowali również **wiedzę pacjentów** dotyczącą osoby prowadzącej ich proces leczenia, co było przejawem podejścia holistycznego i dawało informacje z wielu źródeł. Takie podejście, choć aktualnie nie wymagane, jest rekomendowaną dobrą praktyką w zakresie realizacji tego standardu.

Aktualne zasady oceny

Opisane powyżej podejście **obecnie nie ma zastosowania**, co oznacza, że podstawą oceny jest formalne jednoznaczne stwierdzenie o określeniu lekarza prowadzącego w dokumentacji medycznej pacjenta.

Standard OS 1.9 jest **standardem obligatoryjnym**, a jakiegokolwiek uchybienie w tym zakresie skutkuje:

- obniżeniem punktacji za ten standard,
- a dodatkowo stanowi podstawę do **odmowy udzielenia akredytacji**.

Rekomendacje dla szpitala

1. *Zapewnij stuprocentową zgodność dokumentacji – każdy pacjent musi mieć jednoznacznie wskazanego lekarza prowadzącego w historii choroby.*
2. *Uświadom personelowi lekarskiemu, że brak wpisu może skutkować nie uzyskaniem akredytacji.*
3. *Wprowadź mechanizm kontroli wewnętrznej:*
 - *regularne analizy dokumentacji pod kątem obecności wpisów,*
 - *wprowadź automatyczne mechanizmy w systemie informatycznym, które nie pozwalają pozostawić „pustego pola”,*



Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

- sprawdź, czy dane dotyczące lekarza prowadzącego zaciągane są do historii choroby,
 - przeprowadź weryfikację zapisu lekarza prowadzącego przed wypisem pacjenta.
4. Wprowadź procedurę awaryjną:
- w przypadku zmiany lekarza prowadzącego konieczna jest natychmiastowa aktualizacja wpisu w dokumentacji,
 - ustal zasady wyznaczania lekarza prowadzącego także w odniesieniu do przyjęć ostrodyżurowych, szczególnie w kontekście ryzyka związanego z niestabilnym stanem pacjenta i zmianami personelu w trakcie np. dyżurów weekendowych.

Rekomendacje dla zespołu wizytującego

1. Ocena standardu powinna być ograniczona do sprawdzenia poprawności wpisów w dokumentacji medycznej odnoszących się do lekarza prowadzącego (jest wpis / nie ma wpisu).
2. Rolą zespołu wizytatorów nie jest ocena lekarza wskazanego w dokumentacji pod kątem tego, czy:
 - ma odpowiednie uprawnienia,
 - faktycznie realizuje obowiązki lekarza prowadzącego.
3. Odpowiedzialność w tym zakresie spoczywa na ordynatorze lub kierującym oddziałem, zgodnie z brzmieniem standardu.

Postępowanie w przypadku nieprawidłowości

- Brak merytorycznych wpisów w dokumentacji medycznej (np. brak zleceń leków lub badań przez lekarza wskazanego jako prowadzący) lub wpisów niezgodnych z ideą standardu należy:
 - przekazać na spotkaniu z kierownictwem podmiotu leczniczego,
 - udokumentować w raporcie z wizytacji w sekcji „Opis ustaleń faktycznych”.
- Informacje te, choć istotne z punktu widzenia pacjenta, nie mogą prowadzić do obniżenia punktacji za standard, jeśli wpis o lekarzu prowadzącym (imię i nazwisko) jest obecny w dokumentacji medycznej pacjenta.

OS 1.10 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **CODZIENNĄ OCENĘ LEKARSKĄ (STANDARD OBLIGATORYJNY)**

Standard nie wymaga szczegółowego komentarza.

OS 1.11 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **DYŻUROWE OCENY PIELĘGNIARSKIE**

CEL STANDARDU

Zapewnienie, że **ocena pielęgniarska obejmuje każdego pacjenta**, jest przeprowadzana w regularnych odstępach czasu i dotyczy **istotnych zmian stanu zdrowia pacjenta**. Właściwe dokumentowanie tych ocen ma na celu bieżące monitorowanie stanu pacjenta w oparciu o parametry życiowe i stanowi podstawę do modyfikacji planu opieki.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Ocena pielęgniarska musi być przeprowadzona **podczas dyżuru** i udokumentowana w historii choroby.



