



Handbok för strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården Del I

Dokumentation av de viktigaste journalstrukturerna i
en elektronisk patientjournal, version 2015

Heikki Virkkunen

Päivi Mäkelä-Bengs

Riikka Vuokko

(red.)

Institutet för hälsa och välfärd

PB 30 (Mannerheimvägen 166)

00271 Helsingfors

Telefon: 029 524 6000

www.thl.fi

HANDLEDNING 13/2015

Heikki Virkkunen, Päivi Mäkelä-Bengs och Riikka Vuokko (red.)

Handbok för strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården

**Dokumentation av de viktigaste
journalstrukturerna
i en elektronisk patientjournal**

**Del I
Version 2015**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Författaren och Institutet för hälsa och välfärd

ISBN 978-952-302-543-1 (webbpublikation)

ISSN 2323-4172 (webbpublikation)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-543-1>

Juvenes Print – Finlands Universitetstryckeri Ab
Helsingfors 2015

Till läsaren av den översatta svenska versionen

Detta är den första översatta versionen av handboken för strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården, del I. Innehållet och riktlinjerna för strukturerad dokumentering är desamma som i den finska 2015 versionen. Eftersom detta är den första översättningen, hoppas vi för feedback av termer och begrepp som används i handboken. All feedback av översättningen kan skickas direkt till redaktörerna.

Helsingfors september 2015

Redaktörerna

Till läsaren, version 2015

I den år 2015 uppdaterade Handboken för strukturerad dokumentation har anvisningarna för dokumentationen preciserats. Handboken är uppdaterad för att motsvara situationen åren 2017-2018 och fokuserar på dokumentationsstrukturer som enligt planerna finns tillgängliga då. Dokumentationsanvisningarna har omfattande uppdaterats i kapitel 6 och 14 och i de övriga kapitlen har mindre uppdateringar gjorts.

Utöver detta har det förra kapitlet 17; Hjälpmedel, funktionsförmåga och rehabilitering i sin helhet flyttats till handbokens andra del, där dess andel utvidgas och fördjupas. Den andra delen i Handboken för strukturerad dokumentation inom hälso- och sjukvården omfattar den specialitets- och yrkesområdesspecifika dokumentationen samt bland annat dokumentationen av vissa sjukdomsgrupper. Handbokens andra del är under arbete vid THL och publiceras under 2015.

Vid sidan av handbokens redaktörer preciserade Jari Numminen dokumentationen av hälso- och vårdplanen ur användarens synvinkel och deltog i preciseringen av kapitel 11 faktorer som påverkar hälsan.

Uppdateringen av den första delen av Handboken för strukturerad dokumentation har gjorts som ett internt arbete vid THL, men vi vill tacka Jari Numminen vid Hämeenlinnan terveyspalvelut (Tavastehus hälsotjänster) som har redigerat det uppdaterade innehållet. Dessutom har Mikko Härkönen och Anna Kärkkäinen, THL samt Tuija Savolainen vid Kommunförbundet gett feedback.

Helsingfors april 2015

Redaktörerna

Till läsaren

Syftet med Handboken för strukturerad dokumentation är att riksomfattande beskriva dokumentationen och användningen av enhetliga strukturerade patientdata ur antecknarens eller användarens synvinkel. Handboken innehåller en presentation av de enhetliga strukturerna, vyerna, rubrikerna och indelningen av vårdprocessen i faser. De temavisa beskrivningarna innehåller också presentationer av klassificeringar och kodsystem i samband med strukturerna.

För att man inom hälso- och sjukvården ska kunna utnyttja uppgifterna i det riksomfattande Patientdataarkivet ska den information som lagras i arkivet vara enhetlig. Enhetliga patientdata förbättrar informationens användbarhet för olika ändamål och minskar sålunda överlappande dokumentation.

Den här publikationen ersätter kap. 1–6 i handboken *Kansallinen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* (Ydintieto-opas, 2009, Standardiserat datainnehåll i en nationell elektronisk patientjournal, Handbok om kärnuppgifter 2009). Handboken för strukturerad dokumentation består av två delar. Del I innehåller de uppdaterade kapitlen 1–6 i första delen av Handboken om kärnuppgifter och del II, som kommer ut senare, mer detaljerade uppgifter som används av olika yrkesgrupper samt specialitetsspecifika uppgifter. I den här versionen av handboken beskrivs den strukturerade dokumentationen enligt de riksomfattande journalstrukturer som kommer att förutsättas 2014.

Handboken är i första hand avsedd för huvudanvändarna av patientdatasystemen inom hälso- och sjukvården samt exempelvis för de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som ordnar utbildningar i dokumentation av patientdata eller skriver organisations- och systemspecifika anvisningar samt vid behov också för andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. För leverantörerna av patientdatasystem är handboken också till nytta bland annat när de bedömer effekterna av ändringar enligt bestämningarna.

Handbokens innehåll togs fram i en redaktion bestående av:

Jorma Komulainen	Duodecim
Tuija Savolainen	Kommunförbundet
Kauko Hartikainen	Kommunförbundet
Jari Numminen	Hämeenlinnan terveystalvelut
Jukka Lehtovirta	THL
Heikki Virkkunen	THL
Riikka Vuokko	THL
Taina Jokinen	THL

Vi tackar Marja Rahkola och Outi Töytäri för deras arbete med att utveckla rehabiliteringskapitlet. Dessutom tackar vi för den värdefulla responsen av de experter som kommenterade handbokens innehåll när handboken i oktober 2013 sändes ut för riksomfattande feedback, samt lektörerna Päivi Mäkelä-Bengs, Mikko Härkönen och Ulla-Mari Kinnunen för värdefull feedback och Virpi Kalliokuusi för korrekturläsning. Under utsändningen för kommentarer fick vi dessutom viktiga förslag till utveckling, som vi kan beakta i kommande uppdateringar av handboken.

Helsingfors oktober 2013

Redaktörerna

Sammandrag

Virkkunen, Heikki, Päivi Mäkelä-Bengs och Vuokko, Riikka (red.). Handbok för strukturerad dokumentering inom hälsovården. Dokumentering av viktiga journalstrukturer i en elektronisk patientjournal – Del I. Institutet för hälsa och välfärd (THL).Handledning 13/2015. 130 sidor. Helsingfors 2015. ISBN 978-952-302-543-1 (nätpublikation).

I en patientjournal dokumenteras all information om patienten som är nödvändig för att förebygga sjukdomar, följa upp hälsan, genomföra vård och göra bedömningar. I handboken för strukturerad dokumentering beskrivs viktiga journalstrukturer i första hand med tanke på den som dokumenterar och sparar patientdata. Med patientdatastrukturer avses i den här handboken de uppgifter som dokumenteras och sparas med hjälp av en på förhand utsedd struktur. Strukturerad information kan alltid preciseras med hjälp av fritt formulerad text. I den här handboken beskrivs dokumenteringen av strukturerad information enligt rubriker, vyer och vårdprocessens faser samt med hjälp av klassificeringar och koder som är avsedda för dokumentering.

Dokumenteringens enhetlighet grundar sig på de krav som gäller tillhandahållandet av riksomfattande elektroniska tjänster inom hälsovården. Datainnehåll som sparas i Patientdataarkivet är tillgängligt för hälso- och sjukvården oberoende av serviceleverantör och system, inom ramen för de samtycken och förbud som patienten har gett. Patientjournalens datainnehåll kan användas till att dokumentera patientdata men också exempelvis till att följa upp vårdens tillgänglighet och kvalitet, bedöma verksamhetens effektivitet och jämförbarhet samt stöda riksomfattande statistikföring och forskning. I handboken presenteras den lagstiftning som reglerar hur patientdata kan dokumenteras, sparas och bearbetas.

Strukturerad dokumentering görs multiprofessionellt och i enlighet med principerna för strukturerad dokumentering är de viktigaste delarna av informationen enhetliga i patientdatasystemen inom primärvården och den specialiserade sjukvården. På samma sätt är också de centrala datastrukturerna enhetliga hos såväl offentliga som privata serviceleverantörer.

I den elektroniska patientjournalen finns vyer där hälsovårdspersonalen dokumenterar patientdata exempelvis genom att strukturera innehållet i ämnesområden med hjälp av rubriker. Informationen under en rubrik kan struktureras ytterligare bland annat genom att använda koder och klassificeringar som är avsedda för dokumentering. I samband med dokumentering av information kan patientdatasystemet dessutom automatiskt lägga till information om fasen i vårdprocessen, såsom om dokumenteringen gäller planering eller genomförande av vård.

I den första delen av handboken för strukturerad dokumentering beskrivs följande ämnesområden med tanke på dokumentering av ett specifikt ärende: patientuppgifter, identifieringsuppgifter för vårdaren och servicehändelsen, orsak till besök, vårdorsak och diagnos, riskuppgifter, faktorer som påverkar hälsan, undersökningar och mätningar, ingrepp, läkemedelsbehandling, prevention inklusive vaccineringar, utlåtanden, sammanfattande uppgifter samt hälso- och vårdplan. I handboken ingår också anvisningar för hur man dokumenterar en patients viljeyttringar med anknytning till informering, samtycken och förbud samt patientens livstestamente och donationsvilja.

Handboken innehåller exempel på dokumentering såväl i texten och i form av bilder som i en bilaga. I bilagorna presenteras dessutom viktiga begrepp och uttryck som används i handboken samt ges exempel på faser i vårdprocessen och rubriker som ska användas med olika vyer samt på test som är avsedda att mäta faktorer som påverkar hälsan.

Nyckelord: Hälsovård, elektronisk patientjournal, patientuppgift, riksomfattande elektroniska tjänster, datastruktur, klassificering, koder, vy, rubrik, fas i vårdprocessen, enhetlighet.

Tiivistelmä

Virkkunen, Heikki, Päivi Mäkelä-Bengs ja Vuokko Riikka (toim.). Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen – Osa I. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Handledning 13/2015. 130 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-543-1 (verkkojulkaisu).

Potilaskertomukseen kirjataan kaikki sairauksien ennaltaehkäisy, terveyden seurannan, hoidon toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen potilaan tieto. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa kuvataan keskeisiä kertomusrakenteita ensisijaisesti potilastiedon kirjaajan ja tallentajan näkökulmasta. Potilastiedon rakenteilla tarkoitetaan tässä oppaassa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Rakenteista tietoa voidaan aina tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Tässä oppaassa kuvataan rakenteisen tiedon kirjaamista otsikoiden, näkymien ja hoitoprosessin vaiheen mukaisesti sekä käyttäen kirjaamiseen tarkoitettuja luokituksia ja koodistoja.

Kirjaamisen yhtenäisyys perustuu terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten palveluiden järjestämisen vaatimukseen. Potilastiedon arkistoon tallennettu tietosisältö on käytettävissä terveyden ja sairauksien hoitoon palvelunantaja- ja järjestelmäriippumattomasti potilaan suostumuksen ja kieltojen määrittelyissä rajoissa. Potilaskertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää potilastiedon dokumentoinnin lisäksi esimerkiksi hoidon saavutettavuuden ja laadun seurantaan, toiminnan vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arviointiin sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. Oppaassa esitellään lainsäädännön puitteet potilastiedon kirjaamiseen, tallentamiseen ja käsittelyyn.

Rakenteista kirjaamista toteutetaan moniammatillisesti ja rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti tiedot ovat keskeisiltä osiltaan yhteneviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Samoin keskeiset tietorakenteet ovat yhtenevät sekä julkisella että yksityisellä palvelunantajalla.

Sähköinen potilaskertomus sisältää näkymiä, joille terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilastietoa valitussa näkymässä esimerkiksi otsikoilla asiakokonaisuuksiin jäsentäen. Otsikon alle kirjattavaa tietoa voidaan rakenteistaa edelleen esimerkiksi käyttämällä kirjaamiseen määriteltyjä koodistoja ja luokituksia. Lisäksi potilastietojärjestelmä voi tuottaa kirjatun tiedon yhteyteen automaattisesti tiedon hoitoprosessin vaiheesta eli koskeeko kirjaus esimerkiksi hoidon suunnittelua tai toteutusta.

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäisessä osassa kuvataan asiakohdaisen kirjaamisen tasolla seuraavia kokonaisuuksia: potilaan perustiedot, hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot, tulosy, hoidon syy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio sisältäen rokotukset, lausunnot, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi opas ohjeistaa potilaan tahdonilmausten kirjaamisen liittyen potilaan informointiin, suostumukseen ja kieltoihin sekä hoitotahtoon ja elinluovutustahtoon.

Opas sisältää kirjaamiseen liittyviä esimerkkejä tekstin seassa, kuvina sekä liitteessä. Liitteissä on lisäksi esitetty oppaassa käytettyjä keskeisiä käsitteitä ja ilmauksia, annettu esimerkkejä eri näkymillä käytettävistä hoitoprosessin vaiheista ja otsikoista sekä terveyteen vaikuttavien tekijöiden mittaamiseen tarkoitetuista testeistä.

Avainsanat: Terveydenhuolto, sähköinen potilaskertomus, potilastieto, valtakunnalliset sähköiset palvelut, tietorakenne, luokitus, koodisto, näkymä, otsikko, hoitoprosessin vaihe, yhtenäisyys.

Linkki julkaisun suomenkieliseen versioon: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>

Abstract

Virkkunen, Heikki, Päivi Mäkelä-Bengs and Vuokko, Riikka (eds.). Handbok för strukturerad dokumentering inom hälsovården. Dokumentering av viktiga journalstrukturer i en elektronisk patientjournal – Del I. [Manual for structured data entry in health care. Entering essential patient record structures in the electronic patient record – Part I]. National Institute for Health and Welfare (THL). Handledning 13/2015. 130 pages. Helsinki 2015. 978-952-302-543-1 (online).

The patient record is the repository for all details concerning the patient's disease prevention, health monitoring, treatment implementation and evaluation. The manual for structured data entry describes the essential patient record structures principally from the perspective of the person recording and entering the patient details. 'Patient record structures' are here understood to mean details that are recorded and entered according to a predetermined data structure. Free text can always be added to structured details for clarification. This manual describes the entering of structured data by heading, view and treatment process stage, using the classifications and codes defined for the purpose.

The consistency of data entries is governed by the requirements for the providing of national electronic services in health care. The information content in the patient record archives is available to health care and medical professionals irrespective of service provider or IT system, restricted only by the consent and prohibitions issued by the patient himself/herself. The information content of a patient record may be used for documentation of patient details and also for purposes such as monitoring the availability and quality of treatment, evaluating the effectiveness and comparability of operations, and nationwide statistics and research. The manual discusses the statutory framework concerning the recording, storage and handling of patient details.

Structured data entry is performed multi-professionally, and under its principles essential details are compatible between the primary health care and specialist medical care patient information systems. Similarly, essential data structures are compatible between public and private service providers.

The electronic patient record features screen views, using which health care professionals can enter patient details under specific subject headings, for instance. Data entered under a particular heading can be further structured for instance by using the codes and classifications specified for data entry. Also, the patient information system can automatically generate a reference to the stage of the treatment process, i.e. whether a particular data entry concerns treatment planning or implementation.

Part I of the manual for structured data entry discusses the following topics at the level of entry of patient details: basic patient information; treatment provider and service event IDs; reason for visit; reason for treatment and diagnosis; risk factors; factors affecting health; examinations and measurements; procedures; pharmaceutical treatment; prevention including vaccinations; statements; summary details; and health care and treatment plan. The manual also discusses how to record the patient's expressions of will with regard to information provided to the patient, consent given by the patient, prohibitions imposed by the patient, living wills and organ donor wills.

