

## Terapijournal – Instruktion för dokumentation för terapeuter

### Terapi, Terapeutens namn, Patientens namn och personnummer

Specificera vilken terapi det gäller t.ex. läkeurytmi, målning, bad mm. Skriv hela ditt namn. Skriv patientens namn och/eller personnummer.

### Första besöket

Dokumentera om behandlingen sker på läkarordination och läkarens diagnos och syfte med ordinationen.

Dokumentera om behandlingen sker utan läkarordination. Fråga patienten om diagnosen är ställd av läkare och om patienten har löpande läkarkontakt. Dokumentera det.

Gör en beskrivning av utgångsläget (se nedan), fråga efter relevanta läkemedel. Upprätta en behandlingsplan i dialog med patienten och dokumentera den (se nedan). Var tydlig med vad som är realistiska förväntningar på behandlingsresultat.

Dokumentera patientens samtycke till den.

### Datum behandlingsnummer (beh.nr)

Vid varje behandling, skriv datum enligt svensk standard, år månad dag. Specificera vilket behandlingstillfälle denna anteckning gäller, tex 2. Signera direkt efter varje behandlingsanteckning. Anteckningen får inte ändras därefter.

### Utgångsläge

Terapeuten hänvisas till läkarens ordination under rubrikerna *diagnos, problembeskrivning och målsättning*. Om du inte fått en ordination skall du själv beskriva patientens tillstånd. För att förstå problem och kunna göra en behandlingsplan måste terapeuten ofta påbörja sin terapi för att kunna göra observationer utifrån sin profession, tex hur en patient rör sig, hur muskulaturen känns osv. Dessa observationer antecknas vid första behandlingstillfället. Ibland tar det flera behandlingar innan man upptäcker hela vidden av hur patientens sjukdomstillstånd speglar sig i dessa observationer. Utgångsläget kan då kompletteras.

Om möjligt uppskatta *svårighetsgraden* i det som iakttagits – lätt, måttlig, svår osv. så att en eventuell förändring under terapins gång kan bli synliggjord i termer som hör till din terapi.

Utgångsläget är din professionella beskrivning av patientens status vid terapins början. Det skapar underlag för din målsättning, ditt terapiinnehåll samt resultatbeskrivning.

### Behandlingsplan

Om du fått en läkarordination skall den ligga till grund för din terapiplan. Annars är det din egen bedömning. Om du fått en läkarordination: beskriv hur läkarens ordination/målsättning kan förverkligas med din terapi, eventuellt i flera steg. Hänsyn tas till dina observationer vid det första behandlingstillfället och patientens målsättning. Beskriv vad de olika övningarna, teknikerna, grepp har för syfte. Målsättningen kan kompletteras eller redigeras. En ändring som avviker från läkarens ordination kräver dock samråd med läkaren. Ange datumet för ändringen.

### Terapiinnehåll

Vid varje behandling, skriv en lista över övningar/ uppgifter/ massagegrepp. Om terapiinnehållet inte ändras, skriv endast ”oförändrat”.

### Observationer

Dokumentera framförallt observationer (parametrar) som är karakteristiska för patientens tillstånd och hör ihop med läkarens/din målsättning, t.ex. att fördjupa andningen. Förändringarna i dessa

observationer (parametrar) noteras som en röd tråd från läkarens/terapeutens/patientens målsättning/utgångsläge genom förloppet till rubriken ”resultat” i slutanteckningen. Notera observerade effekter av övningar/uppgifter/massagegrepp! Specificera vid vilken övning/uppgift/vilket grepp observationen gjordes. Anteckna också om och när patienten anger ändringar i sitt tillstånd.

Lägg märke till relevanta observationer av mer allmän karaktär (hållning, andning, cirkulation, stämning, röst eller annat) och notera eventuella förändringar. Observationer beskrivs så att journalen kan läsas och förstås av patienten själv eller av sjukvårdspersonal (Patientdatalag SFS 2008:355).

### **Ändrat terapimål**

Anges vid komplettering eller ändring. En ändring som avviker från läkarens ordination kräver samråd med läkaren.

### **Ändrat terapiinnehåll**

Ange syftet med förändringen.

### **Samråd med ordinerande läkare**

Skrev om samrådet skedde per telefon, skriftlig eller i ett möte. Skriv kortfattat om innehållet. Om läkarens ordination inte ändras, skriv ”fortsatt målsättning”. Antecknar om terapiinnehållet ändras eller fortsätter på samma sätt.

### **Behandlingsbortfall**

Vid ett återbud dokumentera orsaken. Informationen behövs sedan i sammanfattningen för att bedöma terapins effekt.

### **Sammanfattning och bedömning**

När du avslutar behandlingen skriver du en sammanfattning. Den skall innehålla diagnos, behandlingsperioden och antal behandlingar, målsättningen med behandlingen, genomförandet och eventuella förändringar din och patientens bedömning av behandlingseffekten och eventuella rekommendationer, t ex även om fortsatt terapi. Om du har fått en läkarordination är du skyldig att skicka din sammanfattning till ordinerande läkare.

### **Skattning**

Resultatet och förloppet skattas i förhållande till terapimålsättningen och läkarens målsättning dvs du bedömer tillsammans med patienten hur långt patienten har kommit på vägen.

Skattning av resultatet kan gärna göras med hjälp av en visuell analogskala (VAS).

### **Om patienten blir sämre**

Om patienten blir sämre i samband med behandlingen eller också när du observerar det, tala med patienten! Vid observation av tecken på allvarlig försämring avsluta behandlingen och be patienten att omedelbart ta kontakt med sin läkare. Du måste också informera behandlande läkare om patienten ger viktig information, t ex talar om att den funderar på att ta sitt liv. Vid akut försämring i terapisituationen stanna hos patienten. Ring 112. När patienten är omhändertagen av ambulanspersonal dokumenteras observationer avseende de symtom som ledde till att Du ringde 112 (t.ex. tecken på begynnande hjärtinfarkt, stroke, svår ångest, tecken på psykos eller suicidrisk). Informera ordinerande läkare.