

Gäller för: VE Psykiatri

Innehållsansvar: Elisabeth Erixon, (elier3), Enhetschef

Granskad av: Pontus Olsson, (ponol2), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-10-24

Giltig till: 2027-10-24

# Journal skrivning - Psykiatri

## Revideringar i denna version

Förlängd giltighetstid.

## Syfte

Förtydligande av rutiner kring journalskrivning.

## Förutsättningar

Enligt journallagen ska journalen innehålla väsentliga uppgifter om patienten. Journalen måste föras så att den tillgodoser patientens krav på rättssäkerhet och personlig integritet. Ha i åtanke att samtligt material ska kunna läsas av patient och i förekommande fall av såväl närstående som myndigheter.

## Ansvar

Samtliga medarbetare.

## Utrustning

Journalssystem Melior inklusive **Taligenkänning** och Medspeech.

## Arbetsbeskrivning

### Diktat

Alla behandlare rekommenderas att TIKa sina journalanteckningar. Endast i undantagsfall bör behandlare diktera eller själva skriva direkt i Melior. Se styrdokument [Taligenkänning](#).

Möjlighet finns dock att skriva själv, men då gäller [dessa riktlinjer](#).

Vid dokumentation är det mycket viktigt att ange datum, klockslag, för händelsen/besöket.

Viktiga informationer i journalen är t ex symtomutveckling, utvärdering av behandlingseffekter, varför mediciner satts ut eller in, diagnostiska

övervägningar. Dubbeldokumentation ska undvikas. Man bör i sin journalföring sträva efter ett i möjligaste mån neutralt och objektivt förhållningssätt. Uppgifter om andra personer än aktuell patient ska journalföras endast om de bedöms ha stort värde för förståelsen av patientens problematik, hälsotillstånd eller livssituation.

Dokumentation ska ske snarast efter patientkontakt och färdigställas före arbetsdagens slut. Signering av journalanteckning bör ske inom ett par veckor efter genomförd patientkontakt.

### **Slutanteckning**

Slutanteckning är en professionell sammanfattning av en slutenvårdsperiod samt planering framåt

avseende framtida tänkta medicinjusteringar, differentialdiagnostik, eventuella behov av övriga vårdinsatser samt vad som bedöms bör vara i fokus vid det första återbesöket i öppenvården.

I de fall då det inte finns någon som har träffat patienten, skall avdelningens underläkare skriva slutanteckningen på befintliga handlingar och vid behov rådgöra med avdelningens överläkare.

Slutanteckningar bör vara dikterad inom 24 timmar efter att patienten lämnat avdelningen och signerad inom två veckor.

Överläkaren har möjlighet att delegera utformandet av slutanteckning till en på avdelningen tjänstgörande underläkare (AT, ST).

Det åligger tjänstgörande ST-läkare att proaktivt assistera överläkaren i färdigställandet av slutanteckning inom de stipulerade 24 timmarna. ST-läkare bär ett särskilt ansvar att informera AT-läkare om slutanteckningens utformning inom psykiatrin.

Avdelningspersonal skall hädanefter placera samtliga slutanteckningar i överläkarens digitala ”att skriva”- korg i Melior – ikon markerad med en ”penna”. Syftet med denna är att överläkaren därmed kan säkerställa god kontroll över vilka slutanteckningar som är utestående.

Överläkaren skall vid delegering av slutanteckningsförfattande till underläkaren fastslå aktuell diagnos, önskad uppföljning i öppenvården avseende; när i tiden återbesök önskas, vilken behandlingsplan som föreligger, vad som anses prioriterat ur bedömningshänseende vid ett återbesök.

Det åligger avdelningens underläkare att med noggrannhet och inom 24 timmar efter att patienten lämnat avdelningen effektuera färdigställande av slutanteckningsdiktat och tillse att detta innehåller relevant information av vikt för öppenvårdens medarbetare inklusive aktuella ordinationer, läkemedelsberättelse, preliminär planering och önskade bedömningar.

Överläkaren skall då slutanteckningen föreligger i utskriven form kontrollera, vid behov justera och därefter kontrasignera slutanteckningen.

### **Diagnossättning**

Vid varje besök i öppen- och slutenvården samt vid varje vårdtillfälle ska det ställas en diagnos! Problem kan formuleras och kodas enligt ICD-10, både i kapitel V och i symtom- respektive Z-kapitlet.

Rätten att ställa diagnos inom hälso- och sjukvårdens område är inte reglerad i någon författning. I praktiken kan all sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, ett funktionshinder eller en skada, ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Att ställa en slutgiltig sjukdomsdiagnos kan därför ses som en process, där flera olika yrkesutövare bidrar med sin kompetens.

### **Relaterad information**

[Patientdatalag \(2008:355\)](#)

[Offentlighets- och sekretesslag \(2009:400\)](#)

[Offentlighets och sekretessförordning \(2009:641\)](#)

[Vårdhandboken](#)

[Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VE Psykiatri

**Innehållsansvar:** Elisabeth Erixon, (elier3), Enhetschef

**Granskad av:** Pontus Olsson, (ponol2), Överläkare

**Godkänd av:** Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9718-621466736-67

**Version:** 16.0

**Giltig från:** 2025-10-24

**Giltig till:** 2027-10-24