The manual includes examples of the data entry procedures in the text, as illustrations and in an appendix. Further appendices list the key terms and expressions used in the manual, include examples of the stages of the treatment process and the headings in the various screen views, and tests intended for measuring various factors affecting health.

Keywords: Health care, electronic patient record, patient information, national electronic services, data structure, classification, code, screen view, heading, stage of treatment process, consistency.

Innehåll

Till läsaren av den översatta svenska versionen	3
Till läsaren, version 2015	4
Till läsaren	5
Sammandrag	6
Tiivistelmä	7
Abstract	8
1 Handbokens bakgrund och syfte	13
1.1 Handbokens syfte och avgränsningar	13
1.2 Handbokens användning och uppbyggnad	14
2 Struktureringens betydelse inom hälso- och sjukvården	15
2.1 Nyttan av strukturerad dokumentation för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	15
2.2 Nyttan för organisationsledningen och för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården	15
2.3 Nyttan av strukturerad dokumentation för en patient	16
2.4 Patientcentrerad dokumentationsmodell	16
3 Ramar som sätts av lagstiftningen	17
3.1 Anteckningar i patientdokument	17
3.2 Integritet och behandling av patientuppgifter	17
3.3 Riksomfattande elektroniska tjänster	18
3.4 Regionalt och riksomfattande arkiv	19
3.5 Elektroniska recept	19
3.6 Mina Kanta-sidorna och Informationshanteringstjänsten	19
4 Förhållandet mellan Handboken för strukturerad dokumentation och övriga handböcker och anvisningar	21
4.1 Handböcker om anteckningar i patientdokument och om klassifikationer	21
4.2 Anvisningar för centraliserad datainsamling	23
4.3 Myndighetshandböcker	23
4.4 Övriga handböcker för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården	23
4.5 Riksomfattande definitioner för Patientdataarkivet	23
5 Principer för användning och utnyttjande av strukturer	26
5.1 Allmänna principer	26
5.2 Användning av klassifikationer, terminologier och kodsysteem	27
5.3 Principer för strukturerad dokumentation	27
5.4 Användning av specialitets- och yrkesspecifika patientdata	28
6 Vyer, faser i vårdprocessen, rubriker och strukturerade data i den elektroniska patientjournalen	29
6.1 Vyer och tilläggsvyer	30
6.1.1 Tilläggsvyer	30
6.1.2 Specialitetsspecifika vyer	32
6.1.3 Tjänstespecifika vyer	33
6.1.4 Yrkesspecifika vyer	33
6.1.5 Allmänna vyer	34
6.1.6 Sammanställningar	35
6.1.7 Vyer av blankettyper	36
6.1.8 Tekniska vyer	36
6.1.9 Specialskyddade vyer	36
6.2 Fas i vårdprocessen	37
6.3 Rubriker och tilläggsrubriker	38
6.3.1 Tilläggsrubriker	39
6.3.2 Användning av riksomfattande rubriker	39
6.4 Innehållsdokumentationer	47

6.4.1	Strukturerade data	47
6.4.2	Fri text	48
7	Basinformation om patienten	49
7.1	En persons identifieringsuppgifter	49
7.1.1	Personbeteckning	50
7.1.2	Namn	50
7.1.3	Kön	50
7.2	En persons kontaktuppgifter	50
7.2.1	Adress	51
7.2.2	Hemkommun	51
7.2.3	Telefon, fax och e-post	51
7.2.4	Yrke	51
7.2.5	Modersmål	51
7.2.6	Kontaktspråk	51
7.2.7	Behov av tolk	51
7.2.8	Medborgarskap	51
7.3	Kontaktperson	52
7.4	Försäkringsbolag	52
7.5	Spärrmarkering	52
7.6	Personuppgiftsblankett	52
7.7	Fortsatt utveckling av personuppgifter	52
8	Identifieringsuppgifter om vårdgivaren och servicehändelsen	54
8.1	Anteckning och vårdgivarens identifieringsuppgifter	54
8.2	Identifieringsuppgifter för en servicehändelse	55
9	Orsak till att söka vård, orsaker till vård och diagnoser	57
9.1	Orsaker till vård	57
9.1.1	Orsak till att söka vård	58
9.1.2	Besöksorsak	58
9.1.3	Diagnos	59
9.2	Innehållen i en besöksorsak och en diagnos	59
9.2.1	Koder för diagnos och besöksorsak	59
9.2.2	Prioriteten hos en diagnos eller en besöksorsak	60
9.2.3	Beständigheten hos en diagnos eller en besöksorsak	60
9.2.4	Säkerhetsgraden hos en diagnos eller en besöksorsak	61
9.2.5	Informationskälla	61
9.2.6	Uppgifter om fastställande av diagnos eller besöksorsak	61
9.2.7	Uppgifter om avslutad diagnos	62
9.2.8	Vårdepisod och episodbeteckning i en diagnos eller en besöksorsak	62
9.3	Utnyttjande av gamla anteckningar	63
9.3.1	Tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker kan plockas till en dokumentation	63
9.3.2	Precisering av en diagnos eller en besöksorsak	63
9.3.3	Kopplande av en diagnos eller besöksorsak till en annan	63
9.3.4	Dokumentation av en uppgift om avslutande av en varaktig diagnos	64
10	Riskuppgifter	65
10.1	Informationsinnehållet i riskuppgifterna	65
10.1.1	Typ av risk och riskkod	66
10.1.2	Namn på risken och fritt formulerade preciseringar	67
10.1.3	Riskgrad	67
10.1.4	Strukturerade preciseringar av en risk	68
10.1.5	Uppgifter om konstaterandet av en risk	68
10.1.6	Uppgifter om när en risk upphör	68

10.2 Dokumentation av riskuppgifter.....	68
10.2.1 Läkemedelsreaktioner och -allergier.....	69
10.2.2 Andra allergier	69
10.2.3 Risksjukdomar och -behandlingar	69
10.2.4 Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter.....	70
10.2.5 Behandlingar som kräver särskilt beaktande	70
10.2.6 Transplanterade vävnader och konstmaterial.....	70
10.2.7 Mikrober och isoleringsbehov	71
10.2.8 Begränsning av vården.....	71
10.2.9 Risker i anslutning till beteendet.....	71
10.2.10 Andra risker	72
10.2.11 Graviditet	72
11 Faktorer som påverkar hälsan	73
12 Undersökningar och mätningar.....	76
12.1 Fysiologiska mätningar	77
12.1.1 Klassifikationen FinLOINC.....	77
12.1.2 Dokumentation av fysiologiska mätningar	77
12.2 Laboratorieundersökningar	78
12.2.1 Begäran om undersökning och utlåtanden	78
12.2.2 Utvärdering av undersökningar i en patientjournal	78
12.2.3 Undersökningar gjorda av andra eller av patienten själv	78
12.3 Radiologiska undersökningar	78
12.3.1 Begäran om undersökning och utlåtanden	79
12.3.2 Avvikande fynd.....	79
12.3.3 Utvärdering av undersökningar i en patientjournal	79
12.3.4 Undersökningar gjorda av andra	79
12.3.5 Exponering för strålning	80
13 Åtgärder	81
13.1 Dokumentation av åtgärder	81
13.2 Bilder i samband med åtgärder och andra bilder.....	82
14 Läkemedelsterapi	83
14.1 Uppgifter om medicinering 2015–2018	84
14.2 Dokumentation av medicineringsanteckningar	84
14.2.1 Uppgifter om läkemedelsförskrivaren	84
14.2.2 Basinformation om läkemedel	85
14.2.2.1 Förskrivning av läkemedelspreparat	85
14.2.2.2 Förskrivning av läkemedel utanför Läkemedelsdatabasen	86
14.2.3 Läkemedelsdos.....	86
14.2.4 En läkemedelsförpackning och en bestämd mängd	86
14.2.5 Användningsändamål.....	86
14.2.6 Ändring av läkemedel	86
14.2.6.1 Skadeverkan av ett läkemedel.....	87
14.2.6.2 Riskdokumentationer förknippade med ett läkemedel	87
14.2.7 Utbytbarhet hos ett läkemedel	87
14.2.8 Informationskälla	87
14.2.9 Dokumentation av läkemedelsadministrering.....	88
14.2.10 Kontroll av medicinering	88
14.2.10.1 Kontroll av en enskilt läkemedel	89
14.2.10.2 Kontroll av den totala medicineringen.....	89
14.2.11 Anvisningar för läkemedelsterapi	91
14.3 Fortsatt utveckling av läkemedelsterapi	91

15	Prevention	92
15.1	Förebyggande hälsovård.....	92
15.2	Uppgifter om vaccination	93
15.3	Vaccinationsuppgifter i de riksomfattande databaserna.....	94
16	Utlåtanden.....	96
16.1	Utlåtanden	96
16.2	Blankettstrukturer	96
16.3	Fritt formulerade utlåtanden	96
17	Sammandragsuppgifter	97
17.1	Patientsammandrag	97
17.2	Sammandrag av en servicehändelse	97
17.2.1	Sammandragsvy	97
17.2.2	Slut- och uppföljningssammandrag	97
17.2.3	Annan text på sammandragsnivå	98
17.2.4	Daglig anteckning	98
17.2.5	Slut- och mellansammandrag av andra yrkesutbildade personer.....	98
17.2.6	Sammandrag i patientdatasystemet.....	99
17.3	Sammandrag av ett vårdarbete	99
17.3.1	Vyer och rubriker för ett sammandrag av ett vårdarbete	99
17.3.2	Dokumentation av sammandrag av ett vårdarbete	99
18	Hälso- och vårdplan	101
19	Utlämnande av patientdata	106
19.1	Grundläggande begrepp för utlämnande av patientdata.....	106
19.2	Utlämnandet av patientdata baserar sig på lagen	107
19.3	Informeringsdokument	107
19.4	Samtyckesdokument.....	108
19.5	Förbudsdokument	108
19.6	Kontroll av en patients uppgifter.....	109
20	En patients viljeyttringar.....	110
20.1	Livstestamente.....	110
20.2	Donationsvilja	110
21	Om standard i dokumentationen	112
21.1	Standardstrukturen hos den elektroniska patientjournalen.....	112
21.1.1	Visningsform.....	113
21.1.2	Strukturerad form	113
21.2	Utförande av ett CDA-dokument	114
21.3	Fältlängder i strukturerad dokumentation	115
21.4	Dokumentation av datum och andra tidsstämplar	115
Källor	117
BILAGA 1:	De viktigaste begreppen och uttrycken	119
BILAGA 2:	Faser i vårdprocesser och rubriker som ska användas i olika vyer	126
BILAGA 3:	Journal exempel	128

1 Handbokens bakgrund och syfte

I vården av varje patient dokumenteras behövliga och tillräckliga uppgifter om hälso- och sjukvården samt andra uppgifter som är nödvändiga för vården av patienten. I dokumentationen av patientdata kan man utnyttja riksomfattande överenskomna och enhetliga datastrukturer med vilka vi i den här handboken avser bland annat kodsystém, klassificeringar, terminologi och strukturer i den elektroniska patientjournalen, såsom rubriker och vyer.

1.1 Handbokens syfte och avgränsningar

Med hjälp av enhetliga datastrukturer underlättas dokumentationen då man effektivare får fram information och information som en gång dokumenterats kan utnyttjas på nytt efter behov. Den strukturerade formen hos uppgifterna minskar behovet av att manuellt kopiera information från ett system, ett dokument eller en visning till en annan, då det exempelvis räcker med enbart en länkning till informationen. Patientdatasystemet kan erbjuda användaren information också som utgångsvärde, såsom fasen i vårdprocessen. Dessutom är de enhetliga datastrukturer som definierats i patientdokumenten en förutsättning för att man ska kunna utnyttja de riksomfattande elektroniska informationssystemtjänsterna (Kanta). I struktureringen av data kan man skilja på olika grader av strukturering (figur 1) och dokumentationen kan utföras med den strukturering som bedöms vara tillräcklig för situationen.

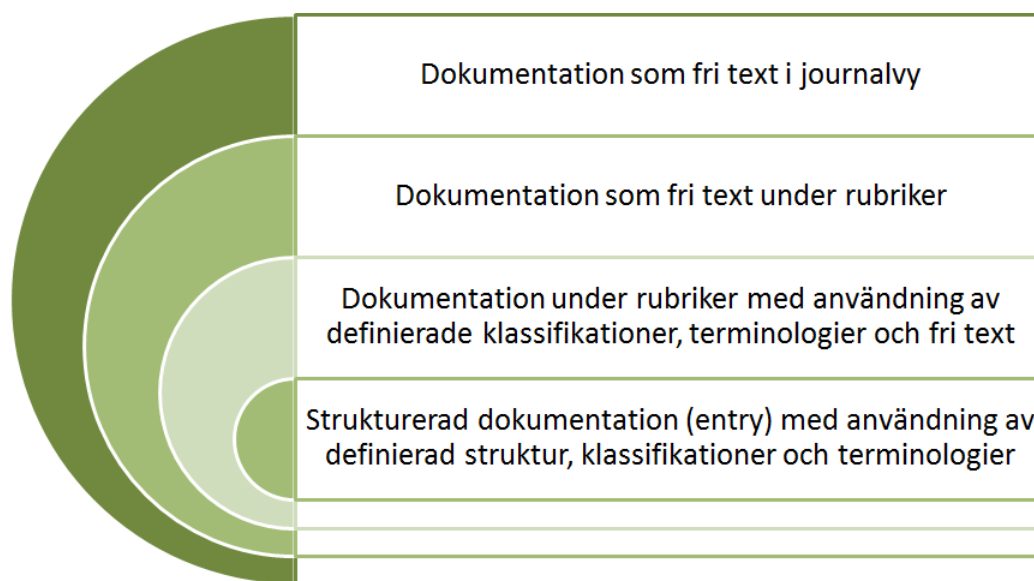


Bild 1. Grader av strukturering.

I denna handbok beskrivs en strukturerad dokumentation och i samband med den en form för överföring och lagring av data. Visningsformen för strukturerad dokumenterad information kan variera beroende på patientdatasystem. I handboken beskrivs dessutom ett vidareutnyttjande av den strukturerade informationen i vården av en patient; exempelvis när man gör sammandrag eller kontrollerar interaktion ifråga om medicineringsuppgifter och i beslutsstöd samt när man sammanställer olika slags problem- eller situationsspecifika visningar. Den strukturerade dokumentationen gör det möjligt att utnyttja principerna för engångsanvändning i framtiden, exempelvis när man tar fram riksomfattande statistik och registerinformation.

Sekundär användning av strukturerat dokumenterad information exempelvis för statistik- och registerföring behandlas inte i den här handboken. I handboken bedöms inte heller användbarheten hos strukturerade data som inte kan definieras på riksnivå, eftersom användbarheten är beroende av hur patientdatasystemen genomförs. Kraven på datasystemen finns beskrivna i de egna definitionerna.

1.2 Handbokens användning och uppbyggnad

Handboken för strukturerad dokumentation kompletterar för sin del dokumentationen och anvisningarna för användningen av patientdata. Handboken för strukturerad dokumentation ersätter handboken *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* (Standardiserat datainnehåll i en nationell elektronisk patientjournal, nedan Handboken om kärnuppgifter) som publicerades 2009. Första delen i den här handboken ersätter kapitlen 1–6 i publikationen från 2009 och den andra delen, som kommer att publiceras senare, de övriga kapitlen.

