

**4.1.11
FYZIO/11 – Dokumentace fyzioterapeuta
UNIFY ČR
1. 10. 2016**

STANDARD FYZIOTERAPIE DOPORUČENÝ UNIFY ČR

A. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Autor	UNIFY ČR
Editor	MUDr. Lenka Forýtková, CSc., MUDr. Aleš Bourek, Ph.D.
Zpracovatelé	Mgr. Růžena Hlavičková, Bc. Věra Novotná, Mgr. Vladan Toufar
Oponent	JUDr. Jan Mach, Mgr. Ondřej Němeček
Verze provedení	Ověřovací
Za zpracování a další aktualizaci doporučeného postupu odpovídá	UNIFY ČR a CEESTAHC
Autorská doména	UNIFY ČR
Doporučen pro	Fyzioterapeut, viz zákon č. 96/2004 Sb.
Odbornosti (podle číselníku VZP)	902
Kdy je dodržován	Při dokumentování průběhu fyzioterapie
Poznámka	Standard není v konečné verzi a bude upravován na základě připomínek dalších odborníků a organizace CEESTAHC – Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care

B. VĚCNÝ RÁMEC STANDARDU

B1. Vymezení věcného rámce standardu

Cílem dokumentu je stanovit optimální úroveň dokumentace poskytované péče fyzioterapeutem. Dokument stanovuje optimální obsah této dokumentace.

Definice použitých pojmů a zkratk

Dokumentace fyzioterapeuta, která je součástí zdravotnické dokumentace, je záznamem o poskytnutém vyšetření a léčbě fyzioterapeutem. Slouží nejen jako zdroj informací o průběhu léčby, ale také jako důkaz o poskytnuté léčbě. Dokumentace je vedena jednotně v rámci zdravotního zařízení a její součástí jsou písemné záznamy (elektronické a grafické). Ostatním členům týmu poskytuje potřebné informace, které zajišťují kontinuitu léčby. Zdravotnická dokumentace je současně zdrojem statistických dat pro vyhodnocování stanovených indikátorů kvality poskytované péče.

Analýza – odborná činnost, při které fyzioterapeuti kriticky hodnotí svoji praxi. Výsledkem pak může být změna jednání, chování či pracovního stylu, změna plánu léčby nebo přehodnocení vzdělávacích potřeb jednotlivce nebo pracovního kolektivu.

Anamnéza – předchorobí.

Epikríza – soubor informací o průběhu léčby, provedených vyšetřeních, může se jednat o závěrečné posouzení, pokud péče trvá déle jak 7 dnů.

Fyzikální terapie – představuje převážně empiricky podložené terapeutické použití působení různých druhů zevní energie na živý organismus.

Fyzioterapeutické standardy – jsou písemná ustanovení týkající se doporučené a požadované kvality péče, kterou by měl fyzioterapeut poskytovat.

Kineziologické vyšetření – obsahuje odebrání anamnézy, zhodnocení subjektivních obtíží s hlavním zřetelem k pohybovému aparátu. Zahrnuje, vedle anamnézy, celkové objektivní vyšetření podle typu postižení z pohledu fyzioterapeuta a v souladu s doporučením odesílajícího lékaře, s následným stanovením cílů fyzioterapie. U dětských pacientů hodnotí stupeň psychomotorického vývoje.

Kontrolní kineziologické vyšetření – provádí se podle typu postižení a pomocí zvolené vyšetřovací techniky odpovídající současnému zdravotnímu stavu pacienta, hodnotí odezvu organismu na zvolené fyzioterapeutické postupy a vyhodnocuje účinnost použitých postupů.

Kinezioterapie – léčba využívající pohyb na podkladě znalostí řízení motoriky při normální nebo patologicky změněné nervosvalové činnosti, s cílem ovlivnit etiopatogenezi onemocnění stanovenou na základě kineziologického rozboru a obnovit dřívější schopnosti a dovednosti nebo zapojit nové pohybové návyky a stereotypy.

Klinická rozvaha – stanovuje se nezávisle nebo spolu s lékařskou diagnózou. Většinou vystihuje negativní vliv zdravotního stavu pacienta na kvalitu jeho života, kterou chceme následně fyzioterapií pozitivně ovlivnit.

Klinické zhodnocení – uvádí, do jaké míry jsou účinné specifické zákroky prováděné v rámci populace nebo praktikované na určitém pacientovi. Tj. do jaké míry tyto zákroky podporují a zlepšují pacientovo zdraví, a jak zabezpečují, aby se mu dostalo co největší možné péče z dostupných zdrojů.

Individuální léčebný postup

Krátkodobý individuální léčebný postup – volba strategie léčby s cílem snížit až odstranit bolest nebo až odstranit poruchu funkce a tím zvýšit soběstačnost pacienta (zlepšit pohybovou funkční schopnost a funkci ostatních orgánových systémů).