Ocena musi opierać się na bieżącym monitorowaniu parametrów życiowych, prowadzonym **przynajmniej 2 razy w ciągu doby.**

Zakres pomiaru zawiera następujące elementy:

1. **temperatura,**
2. **tętno,**
3. **ciśnienie tętnicze,**
4. **częstość oddechów,**
5. **diureza,**
6. **ból,**
7. **świadomość.**

Rekomendowany jest także pomiar saturacji.

Ważne! Dobrą praktyką jest, aby ocena stanu pacjenta była realizowana w oparciu o **skale kliniczne MEWS lub NEWS**, które umożliwiają wczesną identyfikację ryzyka nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Obserwacje pielęgniarskie są kluczowym elementem tego procesu.

Obserwacje pielęgniarskie muszą zawierać także informacje na temat istotnych interwencji lub zdarzeń, w tym:

- resuscytacji,
- stosowania przymusu bezpośredniego,
- przetaczania krwi i jej składników,
- leczenia żywieniowego,
- nagłego pogorszenia stanu zdrowia,
- modyfikacji planu opieki.

Ważne! Wizytatorzy będą oceniać, czy adnotacje dotyczące ww. istotnych interwencji zostały udokumentowane w obserwacjach pielęgniarskich.

Istotne jest **przekazanie zaleceń** dla zespołu przejmującego opiekę nad pacjentem.

Doprecyzowanie wymagań standardu

1. Ocena pielęgniarska musi być adekwatna do potrzeb pacjenta:
 - Jeżeli pacjent wymaga stałego monitorowania (np. w stanie ciężkim, po zabiegu, w trakcie intensywnej terapii), obserwacje mogą być wykonywane częściowo, zalecane jest by były wykonywane w pełnym zakresie.
 - W przypadku pacjentów stabilnych zakres obserwacji może być dostosowany do stanu klinicznego; częstotliwość pozostaje bez zmian.



Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

- Oceny wskazane w punktach 4, 5, 6, 7 (częstość oddechów, diureza, ból, świadomość) dotyczą uzasadnionych klinicznie przypadków - najlepiej, gdy zalecenie ich bezwzględnego wdrożenia, jak też zgoda na odstępstwo od realizacji oceny, **było zdefiniowane przez szpital i miało uzasadnienie merytoryczne.**
- **Częstotliwość** pełnej oceny może być ograniczona do jednokrotnej oceny w ciągu doby w szpitalach niepodjęających działań o dużej intensywności somatycznej np. **psychiatrycznych, rehabilitacyjnych albo uzdrowiskowych**, o ile stan pacjenta tego nie wymaga.
- W takich przypadkach druga ocena może mieć charakter krótkiego opisu dotyczącego stabilności stanu pacjenta.

2. Dostosowanie do specyfiki oddziału:

- Zakres obserwacji powinien uwzględniać potrzeby pacjenta.
- Przykład: w oddziale neonatologicznym, w ramach oceny stanu noworodka, istotniejsze od pomiaru diurezy jest:
 - wykonanie testu pulsoksymetrycznego w pierwszych godzinach życia,
 - odnotowanie wyniku testu w dokumentacji medycznej,
 - wykonanie wczesnej identyfikacji ryzyka zaburzeń krążeniowo-oddechowych i krytycznych wad serca w postaci testu pulsoksymetrycznego.
- W oddziałach neonatologicznych (noworodki) oraz pediatrycznych (dzieci) nie należy wymagać pomiaru ciśnienia tętniczego.
- Szczegółowe monitorowanie diurezy (np. ilości wydalanego moczu w ml) należy wykonywać tylko w przypadku zlecenia lekarskiego lub gdy prowadzona jest płynoterapia, lub gdy stan pacjenta tego wymaga.
 - W pozostałych przypadkach, w ramach obserwacji pielęgniarских, monitorowanie diurezy powinno polegać na prostym potwierdzeniu oddawania moczu – np. poprzez zadanie pacjentowi pytania: „Czy oddawał(a) Pan / Pani mocz?” i odnotowanie odpowiedzi w dokumentacji.
- Ocenę stanu świadomości należy wdrożyć u wszystkich pacjentów; szczegółowemu monitorowaniu podlegają pacjenci, u których występuje deficyt w tym zakresie.
 - W pozostałych przypadkach za wystarczający należy uznać wpis w obserwacji pielęgniarskiej typu „świadomy / nieświadomy”
- Szczegółowe monitorowanie częstości oddechów – za wystarczający należy uznać wpis typu – „oddech miarowy” dla pacjentów stabilnych nieobjętych zleceniem lekarskim lub szczegółowym nadzorem.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Weryfikacja spełnienia standardu **OS 1.11** odbywa się poprzez **przegląd dokumentacji medycznej**.