En elektronisk patientjournal omfattar utöver patientjournalinformation också uppgifter från flera andra system, såsom datasystem för bilddiagnostik, jour, prehospital akutsjukvård och intensivvård samt från digitala mätinstrument. Det är besvärligt att plocka fram väsentlig information som uppstår i dessa system utan anvisningar och definitioner. [I det nationella hälsoprojektet](#) finns det anvisningar för detta och exempelvis beträffande den prehospitala akutsjukvården kommer definitioner på noggrannare nivå att publiceras. Definitionerna omfattar informationsinnehållet i den prehospitala akutsjukvården och de klassificeringar som ska användas i den. I Handboken om journalhandlingar (SHM 2012) beskrivs dessutom de allmänna anvisningar som baserar sig på författningarna och som gäller framtagande, behandling och lagring av patientjournalinformation. Utöver de allmänna anvisningarna, i vilka också denna handbok ingår, ska också dokumentationspraxis för den strukturerade dokumentationen preciseras organisationsvis.

Handboken för strukturerad dokumentation är i första hand avsedd för de huvudanvändare av datasystemen och representanter för informationshanteringen inom hälso- och sjukvården som ansvarar för ibruktagningen av de elektroniska patientjournalerna, för utbildningen och för att journalinformationen ska kunna utnyttjas i vården av patienterna. Handboken kan användas både av studerande inom branschen och av personer som i sitt dagliga arbete lagrar och utnyttjar uppgifter i en elektronisk patientjournal. Handboken fungerar som ett hjälpmedel för planering även för systemleverantörer, som ansvarar för de ändringar i patientdatasystemen som bestämningarna förutsätter. Handboken kan dessutom utnyttjas av hälsovårdscentralernas och sjukvårdsdistriktens beslutsfattare, forskare samt läkare och andra yrkesutbildade som sköter förvaltningsuppgifter.

I den första delen av Handboken för strukturerad dokumentation har vi samlat de elektroniska patientjournalernas riksomfattande enhetligt överenskomna struktur, vyer, faser i vårdprocessen, rubriker samt informationsinnehållen för de mest centrala uppgifterna i patientdokumenten. Början av handboken beskriver den nytta dokumenteraren, organisationen och patienten har av att använda strukturerad information (kap. 2) samt lagstiftningen som styr den elektroniska dokumentationen (kap. 3) och förhållandet mellan Handboken för strukturerad dokumentation och de övriga handböcker, anvisningar och bestämningar som styr verksamheten inom hälso- och sjukvården (kap. 4). De gemensamma principerna för användning och utnyttjande av strukturerna beskrivs i kap. 5. I kap. 6 presenteras grundstrukturerna i den elektroniska patientjournalen: vyerna, rubrikerna och fasen i vårdprocessen. I kap. 7 och 8 beskrivs dokumentationen av basuppgifter och identifierande uppgifter om patienten, vårdgivaren och serviceenheten.

Efter de här kapitlen går handboken igenom dokumenteringen av patientdata temavis i kapitlen 9–18: orsak till att söka vård, orsak till vård och diagnos, riskuppgifter, faktorer som påverkar hälsan, undersökningar och mätningar, åtgärder, läkemedelsterapi, prevention inklusive vaccinationer, utlåtanden, sammandragsuppgifter samt hälso- och vårdplan. I kap. 19 beskrivs dokumentationen av patientblanketter som ingår i hanteringen av överlåtelse av patientdata och i kap. 20 dokumentationen av andra viljeyttringar av en patient. Kap. 21 består av tilläggsmaterial för en grundanvändare av patientdatasystemet eller för den som dokumenterar, som berättar om dokumentstandarden för den elektroniska patientjournalen och de principer som hänför sig till denna. Handboken innehåller dessutom tre bilagor där de viktigaste begreppen och uttrycken, exempel på rubriker och fas i vårdprocessen som används i olika vyer samt ett journal exempel beskrivs.

2 Struktureringens betydelse inom hälso- och sjukvården

Bra att veta

Struktureringen av en patientjournal har som syfte att underlätta dokumentationen och sökningen av patientdata samt uppföljningen av vården. Möjligheten att utnyttja information som dokumenterats som fri text är mer begränsad när man snabbt och exakt vill söka information eller när uppgifter kombineras på ett nytt sätt exempelvis i en annan visning eller i ett annat sammandrag. Den största nyttan av en strukturerad dokumentation har man genom att man inte behöver dokumentera en uppgift mer än en gång och på en plats. Efter det finns uppgiften tillgänglig på nytt.

En patient blir hjälpt av att den strukturerade formen förbättrar informationens kvalitet och främjar patientsäkerheten när de dokumenterade uppgifterna också kan användas i en annan organisation eller i ett annat patientdatasystem. Patienten kan i framtiden delta i vården genom att också själv ge eller ta fram information som kan utnyttjas i vården.

Den strukturerade dokumentationen gör det dessutom möjligt att stöda beslutsfattandet exempelvis i form av påminnelser om vårdanvisningar och anmälningar om fel och faror.

2.1 Nyttan av strukturerad dokumentation för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården

I en yrkesutbildad persons egen organisation inom hälso- och sjukvården eller patientdatasystem förväntas den strukturerade dokumentationen förbättra kvaliteten på patientuppgifterna när dokumentationen av dem blir mer enhetlig, och göra det lättare att hitta och utnyttja uppgifterna med hjälp av gemensamt överenskomna datastrukturer. Med hjälp av den elektroniska patientjournalen och de riksomfattande data-systemtjänsterna kan man dessutom utnyttja den uppdaterade informationen i olika enheter eller organisationer inom hälso- och sjukvården och i olika patientdatasystem. Med tanke på samverkan måste strukturerna i patientjournalerna och användningen av dem vara gemensamt överenskomna över hela landet, och de centrala patientdatastrukturerna får inte avvika från varandra i olika organisationer. Då kan man använda och utnyttja patientjournalinformation i olika enheter och organisationer inom hälso- och sjukvården oberoende av vem som har producerat den.

Möjligheten att utnyttja uppgifterna har tidigare försvårats av exempelvis flera patientdatasystem och olika versioner av samma patientdatasystem, när flera olika datamodeller har använts i uppbyggnaden och utvecklingen av dem. Olikheter i datamodellerna och -strukturerna har försvårat sam användningen av uppgifter. När graden av strukturering har varit lägre och patientdata i huvudsak har dokumenterats som fri text har möjligheterna att sam använda och vidare använda uppgifterna varit mindre.

2.2 Nyttan för organisationsledningen och för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården

Den strukturerade patientinformationen kan också utnyttjas i organisationer i andra syften än för vård och behandling av en patients sjukdom eller hälsa. På organisationsnivå gör den strukturerade dokumentationen det möjligt att bättre utvärdera de genomförda tjänsterna samt styra och följa upp organisationens verksamhet när man kan automatisera rapporteringen. Samtidigt underlättas den lagbaserade tillsynen och uppföljningen på riks nivå.

När man dokumenterar enhetligt är kvaliteten på informationen bättre när man behöver den på nytt. Den dokumenterade informationen kan utnyttjas i mer omfattande skala än i det dagliga patientarbetet, oberoende av om det gäller elektroniska ordinationer, remisser, feedback på vård eller lagstadgade registeranmälningar. Användningen av strukturerade data gör det också möjligt att bifoga den elektroniska patientjournalen ett stöd för beslutsfattandet som exempelvis erbjuder vårdanvisningar och varnar för eventuella

felaktiga eller farliga situationer. Strukturerade data gör det lättare att utnyttja informationen bland annat i klinisk forskning, i olika slags beslutsfattande, i kvalitetsbedömning och i uppföljning av kostnader.

2.3 Nyttan av strukturerad dokumentation för en patient

Den strukturerade formen i en elektronisk patientjournal förbättrar kvaliteten i vården av patienten när dokumentationen samtidigt styr vårdaren att iaktta vårdprocessen eller vårdrekommendationerna, och när patientuppgifterna har högre kvalitet, är bättre tillgängliga och hittas lättare än förut. Exempelvis det att vårdrekommendationerna iakttas bättre kan dirigera patienten till rätt vård i ett tidigare skede och därigenom förkorta vårdtiden. Tillgången till aktuell information oberoende av den vårdande organisationen ökar också patientsäkerheten. Överföringen av patientdata i elektronisk form förbättrar också patientens rättskydd, eftersom användningen av uppgifterna kan följas upp noggrannare än i pappersjournalen och den gemensamma begreppsapparaten minskar eventuella oklarheter i tolkningen.

Uppgifterna i en elektronisk patientjournal kan också tas fram så att patienten kan titta på dem i de riksomfattande datasystemtjänsterna (Mina Kanta-sidor) och patienten kan försäkra sig om den ackumulerande informationens riktighet. Utvecklingstrenden i framtiden är att en patient själv kan ta fram sina hälsouppgifter exempelvis före ett vårdbesök. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården godkänner då alltid i patientjournalen de uppgifter som patienten har tagit fram och som ligger till grund för vårdbeslutet. I framtiden kan patientens deltagande i framtagandet av uppgifter med hjälp av den elektroniska ärendehanteringens både ge patienten kraft eller bättre förbinda honom eller henne till vården och förbättra flexibiliteten i vårdprocessen ur patientens synvinkel samt indirekt öka produktiviteten i hälso- och sjukvården.

2.4 Patientcentrerad dokumentationsmodell

Användningen av och möjligheten att utnyttja patientdata kan främjas genom att man samlar de viktigaste vårduppgifterna, såsom diagnoser, medicinering, riskuppgifter, undersökningar, åtgärder samt hälso- och vårdplan i egna dokument. De här dokumenten bör sedda från utgångspunkterna för patientsäkerheten alltid vara i användning hos alla personer inom hälso- och sjukvården i uppdaterad form (SHM 2012). Funktionsmodellen i Patientdataarkivet verkställer det här bland annat i form av Informationshanteringstjänsten för yrkesutbildade, som erbjuder sammandrag av de viktigaste patientuppgifterna.

Patientdokument som har uppkommit i vård hos en annan tjänsteleverantör eller hos olika registerförare kan utnyttjas i organisationens verksamhet med ett giltigt samtycke av patienten. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kontrollerar i de riksomfattande elektroniska tjänsterna de senaste uppgifterna om patienten och kompletterar dem vid behov med uppgifter som uppkommit i den egna organisationen. Den uppdaterade informationen lagras utom i den egna organisationens patientdokument också i Patientdataarkivet i den egna organisationens register. På så vis strävar man efter en situation där de centrala uppgifterna om patientens vård används patientcentrerat i stället för organisationscentrerat som förut.

3 Ramar som sätts av lagstiftningen

Bra att veta

I Finland har vi med lagstiftning bestämt hur patientjournalanteckningar ska göras, hur dokumenten ska förvaras och vem som har rätt att läsa dem. Förut förvarades patientjournalerna på respektive sjukhus, men 2010 möjliggjorde hälso- och sjukvårdslagen ett gemensamt patientdataregister som omfattar ett sjukvårdsdistrikt.

Det riksomfattande patientdataarkivet (Kanta) togs i bruk 2013. Tjänsteleverantörerna inom den offentliga hälso- och sjukvården är skyldiga att ansluta sig som användare av det senast i september 2014 och de privata tjänsteleverantörerna senast i september 2015. Endast en sådan tjänsteleverantör som inte har något elektroniskt patientjournalssystem kan avstå från att ansluta sig. Det informationsinnehåll som ska lagras i det riksomfattande arkivet ökar med bestämmelserna i förordningen om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården.

Patienterna har möjlighet att titta på sina egna uppgifter i det riksomfattande arkivet. Patienterna kan med hjälp av Mina Kanta-sidorna kontrollera vilka uppgifter som förmedlas till andra tjänsteleverantörer via det riksomfattande arkivet. Dessutom kan patienterna via Mina Kanta-sidorna göra en viljeförklaring eller ett livstestamente som gäller organdonation.

3.1 Anteckningar i patientdokument

Enligt *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* (559/1994) ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården upprätta och förvara patientdokument och hemlighålla uppgifterna i dem enligt vad som bestäms i *lagen om patientens ställning och rättigheter* (785/1992). I *social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar* (298/2009, nedan patientdokumentförordningen) finns bestämmelser om de basuppgifter som ska dokumenteras i en patientjournal och om de anteckningar som ska göras om vården. Patientdokumentförordningen ställer krav på innehållet i patientdokumenten. I patientdokumenten ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en annan person som deltar i vården enligt dennas instruktioner anteckna tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för att trygga uppföljningen av ordnandet, planeringen och genomförandet av vården av en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga och när de görs ska man använda allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar.

Varje enhet inom hälso- och sjukvården och varje självständigt yrkesutövande yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården ska för varje patient föra en kontinuerligt utformad patientjournal som framskrider kronologiskt. Patientjournalen ska innehålla basuppgifter om patienten, exempelvis namn, födelse datum, personbeteckning, hemkommun och kontaktuppgifter, och i den ska anteckningar om varje servicehändelse som gäller patienten göras. Av den här informationen ska orsaken till att söka vård, anamnesen, det nuvarande tillståndet, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser, planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomens förlopp och slututvärdering framgå. Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat en handbok som baserar sig på patientdokumentförordningen (SHM 2012). I den beskrivs upprättandet av patientdokument och övrig behandling av patientuppgifter närmare.

3.2 Integritet och behandling av patientuppgifter

Behandlingen av patientuppgifter baserar sig på *personuppgiftslagen* (523/1999). Syftet med den är att genomföra de grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skyddet för privatlivet och övriga grundläggande fri- och rättigheter som tryggar skyddet för den personliga integriteten samt att främja utvecklandet och iakttagandet av god informationshantering när personuppgifter behandlas. Lagen tillämpas på automatisk behandling av personuppgifter. Dessutom preciseras användningen och registerföringen av patientupp-

gifter i *lagen om patientens ställning och rättigheter* (785/1992), *lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården* (812/2000), *lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården* (159/2007) och *lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet* (621/1999).

Patientdokumenten bildar ett logiskt personregister enligt personuppgiftslagen. Till samma personregister hör alla de uppgifter som gäller en patient och som är i registerförarens besittning och som används för samma ändamål oberoende av hur, när och var de har lagrats. Registerförare är en hälso- eller sjukvårdsenhet eller en självständigt yrkesutövande yrkesutbildad person inom hälso- eller sjukvården. (SHM 2012) Användning av patient- eller klientinformation kräver alltid ett klient- eller patientförhållande och ett sammanhang.

Personuppgiftslagen kräver att personregistrets användningsändamål definieras så att det framgår för vilka av den registeransvariges funktioner personuppgifter behandlas, varifrån personuppgifter i regel samlas in och vart personuppgifter i regel lämnas ut. Likaså definieras och beskrivs alla övriga behandlingsfaser och olika faser i processen för att datasystemen och deras strukturer ska kunna planeras och genomföras behörigt för alla behandlingsfasers del med avseende på de funktionella, tekniska och rättsliga kraven.

Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007, nedan klientuppgiftslagen) trädde i kraft i juli 2007 och ändrades 2014 (250/2014). Lagen innehåller bestämmelser om allmänna krav på den elektroniska behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården, bland annat beträffande patientens information, samtycke och förbud, som reglerar användningen av patientuppgifter. Syftet med den är att trygga de här uppgifternas användbarhet, enhetlighet och bevarande samt klientens integritetsskydd. Med hjälp av de allmänna krav som ställs på behandlingen av klientuppgifter skapas en grund för korrekt elektronisk databehandling, där en enhetlig nivå på datasäkerheten förutsätts i alla stadier av behandlingen av en klients uppgifter.