Dlouhodobý individuální léčebný postup – doporučení vhodných pohybových aktivit, ergonomických opatření s cílem udržet dosažené zlepšení pohybové funkce v rámci sekundární a terciární prevence.

Kvalita péče – úroveň, na kterou se při poskytování zdravotní péče v souladu s aktuálními odbornými poznatky zvýší pravděpodobnost dosažení stanovených cílů v oblasti zdravotního stavu jednotlivce či populace.

Lékařská diagnóza – klinický závěr stanovený lékařem na podkladě vyhodnocení pacientových příznaků a symptomů. Obecně řečeno, tento závěr označuje přítomnou patologii, nepopisuje účinek této patologie na funkci.

Multidisciplinární (multioborový) tým – je skupina osob, které sdílejí společný terapeutický záměr a terapeutický cíl.

Standard – doporučení, které ukazuje cesty vedoucí ke zkvalitnění péče na základě dohodnutých pravidel kvality, zavedených norem (jednotlivcem, organizací atd.).

Výsledky – pojmem výsledky rozumíme vše, co se stane (nebo nestane) následkem péče či poskytnuté služby. Mohou být chtěné i nechtěné. Výsledky mohou být definovány fyzioterapeutem nebo pacientem.

NO – projevy onemocnění

OA – osobní anamnéza

FA – farmakologická anamnéza

AA – alergická anamnéza

EA – epidemiologická anamnéza

GA – gynekologická anamnéza

RA – rodinná anamnéza

SPA – sociální a pracovní anamnéza

FT – fyzikální terapie

Klasifikace

Podle zákona je všem zdravotnickým zařízením uložena povinnost vést zdravotnickou dokumentaci.

Základní rámec § 53 až § 54 odst. 2 a 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který přesně vymezuje jak její povinný obsah, tak pravidla pro její vedení, uchovávání, nakládání s ní a její likvidaci.

Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Vedení dokumentace musí být vždy v souladu s právními předpisy, metodikou pojišťovny, směrnicemi či metodickými návody daného pracoviště.

Tento standard také implementuje do praxe vedení dokumentace Evropské základní standardy fyzioterapeutické praxe přijaté na valné hromadě ER WCPT v květnu 2002 v Maďarsku a revidované na valné hromadě ER – WCPT v květnu 2008 v Řecku, které byly přizpůsobeny podmínkám a legislativnímu rámci České republiky.

B2. Kvalifikační předpoklady

Instituce:

- Zařízení poskytující fyzioterapeutickou péči.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších právních předpisů.

Odborný personál

Fyzioterapeut:

- zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských povoláních).
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších právních předpisů.

Technické předpoklady:

- Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších právních předpisů.
- Nařízení vlády č. 54/2015 Sb., o technických požadavcích na zdravotnické prostředky.
- Vyhláška č. 62/2015 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o zdravotnických prostředcích.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších právních předpisů.

C. PROCES PÉČE

Viz příloha 1: [Vývojový diagram](#).

C1. Vstupní podmínky procesu fyzioterapie

Indikace (doporučení) lékaře se stanovenou diagnózou a stanovením požadovaného cíle, případně s doporučeným postupem, v případě smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou doporučení v souladu s Metodikou pro pořizování dokladů (poukaz FT – 06).

- Rozhodnutí pacienta, fyzioterapeut respektuje práva pacienta.
- Indikace při dodržení platných postupů závazných pro zahájení fyzioterapeutické péče v konkrétním zdravotnickém zařízení (dáno vnitřními předpisy pracoviště).

C2. Vlastní proces fyzioterapie

Doporučení – souhlas/nesouhlas s léčbou

Obsah – základní identifikační údaje o pacientovi, název a charakter pracoviště, které bude o pacienta pečovat, uvedení způsobu objednávání na vyšetření či terapii, kontakt na pracoviště, údaj o maximální čekací lhůtě, pokud nebude dodržen tento termín, uvedení návrhu řešení, záznam o poučení o poskytování informací o zdravotním stavu, záznam o souhlasu s nahlížením do dokumentace, pořizování opisů, výpisů, kopií dokumentace. Měla by být pacientovi dána možnost odmítnout ošetřování personálem v zácvičku. Dále je možno dát odsouhlasit informace s organizací provozu pracoviště, na kterém bude pacient léčen. Závěr souhlasu/nesouhlasu obsahuje datum záznamu a podpis souhlasícího (pacienta).

Vstupní vyšetření fyzioterapeutem a stanovení cílů

Vstupní vyšetření – kineziologické vyšetření, jehož součástí je mimo jiné anamnéza (viz příloha č. 1), sběr informací pro stanovení klinické rozvahy fyzioterapeutem.

