

Na temelju članka 17. stavka 4. Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti, Vijeće Komore na svojoj sjednici održanoj 28.listopada 2022.g. donijelo je sljedeći

PRAVILNIK O SADRŽAJU I VOĐENJU FIZIOTERAPEUSTKOG KARTONA

Uvodne odredbe

Članak 1.

Ovim Pravilnikom se utvrđuje sadržaj i postupci vođenja fizioterapeuskog kartona.

Članak 2.

Fizioterapeuski karton je dokumentacija u fizioterapiji koja se kao evidencija vodi za svakog pacijenta/korisnika tijekom upravljanja fizioterapijskim procesom i pružanja fizioterapeuskih usluga.

Fizioterapeut je dužan evidentirati sve provedene postupke u fizioterapeuskom kartonu za svakoga pojedinog pacijenta/korisnika na svim razinama zdravstvene zaštite.

Fizioterapeuski karton sastoji se od svih informacija vezanih uz pružanje usluge fizikalne terapije koja je sastavni dio zdravstvenih usluga u zdravstvenoj zaštiti i vodi se u elektroničkom ili pisano/papirnatom obliku.

Obvezan sadržaj fizioterapeuskog kartona jest:

- početna procjena i dokumentacija za svakog pacijenta/korisnika,
- cilj terapije,
- plan terapije/poduzetog postupka,
- periodična reevaluacija i njezino dokumentiranje za svakog pacijenta/korisnika,
- dokumentirano otpuštanje pacijenata koji uključuje odgovor prema fizioterapeuskom postupku u vrijeme otpuštanja,
- datum i vrijeme pružene usluge i potpis fizioterapeuta.

Dodatni funkcionalni testovi i mjerenja moraju biti u prilogu fizioterapeuskog kartona.

Članak 3.

Evidencija fizikalne terapije u fizioterapeuskom kartonu je strukturirani i standardizirani skup podataka (zapisa) ciljano prikupljenih sustavnim bilježenjem o stanju pacijenta/korisnika tijekom pružanja fizioterapeuskih usluge.

Članak 4.

Dokumentacija u fizikalnoj terapiji je profesionalno pravni zahtjev koji je određen zakonskim propisima kao i profesionalnim standardima.

Ne vođenje točne i propisane dokumentacije protivno je odredbama Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti i profesionalnim standardima u fizioterapijskoj praksi te Kodeksu fizioterapeuske etike i deontologije te se smatra profesionalnom povredom kao i povredom radnih dužnosti.

Članak 5.

Evidencija fizikalne terapije zakonska je obaveza a sastoji se od svih bitnih informacija vezanih uz pružanje fizioterapeutskih usluga pacijentu/korisniku

Ne vođenje točne i pravilne evidencije fizikalne terapije protivno je odredbama Zakona o fizioterapeutskoj djelatnosti i profesionalnim standardima u fizioterapijskoj praksi te Kodeksu fizioterapeutske etike i deontologije te se smatra profesionalnom povredom kao i povredom radnih dužnosti.

Standardi dokumentacije zapisa

Članak 6.

Fizioterapeut je dužan dokumentirati sve aspekte upravljanja fizioterapijskim procesom i pružanja fizioterapeutskih usluga pacijentu/korisniku navodeći rezultate početnog fizioterapeutskog pregleda/procjene i evaluacije, dijagnozu, plan/prognozu fizioterapeutske skrbi, intervenciju/liječenje, promjene kod pacijenta/korisnika tijekom liječenja, ponovni pregled i otpust odnosno prekid kod pružanja usluga.

Fizioterapeut je dužan osigurati da sadržaj dokumentacije bude točan, potpun, čitljiv i finaliziran na vrijeme; da ima datum i ovjeru autentičnosti od strane fizioterapeuta. Ukoliko pacijent/korisnik bude otpušten prije postizanja ciljeva i ishoda dužan je navesti postignuti status pacijenta/ korisnik i obrazloženje za otpust odnosno prekid kod pružanja usluga.

Fizioterapeut je dužan osigurati da dokumentacija bude sigurno pohranjena u skladu sa zakonskim zahtjevima za zaštitu privatnosti i povjerljivosti osobnih podataka. Dokumentacija se izdaje, kada je to prikladno, samo uz dopuštenje pacijenta/korisnika.