3.3 Riksomfattande elektroniska tjänster

Enligt klientuppgiftslagen har riksomfattande datasystemtjänster för arkivering av patientuppgifter och för hantering av utlämnande av uppgifter inrättats för att bevara och lämna ut patientuppgifter inom hälso- och sjukvården. Tidtabellen för ibruktagandet av de elektroniska tjänsterna beskrivs i förordningen om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården. Centrala aktörer i genomförandet av de riksomfattande datasystemtjänsterna är SHM, THL Befolkningsregistercentralen och Valvira. Deras viktigaste ansvarsområden är:

- I anslutning till **social- och hälsovårdsministeriet** (SHM) finns en delegation för elektronisk informationsadministration inom social- och hälsovården. Delegationen har som mål att främja realiseringen och utvecklingen av de riksomfattande informationssystemtjänsterna inom social- och hälsovården samt att främja förenhetligandet och utvecklandet av serviceanvändarnas informationssystem. (SRF 683/2007).
- **Folkpensionsanstalten** (FPA) sköter datasystemtjänster med vilkas hjälp patientdata kan förvaras, användas och överlätas elektroniskt på enahanda grunder och med datasäkerhet. FPA sköter för hälso- och sjukvårdstjänstleverantörernas räkning Patientdataarkivet, Informationshanteringstjänsten, Mina Kanta-sidorna och Receptcentralen. FPA ansvarar också för förvaringen av utlämningsloggregistren som en del av det tekniska underhållet av arkiveringstjänsten och Kodtjänsten.
- **Institutet för hälsa och välfärd** (THL) ska definiera de datainnehåll och -strukturer som realiseringen av de riksomfattande informationssystemtjänsterna kräver. THL ansvarar för innehållet i Kodtjänsten. Dessutom ansvarar THL för planeringen, styrningen och uppföljningen av den elektroniska behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården, informationsförvaltningen i anslutning till den samt av användningen och realiseringen av de riksomfattande informationssystemtjänster och de gemensamma dataarkiv som hänför sig till respektive förvaltningsområde.
- **Befolkningsregistercentralen** (BRC) är certifikatutfärdare enligt lagen om stark autentisering och elektroniska signaturer för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och annan personal inom hälso- och sjukvården, för tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster samt för organisationer som deltar i tillhandahållandet av dessa tjänster, deras personal och datatekniska enheter.

- **Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården** (Valvira) upprätthåller en roll- och attributdatatjänst och kodsysteem i samband med tjänsterna.

3.4 Regionalt och riksomfattande arkiv

Hälso- och sjukvårdslagens (1326/2010) syfte är att möjliggöra att den personal som vårdar en patient i samband med vårdförhållandet har tillgång till så aktuella och omfattande uppgifter som möjligt om patientens hälsotillstånd och de undersökningar som har gjorts. I 9 § i lagen finns bestämmelser om ett **gemensamt register över patientuppgifter** för den kommunala hälso- och sjukvården inom ett sjukvårdsdistrikt. Användningen av uppgifterna i det gemensamma patientregistret och hanteringen av utlämnandet av uppgifter kan realiseras med hjälp av de riksomfattande elektroniska tjänsterna. Användningen av uppgifterna förutsätter att patienten informeras om det gemensamma registret, men kräver inte något separat samtycke. Patienten kan begränsa ett utlämnande av sina uppgifter med förbud i det nuvarande samregisterutförandet.

Lagen om ordnande av social- och hälsovården gick inte igenom under författandet av den här handboken. Lagen kommer att orsaka behov av förändring inte bara i ordnandet av social- och hälsovårdstjänster utan också direkt exempelvis i lagen om hälso- och sjukvård när det gäller den nuvarande beskrivningen av det gemensamma registret. Överföringen av rättigheter och skyldigheter i lagen om ordnande preciseras i en separat ikraftträdandelag.

I *lagen om försök med obrutna servicekedjor inom social- och hälsovården (811/2000)* finns bestämmelser om ett regionalt försök med obrutna servicekedjor och bland annat om en **referensdatabas**, med vilken man kan se i vilket elektroniskt register uppgifter om klienten finns, samt om klientens samtycke till användning av referensdata. Försökslagen gäller till den 31 augusti 2015 för att man ska kunna fortsätta de regionala datasystemförsök som utförts med stöd av lagen ända tills de riksomfattande datasystemtjänsterna tas i bruk.

Leverantörerna av hälso- och sjukvårdstjänster inom den offentliga sektorn är skyldiga att ansluta sig som användare av de riksomfattande datasystemtjänsterna. **Patientdataarkivet** ska vara i bruk inom den offentliga hälso- och sjukvården senast den 1 september 2014. Leverantörer av privata hälso- och sjukvårdstjänster ska ansluta sig som användare av dessa datasystemtjänster om förvaringen av deras patientdokument genomförs elektroniskt. Deadline för de privata hälso- och sjukvårdsenheternas anslutning är den 1 september 2015.

De riksomfattande elektroniska hälso- och sjukvårdstjänsterna baserar sig på en centraliserad tjänst för förvaring och förmedling av patientdata och på en skyldighet enligt lagen att ansluta sig. Patientdataarkivet är ett lager för patientdata i aktiv användning som samtidigt fungerar som ett centraliserat långtidsarkiv för patientdata. Man ska kunna titta på och utnyttja dokument och uppgifter som fås från arkivet på samma sätt som en användare använder uppgifter i sitt eget patientdatasystem. Patientdataarkivet tas stegvis i bruk. *Förordningen om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården (165/2012)* fastställer vilka informationsinnehåll man ska börja lagra i arkivet i olika faser.

3.5 Elektroniska recept

De elektroniska recepten och deras användning styrs och preciseras av en egen lagstiftning. Elektroniska recept används på basis av *lagen om elektroniska recept (61/2007)* och i den form de beskrivs i lagen 251/2014. Recept på papper eller per telefon kan i fortsättningen bara göras av exceptionella orsaker, såsom ett driftavbrott i det elektroniska systemet.

En patient har till den 1 januari 2017 rätt att vägra ta emot ett elektroniskt recept genom att i samband med att receptet skrivs muntligt anmäla om det till den som ordinerar medicinen. Från och med den 1 november 2015 kan en patient inte förbjuda att narkotika- och HCI-läkemedelsrecept skrivs ut elektroniskt.

3.6 Mina Kanta-sidorna och Informationshanteringstjänsten

En patients informationsåtkomst underlättas med hjälp av åtkomsten till uppgifterna via Mina Kanta-sidorna. Patienten kan via åtkomsten till uppgifterna titta på sina viktigaste patientuppgifter, såsom förordningen om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården beskriver, och de utlämningslogguppgifter som hör till användningen av dem, ge sitt samtycke till användning av sina patientupp-

gifter och göra förbud som begränsar användningen av uppgifterna exempelvis på basis av en servicehändelse. Dessutom kan patienten via åtkomsten till uppgifterna göra en viljeförklaring eller ett livstestamente som gäller organdonation. Den vårdinformation som visas i Mina Kanta-sidorna utvidgas stegvis, och i den första fasen kan en person i Mina Kanta-sidorna exempelvis titta på sina laboratorieresultat och diagnoser.

Som en del av den riksomfattande arkiveringstjänsten upprätthålls dessutom Informationshanteringstjänsten, som är avsedd för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (Virkkunen et al, 2014). Informationshanteringstjänsten fungerar så att de centrala uppgifterna som behövs i vården returneras som färdigt sammanställda sammandrag och som dokument som ska underhållas för vårdplanens del från Patientdataarkivet till en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. De returnerade uppgifterna visas för den yrkesutbildade personen i en patientsammandragsvy i enlighet med utformningen av det egna patientdatasystemet.

Informationshanteringstjänsten innehåller dessutom en anteckning om delgivning av information som gäller utlämnande av patientdata, samtycke av patienten och förbud som eventuellt begränsar användningen av patientdata. Informationshanteringstjänsten innehåller också andra viljeförklaringar som har betydelse för vården.

4 Förhållandet mellan Handboken för strukturerad dokumentation och övriga handböcker och anvisningar

Bra att veta

Det finns anvisningar och handledning ur olika synvinklar i flera handböcker och andra publikationer för den strukturerade dokumentationen och omständigheter i samband med den. I Handboken för strukturerad dokumentation upprepas inte innehållet i övriga riktgivande publikationer, utan de viktigaste handböckerna och publikationerna har listats i det här kapitlet, ifall du vill fördjupa dig närmare i saken.

Det primära syftet med Handboken för strukturerad dokumentation är att stöda och instruera de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som verkar inom social- och hälsovården att dokumentera patientdata och göra vårdmässiga anteckningar på ett så enhetligt sätt som möjligt i varje patientjournal. Faktorerna i samband med dokumentationen finns dessutom beskrivna i andra handböcker och anvisningar, som beskrivs i det här kapitlet (figur 2).

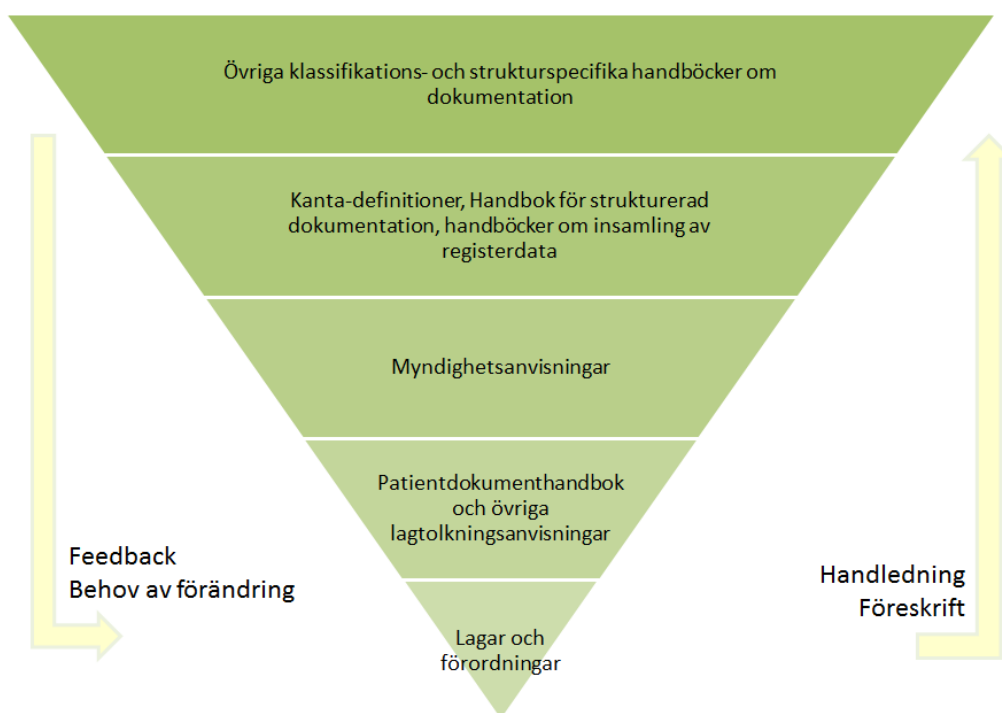


Bild 2. Förhållandet mellan Handboken för strukturerad dokumentation och övriga handböcker, anvisningar och definitioner

4.1 Handböcker om anteckningar i patientdokument och om klassifikationer

Anteckningarna i patientjournalerna styrs i princip av de lagar och förordningar som beskrivs i kap. 3 samt av de anvisningar och handböcker som skrivits om tillämpningen av dessa, såsom *Handboken om journalhandlingar (Upprättande och hantering av journalhandlingar, SHM 2014)*. Jämfört med Handboken om journalhandlingar preciseras i Handboken för strukturerad dokumentation anvisningarna som fokuserar på

en lagtolkning ur användarens synvinkel, på en nivå där patientjournalanteckningarna dokumenteras och enligt gällande definitioner på informationsinnehåll.

Dokumenteringen preciseras i flera struktur- och klassificeringsspecifika handböcker (se tabell 1). Exempelvis omfattar anvisningarna för den strukturerade hälso- och vårdplanen en presentation av planens struktur och principerna för dokumentationen (Komulainen et al, 2011).

Tabell 1. Handböcker för dokumentation och andra styrande publikationer.

Anvisningarnas nivå	Publikation
Anvisning för tillämpning av lagen	Handbok om journalhandlingar , 2014 SHM Turvallisen lääkehoidon opas , 2006 STM ¹ (Handboken Säker läkemedelsbehandling, 2007, SHM)
Bruksanvisning för den elektroniska strukturen	Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma , 2011 THL (Strukturerad hälso- och vårdplan)
Klassifikationsvisa publikationer	Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja , 2012 THL (Finländsk handbok för registrering av sjukdomar) Tautiluokitus ICD-10 Klassifikation av sjukdomar , 2011 THL ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus , 2010 Kommunförbundet (ICPC Internationell klassifikation inom primärvården) THL Toimenpideluokitus – THL-Åtgärdsklassifikation , 2013 THL Psykiatrian luokituskäsikirja – Psykiatrisk klassifikation av sjukdomar , 2012 THL Psykologityön palvelutoimintojen luokitusopas , 2008 THL (Klassifikation av servicefunktionerna i psykologarbete) Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus – Klassifikation av åtgärder i mun och käkar , 2014 THL Laboratoriotutkimusnimikkeistö – Nomenklatur för laboratorieundersökningar , 2014 Kommunförbundet Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas , 2012 THL (Manual för klassificeringshelheten FinCC) Apuvälinepalvelunimikkeistö - opas terveydenhuoltoon (Nomenklatur för hjälpmedelstjänster – handbok för hälso- och sjukvården) Kuntoutusohjausnimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön (Nomenklatur för rehabiliteringshandledning – handbok för innehåll och användning) Ravitsemusterapianimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön (Nomenklatur för näringsterapi – handbok för innehåll och användning) Jalkaterapianimikkeistö (Nomenklatur för fotterapi) Fysioterapianimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön (Nomenklatur för fysioterapi – handbok för innehåll och användning) Terveyssozialityön nimikkeistö , 2007 Kommunförbundet och Terveyssozialityöntekijät ry (Nomenklatur för socialarbete inom hälsovården) Toimintaterapianimikkeistö , 2003 Kommunförbundet och Finlands Ergoterapeutförbundet rf (Nomenklatur för ergoterapi) Musiikkiterapianimikkeistö , 2009 Suomen musiikkiterapiayhdistys och Kommunförbundet (Nomenklatur för musikterapi) Puheterapianimikkeistö , 2010 (Nomenklatur för talterapi)

¹ THL uppdaterar handboken för säker läkemedelsbehandling under 2015.

4.2 Anvisningar för centraliserad datainsamling

I handböcker om insamling av registeruppgifter, det vill säga vårdanmälningsuppgifter (Mölläri och Saukkonen 2014, Hilmo 2014), betonas behoven av statistikuppföljning och statistikmyndighetens syn i den patientvisa datainsamlingen, och i regel tar man inte ställning till dokumentationen av uppgifter eller till anteckningar som ska göras i patientjournalen. Handböckerna uppdateras regelbundet:

- AvoHILMO - Anmälan om öppen primärvård 2015. Definitioner och anvisningar (Mölläri och Saukkonen 2014)
- HILMO Vårdanmälan för socialvården samt hälso- och sjukvården - Definitioner och anvisningar. Gäller från den 1 januari 2015 (Hilmo 2014)
- Uppföljning av tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården (Häkkinen, 2013).