Je možno využít standardizovaných vyšetřovacích postupů (vyšetřovací spis) daného pracoviště, nebo u daných onemocnění s využitím konkrétních metodických postupů (např. McKenzie vyšetřovací spis).

Kritéria vyšetření

Výsledky standardních diagnostických postupů, které odpovídají současnému stavu pacienta a jsou použitelná k úvodnímu, průběžnému a závěrečnému hodnocení pacienta (včetně přístrojového vyšetření).

Vyšetření hodnotí

- Výsledek analýzy na základě všech zjištěných informací, výsledků testů a měření.
- Stanovení priorit základních a vedlejších problémů pacienta.
- Klinická rozvaha, plán terapie.
- Stanovení individuálního léčebného plánu a vyžádání informovaného souhlasu pacienta (viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb.).

Záznam o léčbě

- Záznam musí být učiněn o každé návštěvě (léčbě) pacienta.
- Záznam o subjektivní změně stavu pacienta.
- Záznam o aplikaci metodiky v procesu léčby (včetně reakce a výsledku, subjektivní i objektivní změny stavu).
- Průběžné vyhodnocení terapeutického plánu, který je přizpůsobován aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta.
- Záznam jakékoliv změny v léčebném procesu.
- Záznam o aplikaci fyzikální terapie musí obsahovat tyto náležitosti:
 - název procedury, pořadí a specifikace aplikace (lokalizace, délka trvání, polarita, způsoby aplikace, intenzita, teplota, specifikace formy aplikace), reakce na aplikaci procedury fyzikální terapie,
 - identifikaci pracovníka, který FT aplikoval,
 - jednoznačná specifikace přístroje (např. výrobní, inventární číslo nebo jiný způsob evidence), který byl k léčbě použit, pokud se jedná o přístroj s klasifikací třídy zdravotnického prostředku IIb a vyšší.
- Součástí procesu je i záznam o sledování bolesti, je-li bolest sledována (identifikační údaje pacienta, časový faktor sledování bolesti, intenzita, charakter, lokalizaci, popřípadě použit nefarmakologické léčebné prostředky).
- Záznam o edukaci pacienta (pokud je edukace schopen) či rodinných příslušníků (identifikační údaje pacienta, komunikační bariéry pacienta, téma edukace, použité edukační metody, průběh edukace, popřípadě reakce pacienta na edukaci, jaké byly pacientovi předány materiály, oblast edukace o používání kompenzačních pomůcek atd.). Záznam obsahuje informace o změně v teoretických znalostech či získaných dovednostech. Jako edukace není chápána reedukace (návlek) pohybových návyků, která je samotnou podstatou terapeutického výkonu.

Kontrolní a výstupní kineziologické vyšetření

- Vyhodnocení dosažených výsledků v léčebném procesu.
- Souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu při významné změně stavu, nebo pokud hospitalizace trvá déle než 7 dnů.
- Kontrolní kineziologické vyšetření.
- Výsledky jsou zaznamenány do dokumentace, která slouží jako zpráva pro ošetřujícího (indikujícího) lékaře, nebo jako samostatná zpráva.
- Dosažené výsledky jsou porovnány s plánovanými cíli. V případě, že cíle nebylo dosaženo, je tato skutečnost v rámci záznamu hodnocení léčby zaznamenána. Je zaznamenán důvod, popřípadě návrh na řešení (možnost splnění stanoveného cíle péče).

Obecné a formální náležitosti vedení dokumentace

Součástí fyzioterapeutické dokumentace vedené o pacientovi mohou být i výsledky vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření. Zápis musí

být veden průkazně, čitelně a pravdivě. V případě provedení opravy v zápisu je nutné, aby původní zápis zůstal čitelný, oprava se provádí novým zápisem s uvedením data opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla (nepřipouští se škrtat, přepisovat, gumovat či jinak porušovat čitelnost původního zápisu). Každý zápis je datován, je uveden čas terapie, parafován a provedena vlastní čitelná identifikace (např. razítko se jmenovkou). Každá strana dokumentace musí obsahovat identifikační náležitosti (identifikace zdravotnického pracoviště a pacienta), zápisy a listy dokumentace musejí být řazeny chronologicky (např. číslování stran). Zkratky jsou užívány pouze v kontextu místně smlouveného, písemně doložitelného seznamu zkratk pracoviště. Vykazování výkonů terapie pro zdravotní pojišťovny fyzioterapeut zaznamenává podle platné vyhlášky (Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami). Je doporučeno uvádět v dokumentaci číselné kódy vykazovaných výkonů podle aktuální metodiky. Osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, fyzioterapeuti pracující pod odborným dohledem uvádějí v záznamu do dokumentace jméno pracovníka, který má nad nimi odborný dohled.