Opće upute za vođenje evidencije

Članak 7.

Opći sadržaj evidencije:

- Za svaki posjet pacijenta/korisnika potreban je zapis.
- Svi zapisi moraju biti u skladu s ovim Pravilnikom te će se čuvati u skladu s profesionalnim standardima vođenja zapisa.
- Elektronički i papirnati zapisi moraju sadržavati iste podatke.
- Evidencija uključuje sve podatke vezane za pacijenta/korisnika, uključujući, ali ne ograničavajući se na pisane dokumente, računalne datoteke, e-mailove, fotografije i druge elektroničke medije.
- Svaka stranica/datoteka uključuje jedinstveni identifikator koji povezuje zapis s imenovanom osobom.
- Zapisi moraju identificirati tko je pružio fizioterapijsku uslugu.
- Registar potpisa potrebno je voditi na radnom mjestu.
- Svaku promjenu /unos u dokumentaciju mora biti moguće identificirati.
- Sve izmjene moraju imati datum i potpis.
- Niti jedna prethodno unesena informacija ne smije biti uklonjena iz zapisa.

- Pomoćno osoblje u fizioterapiji koje pruža delegirane poslove po uputi fizioterapeuta dužno je unijeti odgovarajuće unose u isti klinički karton.
- Treba postojati naznaka da je fizioterapeut pročitao zapis o bilo kojoj intervenciji provedenoj po njegovim uputama.
- Evidencija se mora napraviti odmah po posjeti/ intervenciji pacijenta/korisnika i ne dulje od 24 sata.
- U okruženju u kojem pacijenta/ korisnika vode dva ili više fizioterapeuta mogu se koristiti zasebni zapisi.
- Detalji o pritužbama, i/ili medicinsko-pravnoj korespondenciji ne smiju biti sadržani u zapisu o pacijentu/ korisniku već moraju biti pohranjeni u povjerljivoj i sigurnoj datoteci.
- Pacijent/ korisnik kao i roditelj/skrbnik pacijenta/ korisnika ima pravo pristupa svojim zdravstvenim podacima u skladu sa zakonskim propisima i treba biti upoznat s tim pravom.
- Pisani izvadci iz kartona pacijenta/ korisnika ne smije se reciklirati već moraju biti arhivirani.
- Pacijent/ korisnik može prenositi dokumentaciju izvan granica Republike Hrvatske.

Članak 8.

Rukopisni zapisi:

- Svi rukom pisani zapisi moraju biti čitljivi i točni.
- Moraju biti napravljeni trajnom tintom i uključivati izvorne potpise, tiskana imena i datum.
- Sve pogreške moraju biti prekrížene jednom crtom, ne smije se koristiti korekturna tekućina, te ih treba inicijalizirati fizioterapeut koji je napravio, a potom ispravio pogrešku.

Članak 9.

Elektronički zapisi:

- Elektronički zapisi moraju biti napravljeni uz poštivanje odredbi o sigurnosti i povjerljivosti podataka.
- Softver koji se koristi za elektroničke zapise trebao bi omogućiti revizijski trag koji može identificirati tko je napravio unos ili promjenu, istovremeno čuvajući izvorni sadržaj.
- Trebaju postojati mehanizmi za siguran korisnički pristup, ograničen autorizacijom korisnika i lozinkama.
- Tehnološki napredak treba osigurati da su stariji elektronički zapisi i dalje dostupni tijekom potrebnog vremenskog razdoblja.

Smjernice za pohranjivanje

Članak 10.

Fizioterapeuti trebaju osigurati sigurno pohranjivanje i pronalaženje svih zapisa, kako pisanih tako i elektroničkih. Isti zapisi trebaju biti zaštićeni od gubitka, krađe i neovlaštenog pristupa.

Fizioterapeuti bez obzira na mjesto rada odgovorni su za provedbu postupaka sigurnog pohranjivanja i preuzimanja podataka tamo gdje ne postoji središnji postupak upravljanja evidencijom.

Pristup zapisima može imati samo ovlašteno osoblje.

Evidencija koja se odnosi na pacijenta/korisnika mora se čuvati kronološkim redom i čuvati će se minimalno vrijeme potrebno za pohranu evidencije u skladu s zakonskim propisima.