4.3 Myndighetshandböcker

Myndigheternas handböcker och tillämpningsanvisningar preciserar behandlingen av patientdata ur begränsade synvinklar. Anvisningarna för myndigheternas agerande preciserar tillsynen och anmälningskyldigheten inom hälso- och sjukvården. Exempel på sådana anvisningar är:

- [Handbok om patientsäkerhet](#), THL
- [Anmälan om läkemedelsbiverkningar](#), Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet
- Erityissuojattavien tietojen kirjaamisen ohje (Anvisning för dokumentation av särskilt känsliga uppgifter), Dataombudsmannens byrå
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontasuunnitelmat (Tillsynsplaner inom social- och hälsovården), Valvira
- [Tietoturvallisuussuunnitelman laatiminen, Opas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille](#), SHM (Avfattande av en datasäkerhetsplan, Handbok för verksamhetsenheter inom social- och hälsovården)
- [Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi](#), Valvira (Rapportering av negativa händelser inom hälso- och sjukvården)
- [Rapporteringsystem för negativa händelser i social- och hälsovård](#), HaiPro
- Ensihoitoon liittyvät ohjeet ja kenttäjärjestelmä (Anvisningar och fältsystem för prehospital akutsjukvård), KEJO

4.4 Övriga handböcker för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

Andra handböcker om dokumentation är exempelvis rekommendationer för dokumentation som fackföreningar och -förbund, såsom TEHY, Finlands fysioterapeuter, Ergoterapeutförbundet och läkarförbundet har gett ut. Dessutom publiceras olika slags handböcker i substanskunskande för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, såsom Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa (Hälsoundersökningar på rådgivningen och i skolhälsovården, Mäki et al, 2011). Handböcker om användning av system som tillämpar grundläggande klassificeringar är bland annat anvisningarna om NordDRG- och pDRG-dokumentationspraxis (se t.ex. FCG 2012). Praxis inom företagshälsovården avviker från de övriga specialiteterna inom hälso- och sjukvården, och för företagshälsovården finns det egna anvisningar.

4.5 Riksomfattande definitioner för Patientdataarkivet

Patientdataarkivet är en del av de riksomfattande elektroniska datasystemtjänsterna eller Kanta-tjänsterna. Patientdataarkivet innehåller bland annat en tjänst för arkivering av patientdokument, Informationshanteringstjänsten för yrkespersoner och Omakanta för allmänheten. För tillhandahållande av tjänsterna har gemensamma riksomfattande strukturer för dokumentation definierats.

De styrande publikationerna och bestämningarna i Kanta-tjänsterna preciserar det i lag beskrivna måltillståndet för och genomförandet av de riksomfattande elektroniska tjänsterna och fastställer detaljerna i utförandet av Kanta-tjänsterna. De innehåller också bland annat fallbeskrivningar av användningen av patientdatasystemet. I jämförelse med de tekniskt betonade Kanta-publikationerna beaktar Handboken för strukturerad dokumentation i högre grad användarens eller åtminstone huvudanvändarens synvinkel i användningen av patientjournalstrukturerna.

Alla de senaste versionerna av Kanta-publikationerna finns tillgängliga i elektronisk form på Kanta-sidorna. De fördelar sig på allmänna bestämningar, definitioner av elektroniska recept, beskrivningar av Kanta-arkitekturlösningar och bestämningar enligt HL7-standarden (se tabell 2).

Tabell 2. Publikationer av Kanta-definitioner.

Definitionens mål	Publikationer
Beskrivning av Kanta-principerna	<p>Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset (Fall av användning av patientdatasystem)</p> <p>Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely (Principer för och funktionell specifikation av informationshanteringstjänsten)</p> <p>Sairaanhoidopiirin yhteisen potilasrekisterin ja Kanta-suostumuksenhallinnan toiminnallinen määrittely (Funktionella definitioner av ett sjukvårdsdistrikts gemensamma patientregister och av samtyckeshantering i Kanta)</p> <p>Kanta-määrittelyiden ydindokumentti (Kärndokument för Kanta-definitioner)</p> <p>Potilashallinnon varmistuksen lomakkeet (Blanketter för verifiering i patienthanteringssystemet)</p> <p>Perustietosisällön mukaiset asiakirjojen kuvailutiedot (Uppgifter om beskrivning av dokument enligt det grundläggande informationsinnehållet)</p> <p>Erillisjärjestelmien liittäminen Kantaan -määrittely (Definitionen Anslutning av separata system till Kanta)</p> <p>Sähköisen lääkärintodistuksen välittämisen määrittely (Bestämning av förmedling av elektroniska läkarintyg)</p> <p>eArkiston kuvailutietojen yhteenvedo (Sammandrag av uppgifter som beskriver eArkivet)</p> <p>Felkoder i eArkivet</p>
Kanta-arkitekturen	<p>Tietojärjestelmäarkkitehtuurin määrittysten julkaisupaketti (Publikationspaket av bestämningar i datasystemarkitekturen)</p> <p>Koodistopalvelun rajapinnat ja liittymisohje -opas (Handboken Gränssnitt i kodtjänsten och anslutningsanvisning)</p> <p>Sähköisen allekirjoituksen määrittely (Bestämning av elektroniska signaturer)</p> <p>XML-allekirjoitusten soveltamisopas (Handbok om tillämpning av XML-signaturer)</p> <p>Osapuolietiedot Kanta-sanomaliikenteessä – määrittely (Bestämningen Uppgifter om parterna i Kanta-meddelandetraffiken)</p>
Elektroniska recept	<p>Sähköisen reseptin yleiskuvaus (Allmän beskrivning av ett elektroniskt recept)</p> <p>Käyttötapaukset potilastietojärjestelmäpäähän (Beskrivningar av användningsfall till patientdatasystemet)</p> <p>Käyttötapaukset apteekkijärjestelmiin (Beskrivningar av användningsfall till apotekssystemen)</p> <p>Tietosisältöjen, käyttäjien jne määrittelyä (Bestämningar av informationsinnehåll, användare osv.)</p> <p>Rajapintakuvaukset (Beskrivningar av gränssnitten)</p>
Bestämningar enligt HL7-standarden	<p>Terveys- ja hoitosuunnitelman tekninen CDA R2 -määrittely (Teknisk CDA R2-bestämning av hälso- och vårdplanen)</p> <p>eArkiston Medical Records -määrittely (Medical Records-bestämning i eArkivet)</p> <p>eArkiston CDA R2 Headerin tietojen käyttö Suomessa (Användning av CDA R2 Header-</p>

	<p>uppgifter i eArkivet i Finland)</p> <p>eArkiston kertomustietojen siirron ja säilytyksen CDA R2-muodon ja rakenteen sekä kertomuksen lomakkeet (Blanketter för CDA R2-formen och strukturen i överföring och förvaring av journaluppgifter i eArkivet och för journalen)</p> <p>Rokotustietojen CDA R2 -rakennemäärittely (Bestämning av CDA R2-strukturen i vaccinationsuppgifter)</p> <p>Laboratoriovastaukset: Kliinisen kemian ja mikrobiologian määräyksien/tilauksien ja tutkimustuloksien CDA R2- rakenne (Laboratoriesvar: CDA R2-struktur i ordinationer/beställningar av klinisk kemi och mikrobiologi samt i undersökningsresultat)</p> <p>Kanta kuvantamisen CDA R2 asiakirjarakenteet (CDA R2-dokumentstruktur i bilddiagnostik i Kanta)</p> <p>Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne (CDA R2-struktur i anteckningar om medicinering)</p> <p>Lähetteen ja hoitopalautteen CDA R2-rakenne (CDA R2-struktur i remiss och vårdfeedback)</p> <p>Sähköisen lääkemääräyksen CDA R2-rakenne (CDA R2-struktur i ett elektroniskt recept) samt ett antal övriga tekniska bestämmingar, standarder och anvisningar</p>
--	--

5 Principer för användning och utnyttjande av strukturer

Bra att veta

I de elektroniska patientdatasystemen dokumenteras med fri text dessutom kompletterande eller ersättande strukturerade patientdata, vilkas journalstrukturer är riksomfattande enhetligt definierade uppgifter. Till de uppgifter som är viktigast för patientens vård och som ska dokumenteras med hjälp av kodsystem eller klassificeringar hör bland annat diagnoser, åtgärder, medicinerings- och riskuppgifter samt de viktigaste fysiologiska mätningarna som beskriver patientens tillstånd, såsom blodtryck, vikt och längd. Godkända innehåll som definierats enhetligt, såsom blankettstrukturer, kodsystém, klassifikationer och terminologi underhålls på THL:s Kodserver, där de kan laddas ned i patientdatasystemen. De enhetliga kodsystémerna baserar sig på nationella och internationella definitioner och standarder, som har valts ut för användning i de finländska patientdatasystemen.

I den elektroniska patientjournalen lagras uttömmande de väsentliga uppgifterna med avseende på genomförandet och uppföljningen av vården. Uppgifterna kan dokumenteras i strukturerad form med hjälp av riksomfattande datastrukturer, kodsystém och klassificeringar som har definierats för ändamålet. Dessutom är det möjligt att komplettera den strukturerade dokumentationen med fri text.

5.1 Allmänna principer

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar patientdata strukturerat och/eller som fri text (narrativ). Den som dokumenterar kan alltid exempelvis komplettera de strukturerade uppgifterna med fri text. Då består dokumentationen av strukturerade data och fri text, liksom i dokumentationen av faktorer som påverkar hälsan (se kap. 12). Informationsinnehållet i vyn kan också enbart bestå av dokumentation i strukturerade fält, vilket kan vara fallet exempelvis i dokumentation av läkemedelsterapi.

Vid dokumentation av strukturerade data har man den fördelen att uppgifterna ofta kan utnyttjas direkt i olika vyer och kan plockas exempelvis till ett sammandrag. Utnyttjande av fri text i en annan vy innebär att texten kopieras manuellt eller att samma sak dokumenteras på nytt i en ny vy. Dokumentationen mellan journaltext och separata delar har underlättats eller lösts på olika sätt i olika patientdatasystem.

Rubrikerna i en patientjournal strukturerar patientjournalen också när dokumentationen består av fri text. När man dokumenterar med hjälp av definierade strukturer iakttar patientjournalanteckningarna en innehållsdisposition på en noggrannare nivå. Exempelvis innebär strukturerad dokumentation av en diagnos att man i patientjournalen klart urskiljer diagnosuppgiften och diagnosen kan dokumenteras med hjälp av den definierade klassifikationen, som i exempelfallet är ICD-10 eller ICPC-2. Den som dokumenterar kan plocka en lämplig kod från den lista kodsystémerna erbjuder, och systémet tar fram ett namn på diagnosen enligt den valda koden. En strukturerat dokumenterad diagnosuppgift i patientdatasystémet eller i Kantjänsterna kan identifieras och plockas automatiskt eftersom ett bestämt fält och en identifierare för vederbörande fält har definierats för dokumentation av diagnoskoden i den elektroniska patientjournalen.

Användaren kan precisera en dokumentation som gjorts med hjälp av kodsystémet. I diagnosstrukturen ingår exempelvis tilläggsbestämningar eller attribut som beskriver säkerhetsgraden och beständigheten. Med hjälp av det sammanhang som rubrikerna och säkerhetsgraden anger kan man avgöra betydelsen av respektive diagnos i patientjournalen. Det är viktigt att varaktiga och säkra diagnoser dokumenteras strukturerat i patientjournalen. När en diagnos dokumenteras strukturerat eller man har valt en diagnoskod i patientdatasystémet kan man utifrån diagnoskoden söka de vårdrekommendationer som gäller för diagnosen till stöd för beslutsfattandet, föreslå undersöknings- eller vårdåtgärder och kontrollera eventuella kontraindikationer i samband med medicinerings. Av beskrivningarna i vårdrekommendationerna kan

man å sin sida avgöra och visa användaren exempelvis när en vårdrekommendation har uppdaterats. En strukturerat dokumenterad diagnosuppgift kan utnyttjas också i andra delar av vårddokumentationen, såsom i intyg och utlåtanden.

5.2 Användning av klassifikationer, terminologier och kodsystem

Ibruktagnig och utnyttjande av klassifikationer, terminologier och kodsystem förutsätter att det går lätt och smidigt att dokumentera med hjälp av dem. Kodsystemen måste finnas enhetligt tillgängliga i alla visningar där det finns behov av att utnyttja dem i dokumentationen. Ett utvecklat patientdatasystem stöder olika sätt att använda kodsystemen och klassifikationer för dokumentation. Funktioner som stöder användningen av klassifikationer, terminologier och kodsystemen kan exempelvis vara:

1. Dokumentation av en klassifikation, terminologi eller kodsysteme är möjlig genom att man ger en direkt kod eller term. Användaren trycker på en snabbknapp och patientdatasystemet tar fram en noggrannare förklaring (betydelse) för koden eller termen eller kompletterar exempelvis namnet enligt koden i visningen.
2. Man kan bläddra i en klassifikation, terminologi eller kodsysteme. Exempelvis när en användare måste leta efter en viss klass i klassifikationsstrukturen kan klassifikationen visas som en hierarkisk trädstruktur i vilken användaren kan öppna och stänga underklasser.
3. Textsökningen kan vara stödd i den direkta inmatningen av koden eller i bläddringsmodellen, och då söker patientdatasystemet utifrån klassernas namn och beskrivning de klasser som motsvarar sökordet.
4. Synonymsökning (stöd för yrkesjargong), när exempelvis de allmänt använda ord inom en yrkesgrupp som motsvarar klasser i den använda klassifikationen stöds i textsökningarna.

Man har också nytta av att använda klassifikationer, terminologier och kodsystemen när man söker dokument i Patientdataarkivet och med hjälp av dem kan ta fram olika slags sökningar i patientdatasystemen eller filtreringar av sökresultaten. Med hjälp av olika slags klassifikationer, koder och rubriker kan man söka i patientdatasystemen, men sökningarna kan också göras bland annat med hjälp av tidpunkten, fasen i vårdprocessen, anteckningarna, yrkesgrupperna eller med kombinationer av dessa.

5.3 Principer för strukturerad dokumentation

De klassifikationer, terminologier och kodsystemen som hör till de centrala strukturerade patientuppgifterna inom hälso- och sjukvården har publicerats på THL:s kodserver². De uppdaterade kodsystemen som finns publicerade på kodservern ersätter de föregående bestämningarna av kärninformation.

De grundläggande principerna för de centrala strukturerade patientuppgifterna samt för de specialitets- och yrkesspecifika strukturerade uppgifterna är följande:

1. De strukturerade uppgifterna sammanfaller till centrala delar i patientdatasystemen inom både primärvården och den specialiserade vården.
2. Informationsinnehållen sammanfaller också hos såväl offentliga som privata serviceleverantörer.
3. En patientjournal är mångprofessionell och tjäna olika yrkesgrupper.
4. I en patientjournal dokumenteras all information som är nödvändig för att följa upp hälsan, genomföra vård och göra bedömningar. I alla uppgiftsfält kommer det nödvändigtvis inte någon dokumentation i samband med varje vårdkontakt med patienten. Strukturerad information kan alltid kompletteras med hjälp av fritt formulerad text.
5. Enhetliga informationsinnehåll som är centrala med avseende på vården och datastrukturer som utöver vården gäller patienthantering eller annat anordnande av vård, såsom tidsbeställning, har definierats riksomfattande.

² www.thl.fi/koodistopalvelu

6. Syftet är att man ska kunna utnyttja informationsinnehållet i en patientjournal också i uppföljningen av tillgången till vård och vårdens kvalitet, i utvärderingen av verksamhetens smidighet, effekter och jämförbarhet samt i annan riksomfattande statistik och forskning.
7. Utnyttjandet av strukturerade data i olika situationer och olika patientdatasystem samt i program i anslutning till dem utvecklas riksomfattande bland annat som en del av definitionerna i Kanta, och hur de tas i bruk och fungerar bedöms exempelvis i regionala pilotprojekt.