Standard kładzie duży nacisk na rygorystyczne monitorowanie parametrów życiowych co najmniej dwa razy na dobę (1. temperatura, 2. tętno, 3. ciśnienie, 4. częstość oddechów, 5. diureza, 6. ból, 7. świadomość) we wszystkich sytuacjach klinicznych, które tego wymagają (z nielicznymi wyjątkami wskazanymi powyżej). Rekomendowany jest też pomiar saturacji.

Ocena stanowi podstawę wdrożenia systemu wczesnego reagowania na zagrożenie nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta (ZŻ 7.1).



OS 1.12 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: **REGULARNĄ OCENĘ** (PRZEZ) **CZŁONKÓW ZESPOŁU TERAPEUTYCZNEGO**

CEL STANDARDU

Potwierdzenia, że wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego **prowadzą regularną i adekwatną do potrzeb ocenę stanu pacjenta**, oraz że ocena ta jest udokumentowana.

Ocena prowadzona przez zespół terapeutyczny umożliwia:

- reagowanie na zmiany w stanie zdrowia,
- dostosowywanie planu opieki,
- optymalizację działań terapeutycznych.

KLUCZOWE WYMAGANIA

W dokumentacji medycznej powinien znaleźć się **wpis potwierdzający przeprowadzenie regularnej oceny pacjenta przez członków zespołu terapeutycznego**, zgodnej z potrzebami określonymi w **planie opieki (OP 1)**.

Standard dotyczy działań podejmowanych przez specjalistów innych niż lekarz i pielęgniarka, np.:

- dietetyka,
- fizjoterapeutę,
- psychologa,
- farmaceutę klinicznego.

Ocena musi być **adekwatna do potrzeb pacjenta** i zgodna z zakresem interwencji zdefiniowanych w planie opieki.

Stosowna adnotacja może znaleźć się zarówno w obserwacjach lekarskich, pielęgniarskich lub w osobnych obserwacjach zawartych w dokumentacji medycznej, a stworzonych przez członków zespołu terapeutycznego, pod warunkiem że jasno wskazuje na ocenę dokonaną przez członka zespołu terapeutycznego.

MODYFIKACJA - HOSPITALIZACJE KRÓTKOTRWAŁE

Rekomenduje się, aby w przypadku **hospitalizacji planowych i krótkotrwałych**:

- ocena dokonywana przez członków zespołu terapeutycznego obejmowała:
 - **ocenę prehabilitacyjną** (przygotowanie pacjenta do zabiegu),
 - **ocenę pozabiegową: wczesną aktywizację pacjenta po zabiegu** ze wsparciem fizjoterapeuty, dietetyka lub innych specjalistów,
- wpisy w dokumentacji powinny potwierdzać realizację tych działań,
- wpisy ambulatoryjne w tym zakresie powinny być możliwe do powiązania z dokumentacją hospitalizacji, a jeśli nie ma takiej możliwości technicznej, to dobrą praktyką jest przywołanie faktu realizacji takich działań w badaniu podmiotowym.

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Wizytatorzy sprawdzają:

- czy w dokumentacji medycznej pacjenta znajdują się wpisy potwierdzające ocenę przez członków zespołu terapeutycznego,
- czy ocena jest zgodna z planem opieki (OP 1) i adekwatna do potrzeb pacjenta.

Wskazówka: standard koncentruje się na dokumentowaniu pracy specjalistów innych niż lekarz i pielęgniarka (np. fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów, farmaceutów klinicznych), o ile ich interwencje zostały zdefiniowane w planie opieki (OP 1) jako niezbędne. Jeśli plan opieki nie



uwzględnia innych specjalistów niż lekarz i pielęgniarka, to ocena skupia się na tym, czy regularna ocena potrzeb została dokonywana przez zespół, lekarz i pielęgniarkę.

OS 1.13 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: ROZPOZNANIE KOŃCOWE

CEL STANDARDU

Zapewnienie, że rozpoznanie końcowe jest wynikiem pełnego procesu diagnostycznego i stanowi **pełną diagnozę medyczną**, a nie tylko identyfikację jednostki chorobowej (diagnozy nozologicznej).