Na mjestima gdje su zapisi o pacijentu/ korisniku dio prakse pohranjivanja zapisa, umnožavanje zapisa je prikladno kako bi se osiguralo da fizioterapeut ima primjerak na koji se može pozivati dok je s pacijentom/ korisnika

Smjernice za pronalaženje

Članak 11.

Podaci koji se čuvaju u evidenciji pacijenta/ korisnika mogu se koristiti u svrhe kliničke revizije tijekom ili nakon postupaka fizioterapeutske skrbi.

Zapisi o pacijentima/ korisnicima mogu se upotrijebiti za nove postupke fizioterapeutske skrbi kao i u svrhe poboljšanja poslovnih procesa u pružanju usluga, kao što su pregledi vremena liste čeka.

Kada se podaci o pacijentu/korisniku koriste za unos u druge nacionalne registre trebaju biti u skladu s zakonskim propisima.

Postupci za korištenje podataka u istraživačke svrhe moraju biti u skladu s zakonskim propisima

Smjernice za uništavanje zapisa

Članak 12.

Uništavanje zapisa mora biti u skladu s zakonskim propisima.

Smjernice za povjerljivost i zaštitu podataka

Članak 13.

Povjerljivost i zaštita podataka je obvezna bez obzira da li su zapisi pisani rukom ili su elektronički.

Osobni podaci dani i prikupljeni u jednu svrhu ne smiju se koristiti u drugu svrhu, niti prosljeđivati bilo kojoj drugoj osobi bez pristanka osobe koja daje podatke.

Sadržaj zapisa treba biti dostupan samo onima koji su izravno uključeni u liječenje pacijenta/korisnika. Izdavanje zapisa se provodi samo uz pisani pristanak pacijenta/korisnika. Iznimka je da se sadržaj zapisa izdaje na zahtjev suda, odnosno u drugim situacijama propisanim zakonskim propisima.

Sve informacije o zdravstvenom statusu pacijenta/ korisnika, dijagnozi, prognozi i liječenju moraju se čuvati u tajnosti.

Podaci se mogu otkriti drugim zdravstvenim radnicima u svrhe liječenja pacijenta/ korisnika.

Detaljan sadržaj fizioterapeutskog kartona

Članak 14.

Sadržaj fizioterapeutskog kartona čine:

- Osobni podaci pacijenta/ korisniku: puno ime i prezime, datum rođenja, adresa, kontakt telefonski brojevi / e-mail, OIB, MBO, liječnik opće/obiteljske medicine, podaci o primljenoj uputnici, ukoliko postoji, i uputnicama kojima je pacijent/korisnik upućen na daljnju obradu.
- Osobni faktori: spol, visina, težina, zanimanje, sport/hobi/socijalni kontakti (1 bez ograničenja, 2 mala ograničenja, 3 srednja ograničenja, 4 jaka ograničenja, 5 nisu mogući), navike.
- Datum fizioterapeutskog pregleda
- Fizioterapeut koji upravlja procesom i pružanjem fizioterapeutske usluge
- Zdravstveno stanje pacijenta/korisnika: opći zdravstveni status (samoprocjena, obiteljska procjena ili procjena skrbnika), lijekovi, alergije, zarazne bolesti, medicinska povijest (mišićno-koštana, neuromuskularna, kardiovaskularna, ginekološka, plućna, psihološka, osteoporoza, RA..), obiteljska anamneza (npr. karcinomi, dijabetes..), dijagnostičke pretrage (UZV, RTG, MR,CT), specijalna pitanja (npr.noćno znojenje, nagli gubitak težine, ispad osjeta, motorike, kontrola mokraće, stolice..), pregled kliničkih nalaza drugih specijalista, zdravstvenih radnika.
- Glavna medicinska dijagnoza (ukoliko je navedena)
- Glavni problem (trenutna oštećenja/onesposobljenja, što pacijent/ korisnik misli o svom problemu)
- Očekivanja pacijenta/ korisnika
- Tjelesna funkcija/struktura: mehanizam ozljede ili bolesti, početak i obrazac simptoma, prethodne pojave glavne tegobe, prethodne fizioterapijske intervencije.
- Shema tijela: svaki simptom koji pacijent/ korisnik navodi bilježi se u shemi tijela (bol, trnci, mravci, ispad osjeta..), bilježi se pacijentov opis simptoma (povremeni ili stalni bolovi, duboki ili površinski bolovi, tupi ili oštri bolovi..) kao i regija simptoma; označava se regija bez simptoma.
- Fizički pregled može sadržavati: postura, palpacija, aktivni i pasivni pokreti, mjerenje opsega pokreta, mjerenje obujma, testiranje snage mišića, funkcionalni pregled neurološkog sustava, neurodinamički pregled, funkcionalni pregled kardiovaskularnog/respiratornog sustava, funkcionalni pregled mišićno-koštanog sustava, funkcionalni pregled neuromišićnog sustava; evidencija svih provedenih mjerenja i testova i njihovih rezultata.