5.4 Användning av specialitets- och yrkesspecifika patientdata

Utöver de centrala patientuppgifterna har specialitets- och yrkesspecifika strukturerade data definierats riksomfattande. De specialitets- och yrkesspecifika bestämningarna innehåller viktiga data inom en viss specialitet eller funktion, och den här informationen behöver inte ha någon central betydelse inom andra delområden.

Definitionerna av specialitets- och yrkesspecifika data har gjorts med stöd av omfattande expertgrupper och specialitetsföreningar, såsom i projekt för definition av strukturerade patientjournaldata som kommer från rehabiliterings- och specialarbetare, den prehospitala akutsjukvården och jouren, företagshälsovården, munhälsovården, lungsjukdomar, mödravården, uppföljningen av barns uppväxt och utveckling, psykiatri samt från prevention av diabetes och artärsjukdomar. I de här definitionerna har man beaktat särdragen i respektive bransch, som ska beaktas när man utvecklar den elektroniska patientjournalen.

De specialitets- och yrkesspecifika uppgifterna omfattar de strukturerade uppgifter som förutsätts inom det ifrågasvarande delområdet och som inte ingår i de centrala patientuppgifterna. Den centrala strukturerade informationen är viktig för vården oberoende av specialitet, medan det exempelvis i munhälsovården är nödvändigt att förmedla detaljerad strukturerad information om tändernas och munnens tillstånd till andra enheter inom munhälsovården (se figur 3).

Förenhetligandet av data från vårdarbete, rehabiliterings- och specialarbetare samt av specialitets- och yrkesspecifika data gör det möjligt att i fortsättningen mer effektivt sammanvända de här uppgifterna i den elektroniska patientjournalen. De här datastrukturerna och -bestämningarna beskrivs närmare i andra delen av Handboken för strukturerad dokumentation.

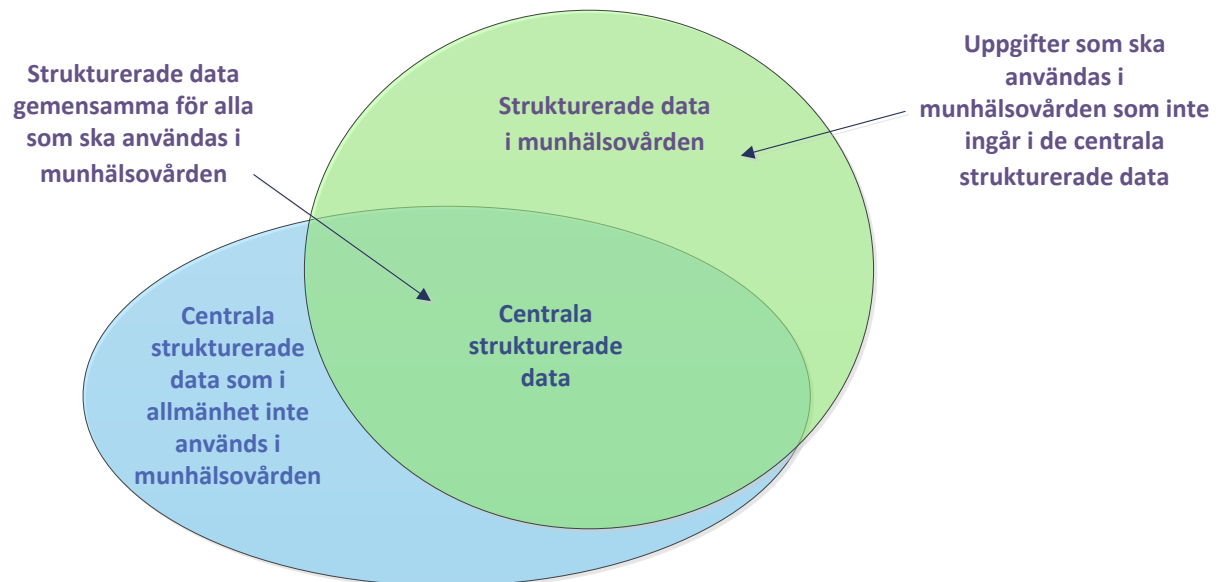


Bild 3. Exempel på förhållandet mellan strukturerade data och specialitetsspecifika data. Munhälsovården som exempel.

6 Vyer, faser i vårdprocessen, rubriker och strukturerade data i den elektroniska patientjournalen

Bra att veta

Anteckningarna i den elektroniska patientjournalen grupperas i ämnesområden med hjälp av olika vyer. Läkarna använder i regel specialitetsspecifika vyer och den övriga yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården använder tjänste- eller yrkesspecifika vyer. Man kan välja flera vyer för en anteckning, och informationen syns då bland uppgifterna i alla de valda vyerna.

En organisation kan också använda egna organisationsspecifika vyer, även om rekommendationen är att endast använda riksomfattande vyer. En uppgift som har dokumenterats i en organisationspecifikt vy ska i patientdatasystemen länkas till en riksomfattande definierad vy innan den skickas till Patientdataarkivet. De data som behövs från motsvarande riksomfattande vy ska vara i bruk i systemet.

Med vårdprocessens fas anges om anteckningen om ett besök gäller ankomstsituationen, planeringen av vården, genomförandet av vården eller utvärderingen av vården. I regel dokumenteras en anteckning i en fas av vårdprocessen, men man kan i anteckningen vid behov specificera uppgifter som hänför sig till olika faser av vårdprocessen. Systemet kan ta fram vårdprocessens fas automatiskt på basis av rubrikerna

Texten grupperas i ämnesområden också med hjälp av riksomfattande rubriker. Vid behov kan man strukturera texten noggrannare med fritt formulerade tilläggsrubriker. Man kan sammanställa favoritlistor av de mest använda tilläggsrubrikerna för att underlätta användningen.

Texten kan struktureras vidare med hjälp av riksomfattande definierade datastrukturer, klassifikationer och kodsystem. Om uppgifterna dokumenteras strukturerat kan den dokumenterade informationen lättare användas på nytt och man behöver inte registrera samma sak på nytt exempelvis när man skriver intyg.

I patientdokumenten, eller journalhandlingarna (förordningen om journalhandlingar 298/2009), ingår utöver den fortlöpande patientjournalen dithörande remisser, laboratorie-, röntgen- och andra undersökningshandlingar och -utlåtanden, konsultationssvar och intyg och utlåtanden som getts på basis av en undersökning, behandling eller vård. Data eller dokument i samband med en medicinsk utredning och andra data eller dokument som uppkommit i samband med ordnande och genomförande av vården av en patient eller erhållits annanstans är journalhandlingar. Den elektroniska patientjournalens struktur består av hierarkiska informationshelheter på olika nivåer, som struktureras med hjälp av vyer och tilläggsvyer samt med hjälp av faserna i vårdprocessen och rubrikerna (figur 4). Uppgifterna i patientjournalen dokumenteras under vyerna, vårdprocessens faser och rubrikerna antingen som strukturerade data eller som fri text (figur 8).



Bild 4. Strukturer i den elektroniska patientjournalen hierarkiskt avbildade. Vyerna, faserna i vårdprocessen och de strukturerade data följer definierade strukturer. Tilläggsrubrikerna och den fritt formulerande texten är fri text som användaren har skapat.

6.1 Vyer och tilläggsvyer

Med en vy avses en informationshelhet eller ett sammanhang inom hälso- och sjukvården med vilket data som hör till ett visst innehålls- eller vårdkomplex såsom en specialitet inom medicin, ett yrkesområde eller en tjänst kan bindas samman. En informationshelhet som hör till en vy kan då innehålla data som förekommer på olika skärmar i patientdatasystemet. Å andra sidan kan vyn vara mycket nära den skärm som visas i patientdatasystemet. Exempelvis påminner utseendet hos flera blanketter med definitioner om skärmen liksom också vissa specialitetsspecifika vyer.

Vyerna i den elektroniska patientjournalen kan indelas i vyer i den fortlöpande patientjournalen, vyer av blankettyper, sammanställda vyer och tekniska vyer. Vyerna i den fortlöpande patientjournalen är vyer för varje medicinsk specialitet, tjänstespecifika och yrkesspecifika vyer samt en del av de allmänna vyerna. Vyer av blankettyper är bland annat intyg, registeranmälningar, vyer för dokument som patienterna hanterar och en del av de allmänna vyerna. Sammanställda vyer är vyer avsedda för att visa informationshanterings sammanställningar och tekniska vyer är vyer som används för att förmedla dokumenttekniska data mellan patientdatasystemen och Patientdataarkivet. (se figur 5). En uppdaterad förteckning över vyerna har publicerats på THL:s kodserver som kodsysteomet *AR/YDIN - Näkymät (Vyer)*.

6.1.1 Tilläggsvyer

Traditionellt har anteckningarna i patientjournalen alltid dokumenterats i en vy. Om man har velat ha samma uppgift i flera vyer har uppgiften kopierats i de andra vyerna. Tilläggsvyer används för tre olika ändamål. Med hjälp av dem kan man samtidigt foga en anteckning till flera vyer eller gruppera anteckningar som hör till en huvudvy i snävare delhelheter. Dessutom har vissa tekniska lösningar gjorts med en tilläggsvystruktur.

En uppgift som en gång dokumenterats kan med hjälp av en tilläggsvy förenas med flera vyer när den som gör anteckningen utöver en huvudvy väljer tilläggsvyer. Den först dokumenterade vyn är huvudvy och de övriga valda vyerna antecknas som tilläggsvyer. När man tittar på uppgifterna avviker huvud- och tilläggsvyerna inte från varandra, utan anteckningarna ser lika ut i alla vyer som har dokumenterats i anteckningen.

Vyerna i den fortlöpande patientjournalen, med undantag av de vyer som ska lagras som separata dokument, kan i regel förekomma både som huvudvyer och som tilläggsvyer. Vyer som ska lagras som separata dokument, sammanställningar, vyer av blankettyper och vyer i arkivdokument, kan förekomma enbart

som huvudvyer och de kan inte ha tilläggsvyer. I klassificeringen *AR/YDIN - Näkymät* som publicerats på kodservern fastställs det för varje vy vilka vyer som kan förekomma som huvud- respektive sidovyer och vilka som kan vara båda.

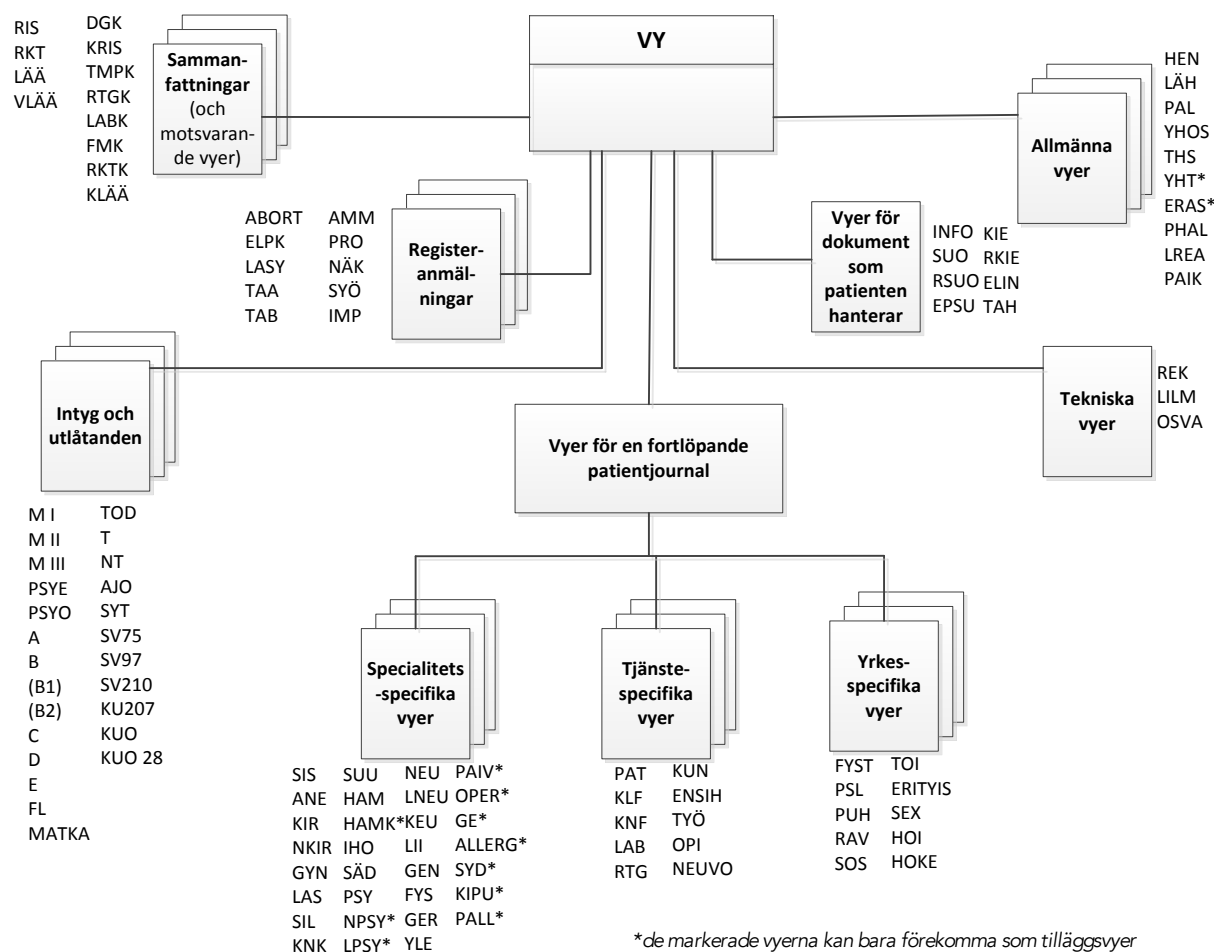


Bild 5. Vyerna i den elektroniska patientjournalen. Gruppering bara för åskådliggörande.

Anteckningar som hör till flera vyer

När den som dokumenterar vill att en uppgift ska synas bland uppgifterna i en specialitetsspecifik, en tjänste- eller en yrkesspecifik vy, dokumenterar han eller hon sin egen vy som huvudvy och de övriga vyerna som behövs som tilläggsvyer, exempelvis när man vill att en konsultationsanhållan och svaret på den ska synas både i anhållarens och i svararens vy. Då dokumenterar den som anhåller om konsultation sin egen vy som huvudvy och svararens vy som tilläggsvy, exempelvis SIS+KIR. Den som svarar på konsultationsanhållan använder sin egen vy som huvudvy och anhållarens vy som tilläggsvy (KIR+SIS). Uppgifterna syns på samma sätt i båda vyerna, även om de har olika huvudvy.

Vyerna för de specialiteter eller specialistkompetenser där vården ofta är intimt förknippad med vård som inleds eller fortsätts inom andra specialiteter har enbart definierats som tilläggsvyer. Definitionen har gjorts på grund av att en uppgift som hänför sig till ett kontinuum av samma vård inte ska "splittras" på olika vyer, utan att uppgiften alltid finns i en vy med betydelse för den fortsatta vården. Exempel på sådana är vyerna för Jour / akutmedicin (PAIV) och för Palliativ vård (PALL). Vid dokumentation i de här tilläggsvyerna väljer antecknaren som huvudvy en vy enligt patientens sjukdom och antecknarens vy används som tilläggsvy, exempelvis KIR+PAIV eller SÄD+PALL.