Do zdravotnické dokumentace je vhodné zaznamenávat podstatné otázky komunikace mezi fyzioterapeutem, pacientem a lékařem, včetně pozitivního a negativního reversu. Jsou zde činěny záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných v dokumentaci vedené o jeho osobě, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, ale nikoli již na dokumentaci jako takovou. Fyzioterapeut není oprávněn pacientovi zatajovat žádný údaj týkající se jeho zdravotního stavu v rámci jeho kompetencí. Nahlížení do dokumentace a právo na kopie, opisy nebo výpisy upravují § 65 a § 66 zákona č. 372/2011 Sb.

Specifika a rizika

Riziko poškození pacienta při aplikaci fyzikální terapie nebo v průběhu jiných metod fyzioterapie.

C3. Podmínky ukončení procesu

- Vymizení či významná redukce subjektivních i objektivních obtíží pacienta.
- Obnova či zásadní zlepšení funkce organismu pacienta.
- Dosažení požadovaného léčebného efektu a naplnění stanovených cílů léčby.
- Vyčerpání doporučené péče (indikovaného rozsahu fyzioterapie).
- Nemožnost dodržet doporučený (indikovaný) léčebný postup ze strany terapeuta nebo pacienta.
- Změna zdravotního stavu vyžadující posouzení lékaře.
- Na žádost pacienta (volba jiného fyzioterapeuta, zdravotnického zařízení apod.) – negativní revers, § 34 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.

Propouštěcí a překládová zpráva

Propouštěcí, překládová zpráva nebo zpráva o proběhlé terapii obsahuje shrnutí anamnézy, aktuální údaje o poskytnuté fyzioterapii, včetně časových údajů o poslední poskytnuté terapii (uvedení aplikovaných metodik, postupů), aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta, záznam o edukaci pacienta, navržení dalších terapeutických postupů.

Výstupní kritéria záznamů

Záznamy se uchovávají podle předpisů zařízení a ve shodě s platnou legislativou (skartační řád).

Doporučení

- Dodržování postupů podle platných právních předpisů.
- Dodržování postupu podle národního standardu UNIFY ČR o vedení dokumentace.
- Pracoviště nemusí vyžadovat písemný informovaný souhlas a v tomto případě o tomto informuje pacienty v prostorách ordinace nebo čekárny, UNIFY ČR přesto doporučuje využít informovaného souhlasu, zvláště v případech:
 - terapie dětí,
 - citlivých forem terapie – mobilizace kostrče, terapie inkontinencí apod.

D. VÝSLEDKY – KRITÉRIA A INDIKÁTORY KVALITY PÉČE

Tabulka 1: Výsledky – kritéria a indikátory kvality péče

Část standardu	Kontrolní kritéria	Způsob kontroly
Podmínky zahájení péče	<ul style="list-style-type: none"> • Provedení vstupního kineziologického vyšetření • Provedení klinické rozvahy • Stanovení cíle (cílů) fyzioterapeutické péče Stanovení individuálního léčebného plánu – viz § 31 zákona č. 372/2011 Sb. • V případě odmítnutí fyzioterapie pacientem je doloženo písemné prohlášení pacienta – viz § 34 zákona č. 372/2011 Sb. a příloha č. 1 bod 6 vyhlášky 98/2012 Sb. • Souhlas s fyzioterapeutickou péčí – viz § 34 a § 35 zákona č. 372/2011 Sb. 	Záznam v dokumentaci
Proces	<ul style="list-style-type: none"> • Záznam o rozsahu poskytnuté péče (použité metodice v procesu léčby včetně reakce a výsledků) • Záznam o aplikaci FT s předepsanými náležitostmi • Zaznamenávání změn v léčebném procesu • Záznam průběhu terapie včetně dílčích hodnocení • Záznam o sledování bolesti • Záznam o edukaci pacienta • Záznam o aktivním či pasivním přístupu pacienta k léčbě • Záznam o každé návštěvě pacienta • Provedení kontrolního kineziologického vyšetření • Každý zápis je datován • Je uveden časový údaj poskytnutí péče • Čitelná identifikace fyzioterapeuta • Dodržení identifikace na každé straně dokumentace • Používání zkratk v souladu se Seznamem zkratk • Záznam o poučení o poskytování informací o zdravotním stavu • Souhlas s nahlížením do dokumentace, pořizování opisů, výpisů, kopií. 	Záznam v dokumentaci
Podmínky ukončení péče	<ul style="list-style-type: none"> • Provedení závěrečného kontrolního kineziologického vyšetření • Zhodnocení dosažených cílů, důvodů nedosažení • Navržení dalších terapeutických postupů • Záznam o rozsahu podané informace v rámci fyzioterapie při propuštění. 	Záznam v dokumentaci