Pełna diagnoza powinna określać problemy zdrowotne pacjenta i umożliwiać kontynuację opieki.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Rozpoznanie końcowe w historii choroby powinno:

1. **wykraczać poza nazwę choroby**, czyli zawierać informacje o:
 - o przyczynie zaburzeń,
 - o stopniu nasilenia (np. łagodne, umiarkowane, ciężkie),
 - o zaawansowaniu lub fazie procesu chorobowego,
 - o przewidywanych następstwach;
2. **uwzględniać skalę kliniczną**, jeśli jest dostępna (np. klasyfikacja NYHA, TNM);
3. **zawierać kod ICD-10** wraz z nazwą rozpoznania.

METODY SPRAWDZENIA

Wizytatorzy weryfikują:

- czy w zamkniętej dokumentacji medycznej znajduje się rozpoznanie końcowe,
- czy rozpoznanie końcowe jest:
 - o określone,
 - o zawiera kod ICD-10,
 - o uwzględnia stopień nasilenia lub zaawansowania choroby (jeśli ma zastosowanie).

Ważne! *Rozpoznanie końcowe nie może ograniczać się do nazwy jednostki chorobowej.*

Choć jest to trudne, należy wpisać informacje o nasileniu i zaawansowaniu procesu chorobowego, ponieważ stanowią one istotny element jakości diagnozy.

OS 1.14 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: EPIKRYZĘ

Standard nie wymaga szerszego komentarza.

Należy zwrócić uwagę na określenie epikryzy w dniu wypisu lub przekazania na inny oddział, do innego szpitala.

OS 1.15 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: ZALECENIA KOŃCOWE



Standard nie wymaga szerszego komentarza.

Dokumentacja powinna zawierać elementy zawarte w opisie wymagań, adekwatne do stanu pacjenta i procesu leczenia.

OS 1.16 DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA: KARTĘ INFORMACYJNĄ WYDAWANĄ PACJENTOWI PRZY WYPISIE.

CEL STANDARDU

Zapewnienie, że pacjent otrzymuje **kartę informacyjną przy wypisie**, która jest niezbędna do **kontynuacji opieki** po opuszczeniu szpitala.

KLUCZOWE WYMAGANIA

Karta informacyjna, która jest wydawana pacjentowi przy wypisie i powinna zawierać **epikryzę** oraz informacje na temat:

1. **przyczyny hospitalizacji,**
2. **rozpoznania końcowego,**
3. **wyników badań,** w tym wyników badań przekazywanych na nośnikach elektronicznych,
4. **zastosowanego leczenia,** w tym: stosowanych leków, materiałów oraz wykonanych zabiegów, a także przetoczenia krwi i jej składników,
5. **uzyskanych lub nieuzyskanych efektów leczenia,**
6. **zaleceń dla pacjenta** oraz sugestii dla lekarza przejmującego opiekę po wypisie ze szpitala,
7. **dalszego sposobu leczenia,** rehabilitacji, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia, a także terminów planowanych konsultacji (o ile zostały ustalone),
8. informacji o możliwości **uzyskania odpowiedniej pomocy w razie pogorszenia stanu zdrowia po wypisie**, z podaniem miejsca zgłoszenia oraz dostępu do badania doświadczeń i opinii pacjenta.

Informacje te są przedstawione pacjentowi przez lekarza.

Ważne! Historia choroby musi zawierać potwierdzenie, że pacjent otrzymał kartę informacyjną przy wypisie.

*W przypadku karty informacyjnej wydawanej w wersji **papierowej** potwierdzenie stanowi kopia karty, opatrzona podpisem pacjenta z potwierdzeniem jej odebrania.*

W przypadku karty informacyjnej wydanej elektronicznie dla spełnienia wymogu wystarczy wpis w ostatniej obserwacji lekarskiej, że pacjentowi wydano kartę informacyjną w postaci elektronicznej. W takiej sytuacji nie jest wymagany podpis pacjenta, gdyż dokument trafia na elektroniczne konto pacjenta w systemie IKP.

Wizytatorzy weryfikują, czy karta informacyjna została przekazana ze szpitalnego systemu do platformy P1 – na portal pacjenta do systemu IKP



**Centrum Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia**

(weryfikacja czasu przekazania, tj. czy nastąpiło to w tym samym dniu co wypis pacjenta).

METODY SPRAWDZENIA I KRYTERIA OCENY

Ważne! Aby uzyskać maksymalną ocenę (5 pkt), konieczne jest osiągnięcie **zgodności na poziomie 90–100%** w przeglądanej dokumentacji. Należy pamiętać, że warunkiem zaliczenia standardu jest również, aby historia choroby zawierała **potwierdzenie, że pacjent otrzymał kartę informacyjną przy wypisie.**