Tilläggsvyer som hänför sig till många specialiteter kan inte heller användas som huvudvy. Uppgifterna i de här vyerna är också intimt förknippade med uppgifter i någon annan vy, exempelvis åtgärdsberättelser är alltid knutna till någon specialitet. Som huvudvy för sådana uppgifter väljer antecknaren sin egen vy och som tilläggsvy en vy för flera specialiteter. Exempel på sådana är Åtgärder (OPER), Gastroenterologi (GE), Hjärtsjukdomar (SYD), Smärtbehandling (KIPU) och Allergologi (ALLERG) som är en snäv specialitet inom många specialiteter. I de här fallen dokumenterar man som vyer exempelvis KOR+OPER eller IHO+ALLERG.

Anteckningar om snäva delhelheter

Även om syftet är att endast vyer som är definierade i den riksomfattande klassificeringen av vyer ska användas i patientjournalerna kan det i en hälsovårdsorganisation finnas olika slags vyer i regionalt och lokalt bruk som avgränsar en informationshelhet på ett snävare plan än de riksomfattande vyerna, exempelvis den lokalt använda vyn för reumatologi (REU), som hör till vyn för Invärtesmedicin (SIS). När man använder lokala vyer dokumenterar man som huvudvy en vy enligt den riksomfattande klassificeringen dit uppgifter på systemnivå länkas, och som tilläggsvy en lokal vy, exempelvis SIS+REU.

Uppgifter som syns i snäva tilläggsvyer syns alltid också i den huvudvy de anknyter till. Snäva tilläggsvyer ska alltid användas i anknytning till samma huvudvy för att man ska kunna hitta uppgifterna enhetligt också enligt huvudvyn. Patientdatasystemet bör automatiskt definiera den riksomfattande huvudvy som motsvarar den lokala vyn för att motsvarighet alltid ska nås på samma sätt. I den riksomfattande vyklassificeringen har inte sådana tilläggsvyer (tills vidare) definierats, men definitionen av dem som en vidareutveckling till en del av vyklassificeringen är under utredning.

Tilläggsvyer definierade av tekniska orsaker

Vissa tekniska lösningar har gjorts med en tilläggsvystruktur. Till dessa tilläggsvyer som definierats av tekniska orsaker hör HAMK, YHT och ERAS. Kontrolluppgiften för den totala tandstatusen som är knuten till vyn för tändernas status (HAM) dokumenteras tekniskt med hjälp av HAMK-vyn som tilläggsvy. För användaren syns det här inte på något sätt som något som har att göra med vyerna. Användningen av YHT- och ERAS-vyerna beskrivs i kap. 6.1.5.

6.1.2 Specialitetsspecifika vyer

De specialitetsspecifika vyerna är huvudsakligen avsedda för dokumentation av läkarnas anteckningar i patientjournalen. De specialitetsspecifika vyerna kan också användas som tilläggsvy för anteckningar av den övriga yrkesutbildade hälso- och sjukvårdspersonalen när uppgifterna också behöver visas i samband med specialitetsspecifika uppgifter. Exempelvis kan en vårdare i anteckningen om ett besök där ett läkarbesök har ersatts med ett besök hos vårdaren dokumentera YLE-vyn som tilläggsvy utöver den huvudvy, HOI-vyn, han eller hon använder.

Vyerna för varje medicinskt specialitet har i huvudsak definierats enligt den grävsta nivån i klassificeringen *HILMO – Terveysthuollon erikoisalat (Specialiteter inom hälso- och sjukvården)*. Till vissa delar har man frångått HILMO-klassificeringen för att uppgifterna om vården av en och samma sjukdom hos en patient inte i onödan ska fördelas på olika vyer exempelvis på grund av patientens ålder (barn- och ungdomspsykiatri). För dokumentation av data i en journal som omfattar flera specialiteter har man dessutom definierat egna tilläggsvyer för att göra det möjligt att lättare hitta informationen (se kap. 6.1.1.a).

I primärvården används som regel YLE-vyn. Exempelvis använder en läkare vid hälsovårdscentralen i regel YLE-vyn på sin mottagning, men till vissa delar också tjänstespecifika vyer, exempelvis rådgivningens NEUVO-vy (se kap. 6.1.3). Som vy för patientjournalanteckningar inom hälsovården som har att göra med socialvård, exempelvis omsorg om utvecklingsstörda, används beroende på situation och läkarens specialitet den bäst lämpade specialitetsspecifika, eller för en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården tjänstespecifika eller yrkesspecifika, vyn, exempelvis LAS-, NEU-, YLE- eller KUN-vyn.

6.1.3 Tjänstespecifika vyer

De tjänstespecifika vyerna är inte yrkesgruppsspecifika, såsom exempelvis de specialitets- eller yrkesspecifika vyerna, utan de är i regel avsedda för dokumentation av patientjournalanteckningar av alla yrkesutbildade personer (också läkare) inom hälso- och sjukvården i ifrågavarande tjänstefunktion.

Till de tjänstespecifika vyerna hör vyerna för specialiteterna patologi (PAT), klinisk fysiologi (KLF), klinisk neurofysiologi (KNF), laboratorieområdet (LAB) och radiologi (RTG). De här specialiteterna har inte egentligt vårdansvar när det gäller vården av en patient och de producerar tjänster för de specialiteter som har vårdansvar för patienten. De här vyerna används när man gör begäran om undersökning eller remisser som hör till dessa specialiteter, eller dokumenterar svar på eller utlåtanden om undersökningar inom de här specialiteterna.

Rehabiliteringsvyn (KUN) är den vy som ska användas när man dokumenterar patientjournaldata som hör till den professionella tjänsten för rehabilitering. Vyn används av olika grupper inom rehabiliteringen såsom rehabiliteringsläkare, rehabiliteringsledare, rehabiliteringsplanerare och hjälpmedelsexperter i enheter för rehabiliteringsundersökningar och hjälpmedel samt i andra motsvarande rehabiliteringsenheter. KUN-vyn kan också användas inom den slutna vården, på så kallade rehabiliteringsavdelningar och i andra motsvarande sammanhang där man tillhandahåller multiprofessionella tjänster som koordinerar rehabiliteringen. Fysio- och ergoterapeuter och andra motsvarande yrkesgrupper som utför rehabiliterande arbete och terapiarbete använder också KUN-vyn som huvudvy när de arbetar inom ovan nämnda rehabiliteringstjänster och som tilläggsvy den vy som är avsedd för anteckningar av de egna professionella tjänsterna.

Vyn för den prehospitla akutsjukvården (ENSIH) är den vy som ska användas för dokumentation av de patientjournaldata som hör till den prehospitla akutsjukvårdstjänsten. Vyn används med anteckningar av både förstavårdare och läkare inom den prehospitla akutsjukvården.

Vyerna för rådgivningsverksamheten, skol- och studerandehälsovården och företagshälsovården (NEUVO, OPI och TYÖ) används främst i funktioner inom hälsovården som främjar hälsa och förebygger sjukdomar. I NEUVO-vyn görs anteckningar om familjearbete ifall de görs som en del av rådgivningsverksamheten. En specialistläkare inom primärvården kan använda den specialitetsspecifika vyn som tilläggsvy när han eller hon arbetar på rådgivningen i sin specialitetsenliga roll.

När man under ett rådgivningsbesök eller ett besök hos skol- och studerandehälsovården behandlar en sjukdom ska man som tilläggsvy använda YLE-vyn eller den specialitetsspecifika vyn – eller för vårdarnas dokumentation HOI-vyn. Också om ett ärende som klart hänför sig till rådgivningsverksamhet behandlas på hälsocentral eller exempelvis vid studerandehälsovården, exempelvis när man ger vägledning i att börja använda prevention, ska NEUVO-vyn användas som tilläggsvy.

En etablerad praxis inom företagshälsovården har varit att dokumentera alla yrkesgruppers alla, även sjukvårdsrelaterade, besök i TYÖ-vyn för att företagshälsovårdens data ska kunna separeras från andra data. Yrkesspecifika eller specialitetsspecifika vyer kan vid behov användas som tilläggsvyer, om det är väsentligt att en uppgift ska synas också i dessa helheter. När företagshälsovården ber om konsultation utanför företagshälsovården ska konsultationssvaret dokumenteras i konsultationsgivarens egen vy och TYÖ-vyn som tilläggsvy. Om en patient uppsöker en företagshälsovårdsläkare som privatpatient är besöket inte längre företagshälsovård, och dokumenteras inte i TYÖ-vyn. Användningen av företagshälsovårdens vy behandlas i större detalj i andra delen av Handboken för strukturerad dokumentation.

6.1.4 Yrkesspecifika vyer

De yrkesspecifika vyerna omfattar informationshelheter för olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller för specialarbetare. Yrkesspecifika vyer har definierats för andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare och tandläkare, såsom vårdare, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talterapeuter, näringsterapeuter, sexualterapeuter och socialarbetare. En antecknare som använder yrkesspecifika vyer kan vid behov anteckna som tilläggsvy exempelvis den ifrågavarande vyn för en medicinsk specialitet eller PAIV-vyn.

Rehabiliterings- och specialarbetare gör anteckningar i huvudsak i sina egna yrkesspecifika vyer (eller i tjänstspecifika vyer såsom exempelvis rehabiliteringsledares och hjälpmedelsexperters anteckningar), inklusive dagliga anteckningar. Som tilläggsvyer kan de i tillämpliga delar använda specialitets- eller tjänste-

specifika vyer eller HOKE-vyn. Vårdanvisningar och andra motsvarande viktiga meddelanden till vårdpersonalen som gäller rehabilitering kan emellertid dokumenteras separat i HOKE-vyn. Arbetsfysioterapeuter inom företagshälsovården och andra motsvarande yrkesutbildade personer använder TYÖ-vyn som huvudvy och som tilläggsvy någon lämplig yrkes- eller specialitetsspecifik vy. De rehabiliterings- och specialarbetare som tillhandahåller tjänster av konsultationskaraktär närmast för företagshälsovården, och som i regel arbetar inom andra områden än företagshälsovård, använder sina egna yrkes- eller tjänstespecifika vyer som huvudvy och TYÖ-vyn som tilläggsvy.

Den yrkesspecifika vyn för specialiteterna (ERITYIS) används för att dokumentera de patientjournaldata som hör till dessa yrkesrelaterade tjänster och som gäller fotterapi eller en tjänst som ges av andra sådana specialarbetargrupper som inte har någon egen yrkesspecifik vy (rehabilitering, terapi, handledning, annan planering och tillhandahållande av specialtjänst).

Vyn för sexualterapi (SEX) kom med som ny vy 2015. Den används när man dokumenterar patientjournaldata som gäller sexualterapi eller sexualrådgivning. Vyn är avsedd som en vy som särskilt ska skyddas, men specialskyddet kräver en ändring av förordningen om journalhandlingar (298/2009, 4§ 3 mom.), och specialskyddet kan inte tillämpas förrän efter förordningsändringen.

Vårdarnas uppgifter på sammandragsnivå, exempelvis sammandrag av vårdarbetet och de anteckningar om mottagningar som vårdpersonalen självständigt håller, antecknas i HOI-vyn med undantag av rådgivningen och vårdarna inom skol- och studerandehälsovården, som använder NEUVO- och OPI-vyerna. I anteckningar om en vårdares mottagningar som ersätter ett läkarbesök och i anteckningar om sammandrag av vårdarbete använder vårdarna som tilläggsvy ifrågavarande specialitetsspecifika vy (t.ex. HOI+SIS). Då får man också dessa uppgifter att synas i samband med uppgifter som gäller ifrågavarande specialitet.

I de dagliga anteckningarna om vårdarbetet används Journalvyn (HOKE). I HOKE-vyn lagras de dagliga anteckningarna om en patients vård med hjälp av yrkesgruppernas egna termer och fri text. De yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården dokumenterar också patientens vårdplan i journalen. HOKE-vyn är avsedd som en vy för strukturerad dokumentation. I HOKE-vyn kan man också dokumentera dagliga anteckningar som rubrikförsedd text i enlighet med den allmänna patientjournalstrukturen. Användningen av Journalen behandlas i större detalj i andra delen av Handboken för strukturerad dokumentation.

6.1.5 Allmänna vyer

De allmänna vyerna är allmänna helheter av patientdata som är oberoende av den medicinska specialiteten. Bland de allmänna vyerna är personuppgiftsvyn och motionsreceptet vyer av blanketttyp, de övriga är vyer för den fortlöpande patientjournalen.

Remissvyn (LÄH) används när en patient hänvisas till en annan vårdorganisation för att få hälso- eller sjukvård. Remissvyn kan också användas i situationer där vårdansvaret inte överförs utan man bara ber om konsultation hos en annan organisation. I anteckningens informationsinnehåll ska man nämna om det är fråga om konsultation eller om en remiss för att överföra vårdansvaret. I remisser och konsultationer inom en organisation används inte LÄH-vyn, utan en vy enligt den remitterande specialiteten (och som tilläggsvy en vy enligt den mottagande specialiteten). I interna remisser används som rubrik Konsultation/Remiss. Med en tilläggsrubrik preciserar man om det är fråga om en remiss för att överföra vårdansvaret.

Feedbackvyn (PAL) används när de dokumenterade uppgifterna om den tillhandahållna vården sammanställs till en feedback som skickas till den som skickade remissen eller till den enhet som ansvarar för den fortsatta vården. Feedback på vården innehåller en slututvärdering av läkaren och ett sammandrag av vården. En feedback på vården kan bara bestå av den ena av dessa och de kan vid behov också skickas separat som egna feedback.

Vyn för en hälso- och vårdplan som ska underhållas (YHOS) används i strukturell dokumentation av planen för vård och åtgärder som siktar till att förbättra och upprätthålla hälsan hos en patient och som har utarbetats av patienten och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i samförstånd. Hälso- och vårdplanen är ett dokument som underhålls via Informationshanteringstjänsten och som är avsedd för att sammanföra en patients alla planer som gäller öppen vård och rehabilitering till ett dokument – särskilt för

patienter med många hälsoproblem. Vyn är inte avsedd för dokumentation av vårdplaner inom en vårdperiod på en avdelning. Hälso- och vårdplanen har behandlats närmare i kap. 19.

Innan man tar den strukturerade hälso- och vårdplanen som ska underhållas i bruk kan man också skriva en hälso- och vårdplan som fri text. Eftersom YHOS-vyn till strukturen är ett dokument som ska underhållas av Informationshanteringstjänsten används THS-vyn som vy för en hälso- och vårdplan som skrivs som fri text. När den strukturerade hälso- och vårdplanen som ska underhållas fås i bruk bör man inte längre använda den fritt formulerade THS-vyn.

Patientförvaltningens vy (PHAL) är avsedd för anteckningar om patientförvaltningen som inte gäller uppgifter om patientens vård. Exempel på dessa är anteckningar om vårbokningar eller tidsbokningar. Om man i samma sammanhang gör en bedömning av behovet av vård eller någon annan vårdrelaterad anteckning ska man använda HOI, YLE eller någon annan yrkesspecifik eller specialitets- eller tjänstespecifik vy.

Den lokala vyn (PAIK) används när man i Patientdataarkivet arkiverar dokument av blanketttyp, för vilka det inte finns någon motsvarande riksomfattande vy. PAIK-vyn kan inte väljas av användaren, utan används av patientdatasystemets automatiska länkning.

Sammandragsvyn (YHT) och Separat dokument (ERAS) är tekniska journaltilläggsvyer som aldrig kan användas ensamma, utan alltid tillsammans med någon annan vy. Sammandragsvyn används som tilläggsvy när man gör mellan- och slututvärderingar eller sammandrag av vårdarbetet under en vårdperiod, eller i samband med flera besök, exempelvis hemvård eller seriebehandlingar. Med hjälp av sammandragsvyn kan man på ett samlat sätt söka anteckningar på sammandragsnivå om en patient.