- Aktivnosti i sudjelovanja: intelektualne sposobnosti, upravljanje dnevnom rutinom, pokrete kao što je mijenjanje položaja tijela, hodanje, korištenje prijevoza, učinkovitu komunikaciju, brigu o sebi i neovisan život; funkcionalni status i razina aktivnosti u samozbrinjavanju, radnim aktivnostima i vođenju doma, aktivnosti svakodnevnog života.
- Evaluacija: dokaz o kliničkoj prosudbi o pacijentu/korisniku prema međunarodnoj klasifikaciji funkcionalnosti.
- Fizioterapeutska dijagnoza: formulirati fizioterapeutsku dijagnozu koja rezultira identifikacijom postojećih ili potencijalnih oštećenja, ograničenja aktivnosti, ograničenja sudjelovanja i čimbenika okoline, kao i resursa pacijenta/korisnika da se nosi s dijagnozom.
- Prognoza: odrediti očekivane ishode za pacijenta/ korisnika i identificirati najprikladnije strategije intervencije za brigu o pacijentu/ korisniku; identificirati ciljeve za pacijenta/korisnika koji će riješiti potencijalna oštećenja i ograničenja aktivnosti.
- Plan fizioterapeutske skrbi: u dogovoru s pacijentom/korisnikom ili njegovateljem ili skrbnikom odrediti fizioterapeutske intervencije koje će se koristiti za postizanje ciljeva i očekivanih ishoda; navesti očekivano vrijeme za postizanje ciljeva i očekivanih rezultata (kratkoročno); navesti suradnju s drugim zdravstvenim radnicima.
- Fizioterapeutska intervencija/liječenje: koordinacija, komunikacija i dokumentacija osigurana za pacijenta/korisnika; upute vezane za pacijenta/korisnika; proceduralne intervencije mogu uključivati, ali nisu ograničene na: terapijske vježbe, specijalne tehnike manualne terapije – mobilizacije, manipulacije, funkcionalno osposobljavanje za samozbrinjavanje i vođenje doma, funkcionalno osposobljavanje u radu, zajednici i aktivnostima u slobodno vrijeme, savjete o načinu života i dobrobiti, tehnike čišćenja dišnih putova, elektroterapijske modalitete, fizikalne agense i mehaničke modalitete.
- Evidencija obavljenih ponovnih pregleda i njihovi rezultati.
- Ishodi i bilježenje postignuća ciljeva i očekivanih ishoda, uključujući očekivanja pacijenta/korisnika.
- Nuspojave: bilježenje svih nuspojava povezanih sa fizioterapeutskom intervencijom/ uslugom.
- Zapis pomoćnom osoblju: bilježe se podaci delegiranih aktivnosti/intervencija pomoćnom osoblju koje sudjeluje u fizioterapeutskom procesu kod pacijenta/korisnika.
- Evidencija dolazaka: bilježe se datumi svih dolazaka pacijenta/korisnika, kao i datumi otkazanih ili propuštenih termina, kao i razlozi ako je relevantno.
- Plan otpusta: bilježi se plan otpusta, datum otpusta ili prekida fizikalne terapije, sažetak otpusta, daljnja preporuka.

Članak 15.

Ovaj Pravilnik objavljuje se na oglasnoj ploči Komore 28. 10. 2022 godine, a stupa na snagu 1. siječnja 2023. godine

Predsjednica Vijeća Komore

Mihaela Črgar, v.r.