Vyn Separat dokument (ERAS) används som tilläggsvy när man dokumenterar detaljerade uppgifter av känslig natur som en annan person har berättat om sig själv eller sin livssituation och som dokumenteras på grund av en kartläggning av patientens livssituation eller av annan motsvarande orsak och som är nödvändiga med tanke på vården av patienten. Uppgifterna syns för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården på samma sätt som de övriga uppgifterna, men när patienten tittar på sina uppgifter via Mina Kanta-sidorna syns uppgifterna inte. Av anteckningarna ska det framgå vilken specificerad person uppgifterna gäller (jfr Förordningen om journalhandlingar 298/2009, 7 § 2 mom.). Vid dokumentation av uppgifter som en annan person har berättat om en tredje person eller patienten har berättat om en annan person används inte ERAS-vyn, utan uppgifterna dokumenteras på samma sätt som i en normal patientjournal. Sådana uppgifter är exempelvis uppgifter som ett barn har berättat om sina föräldrar eller mamman berättat om pappan om barnets vård. I dokumentationen av dessa uppgifter måste man tillämpa särskilt omdöme, för de är också synliga för patienten via Mina Kanta-sidorna. Om dokumentationen av dessa uppgifter finns det anvisningar i Handboken om journalhandlingar (Potilasasiakirjaopas, SHM 2012).

6.1.6 Sammanställningar

Sammanställningarna är informationshelheter som har bildats i Informationshanteringstjänsten och som visas med ett patientsammandrag och i vilka strukturerade data som är centrala för patienten samlas. Sammanställningarna lagras inte som sådana i Patientdataarkivet, utan uppgifterna i sammanställningsvyerna sammanställs av de strukturerade data som har lagrats i patientdokumenten (journalhandlingarna). Varje sammanställning (diagnoser, riskdata, åtgärder, bildundersökningar, laboratorieundersökningar, fysiologiska mätningar, vaccinationer och medicinering) har en egen vy, i vilken uppgifterna binds till sin egen informationshelhet). Sammanställningarna samlar strukturerade data som hör till samma informationshelhet, exempelvis diagnoser, och som har dokumenterats i den kontinuerliga patientjournalen oberoende av i vilken vy de har dokumenterats. Sammanställningarna ersätter i fortsättningen de motsvarande manuellt underhållna listor som tidigare fanns i patientjournalerna, såsom diagnoslistan.

Strukturerade data som finns i sammanställningarna kan användas som grund för nya strukturerade dokumentationer när motsvarande data dokumenteras på nytt, exempelvis en patients varaktiga diagnos när man dokumenterar besöksdiagnosen eller besöksorsaken. En uppgift som användaren har extraherat från sammanställningarna som grund för en ny anteckning kan efter att den har tagits fram bearbetas i patientdatasystemet innan uppgiften lagras ifall uppgiften kräver uppdatering. Genom att extrahera den från gamla data länkas uppgiften samtidigt i regel till den tidigare anteckningen. Preciseringar och avslutningar av diagnoser och riskdata kan dokumenteras så.

Användningen av sammanställningar förutsätter alltid ett samtycke till utlämnande av patientdata, och utan samtycke kan man inte använda Informationshanteringstjänstens sammanställningar. Patientdatasystemet kan emellertid visa den egna organisationens uppgifter på motsvarande skärm på samma sätt som Informationshanteringstjänstens sammanställningar. Då ska det också finnas information på skärmen om att uppgifterna bara är den egna organisationens. Eventuella överlåtelseförbud som patienten utfärdar påverkar innehållet i sammanställningarna eftersom uppgifter som omfattas av överlåtelseförbud inte heller visas i sammanställningarna.

Behandlingen av sammanställningar har beskrivits i Informationshanteringstjänstens definition (Virkkunen et al, 2014) och deras informationsinnehåll kan laddas ned på THL:s kodserver. Ovan nämnda publikationer har beskrivits närmast med perspektiv på datasystemens funktion, men dokumentationsperspektivet har också tangerats i dem.

6.1.7 Vyer av blankettyper

Vyerna av blankettyper har gjorts för att presentera information forbundet enligt ett visst informationsinnehåll. Vyer av blankettyper används bland annat i intyg och utlåtanden samt i registeranmälningar som ska göras i myndighetsregister. Viljeförklaringar av en patient, samtycken till överlåtelse av patientdata och överlåtelseförbud är också vyer av blankettyper.

Uppgifter på blanketter kan inte direkt länkas till den fortlöpande patientjournalen, och strukturerade data som har dokumenterats i dem överförs inte till Informationshanteringstjänstens sammanställningar. Det kan emellertid finnas funktionaliteter i patientdatasystemen i vilka strukturerade data i sammanställningar eller i en fortlöpande patientjournal kan kopieras på blanketter eller uppgifter på blanketter kan utnyttjas i dokumentationer i en fortlöpande patientjournal.

6.1.8 Tekniska vyer

I förteckningen på vyer finns det dessutom vissa tekniska vyer som patientdatasystemen behöver för att utnyttja Patientdataarkivet. De yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården behöver inte använda dem, och de är i allmänhet inte synliga för användarna av patientdatasystemen. Exempel på dessa är registrerings- och överlåtelseanmälningsdokument (REK ja LILM).

6.1.9 Specialskyddade vyer

Specialskyddade anteckningar är enligt 4 § i förordningen om journalhandlingar (298/2009) dagliga anteckningar och sammanfattande anteckningar inom psykiatri och medicinsk genetik. Specialskyddet har tillämpats med hjälp av informationen i vyn för anteckningen och anteckningar för vilka (PSY eller GEN) har dokumenterats som huvudvy har definierats som sådana som kräver specialskydd. Specialskyddet omfattar också eventuella tilläggsvyer till dessa. Skyddet gäller emellertid inte uppgifter om medicinering eller kritiska risker. I enlighet med SHM:s riktlinjer (12/2014) är det möjligt att kontrollera omfattningen av specialskyddet som bestäms genom förordningen och THL har för avsikt att göra en utredning av behoven av att ändra specialskyddet våren 2015³.

Specialskyddet hindrar inte att man tittar på uppgifterna, men när särskilt känslig information används inom andra än den ifrågavarande specialiteten krävs det en separat bekräftelse på förhand av den som använder uppgifterna. Begränsningen av användarrättigheterna till ett specialskyddat dokument görs på patientdatanivå.

³ Det finns förslag om att införa specialskydd också för Sexualterapi-vyn i förordningen om journalhandlingar. Modellen för ett tekniskt genomförande av specialskydd ska ändras så att den grundar sig på en separat tilläggsvy 2016–2017.

6.2 Fas i vårdprocessen

I klassifikationen *AR/YDIN - Hoitoprosessin vaihe (Fas i vårdprocessen)* ingår *ankomstsituation*, där behovet av vård fastställs, *planering av vården*, *genomförande av vården* och *utvärdering av vården* (se figur 6). Fasen i vårdprocessen beskriver den huvudsakliga fasen i vården ur patientens synvinkel. Inom varje fas i processen kan det finnas flera yrkesspecifika processer, där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som deltar i vården gör en fortlöpande planering och utvärdering av vården.

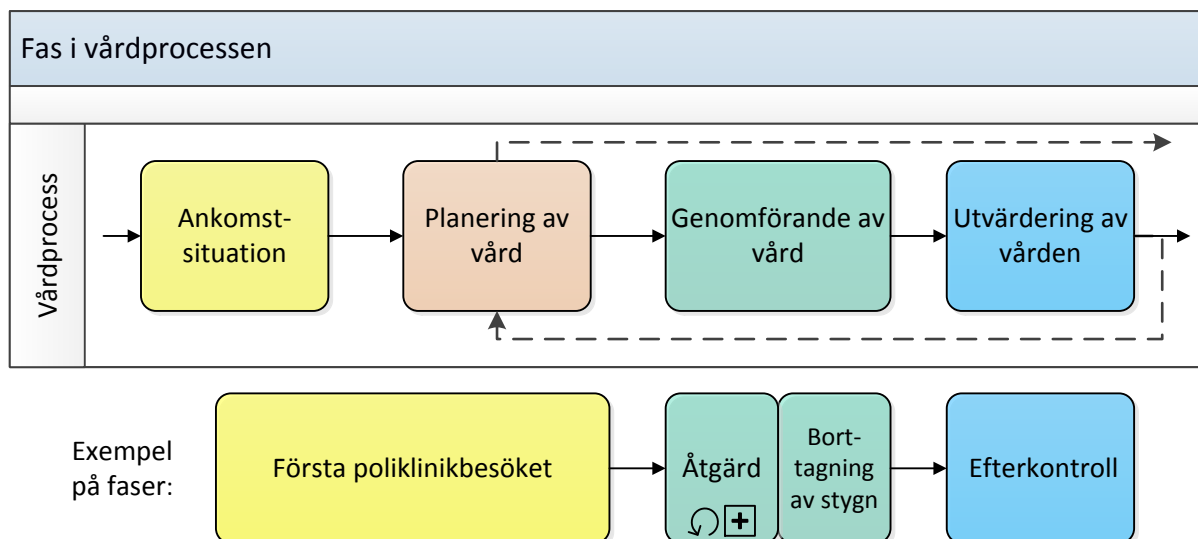


Bild 6. Faser i vårdprocessen och som exempel på dem en helhet av 4 besök av en kirurgisk patient, av vilka ankomstsituationen har dokumenterats under besök 1, genomförandet av vården under besök 2 och 3 och utvärdering av vården under besök 4.

I anteckningen ska det alltid finnas en uppgift om fasen i vårdprocessen. Vårdprocessen är ett kontinuum från planering till utvärdering och vidare vid behov till planering av ny vård. En anteckning dokumenteras i allmänhet i en fas av en patients vårdprocess, men om anteckningen fördelar sig klart på olika faser i vårdprocessen kan man använda flera faser i anteckningen.

Alla faser i en vårdprocess kan sammanfalla under ett besök. Då behöver faserna inte i praktiken särskiljas i dokumentationen, utan anteckningen kan göras med en processfas, exempelvis genomförande av vården. Fasen i processen behöver inte ändras, även om man exempelvis använder rubriken Plan när man dokumenterar besöket för genomförande av vården. Man kan emellertid i anteckningen använda flera faser i vårdprocessen när det finns behov av det. Å andra sidan, om man exempelvis under efterkontrollen konstaterar en skadeverkan som kräver vård av olika yrkesutbildade personer ändras orsaken till vården till den delen i fortsättningen till vård av skadeverkan och fasen i vårdprocessen vid dessa besök dokumenteras enligt fasen i vården av skadeverkan.

Med hjälp av fasen i vårdprocessen kan man följa hur vården av patienten har genomförts. Med hjälp av dokumentationen av fasen i vårdprocessen får man de viktigaste patientuppgifterna kopplade till fasen i vårdprocessen. Då kan man exempelvis begränsa sökningen av patientdata till uppgifter om ankomstsituationen. Exempel på helheter som ska dokumenteras under olika faser av en vårdprocess har samlats i tabell 3.

Mellanbedömningar och slututvärderingar av vårdarbetet dokumenteras i HOI-vyn med rubrikerna mellan- eller slututvärdering och fasen utvärdering av vården. Rehabiliterings- och specialarbetarna dokumenterar mellan- och slututvärderingarna på samma sätt.

I samband med vissa dokument, exempelvis intyg, är det onödigt att uttrycka fasen i vårdprocessen. Då används fasen odefinierad.

Tabell 3. Helheter som ska skrivas under faserna i en vårdprocess

Fas i vårdprocessen	Helheter som ska dokumenteras i fasen
Ankomstsituation	<p>Basfakta om patienten: orsak till att söka vård, anamnes och problem enligt patienten.</p> <p>Observationer, undersökningar och bedömningar vid ankomstsituationen: nuvarande tillstånd (status), funktionsförmåga, vårdtyngd, behov av vård.</p> <p>Dessutom kontrolleras och kompletteras uppgifterna om patientens varaktiga hälsotillstånd: faktorer som påverkar hälsan, riskuppgifter, läkemedelsterapi och hjälpmedel.</p> <p>En del av uppgifterna kan också överföras från remissen till grund för anteckningarna.</p>
Planering av vård	<p>En plan för vården av en patient samt grunderna och målen för den som har utarbetats i samarbete mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, patienten och vid behov också anhöriga. Man beskriver bland annat behovet av vård, målen för vården, dokumenterar de planerade undersökningarna och mätningarna, åtgärderna, rehabiliterings- och vårdåtgärderna, hjälpmedlen och vårdtillbehören, de ordinerade medicinerna och konsultationer som man ska be om.</p>
Genomförande av vård	<p>De sätt och metoder som använts för att uppnå målen för vården: undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdåtgärder, läkemedelsterapi och vaccinationer, överlåtna hjälpmedel och vårdtillbehör samt vägledning av en läkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården om bland annat näring och motion.</p>
Utvärdering av vården	<p>Förändringar i patientens mående och utvärdering av den genomförda vården i förhållande till de mål som satts i planeringen av vården: förändringar i patientens allmäntillstånd och funktionsförmåga, förändringar som bedömts på basis av undersökningar och mätningar samt förändringar i den genomförda vården (åtgärder, rehabilitering, läkemedelsterapi och andra vårdåtgärder), diagnos eller orsak till vård.</p>
Odefinierad	<p>Fasen odefinierad i vårdprocessen används i situationer när det inte är meningsfullt att utnyttja någon av de definierade faserna, såsom i intyg.</p>

6.3 Rubriker och tilläggsrubriker

Utöver vårdprocessens fas struktureras texten i ämnesgrupper med hjälp av rubriker och kopplas till sammanhanget. Användningen av rubriker hjälper att gestalta vilka ämnen som behandlas i den delen av texten. Under rubrikerna dokumenteras uppgifter som hör till sammanhanget som fritt formulerad text samt med hjälp av centrala strukturerade data. Utöver struktureringen kan rubrikerna användas som sökfaktorer när man söker uppgifter som hänför sig till ett visst sammanhang.

Antalet riksomfattande rubriker är avsiktligt begränsat för att uppgifter med hjälp av dem ska kunna grupperas på ett enhetligt sätt och rubrikerna därmed ska kunna användas som enhetliga sökfaktorer. Den riksomfattande samlingen rubriker är i många fall alltför grov för att användas som strukturering när man läser texterna och de kan preciseras med tilläggsrubriker (se kap. 6.3.2). Klassifikationen av rubriker har publicerats på Kodservern under namnet AR/YDIN - *Otsikot (Rubriker)*.

Rubrikerna används för att strukturera texten i en anteckning enligt ämneshelhet, exempelvis *Anamnes*, *Nuvarande tillstånd (status)*, *Plan*. Anteckningen ska alltid ha åtminstone en rubrik, annars är antalet rubriker för en anteckning inte begränsat. Rubrikerna kan grupperas logiskt i sex grupper enligt fasen i vårdprocessen (ankomstsituationen därtill indelad i två undergrupper): Orsak till vård och anamnes, Observationer

och undersökningar (Ankomstsituation), Genomförande av vård, Utvärdering av vård, Planering av vård och Oklassificerade rubriker (Odefinierad). Dessutom passar en del av rubrikerna bättre som rubriker för hela texten och de används i allmänhet som första rubrik för en anteckning, under vilken bara tidpunkten för en vårdperiod eller ett besök dokumenteras. Grupperingen visas i figur 7. Grupperingen är bara riktig eftersom rubrikerna inte kategoriskt hör till bara en fas utan de flesta kan användas i flera faser av en vårdprocess. Användningen av rubriker i olika faser av en vårdprocess beskrivs i tabell 4. Tekniskt är alla rubriker helt på samma nivå och det slutliga valet av rubrik görs av den som dokumenterar.

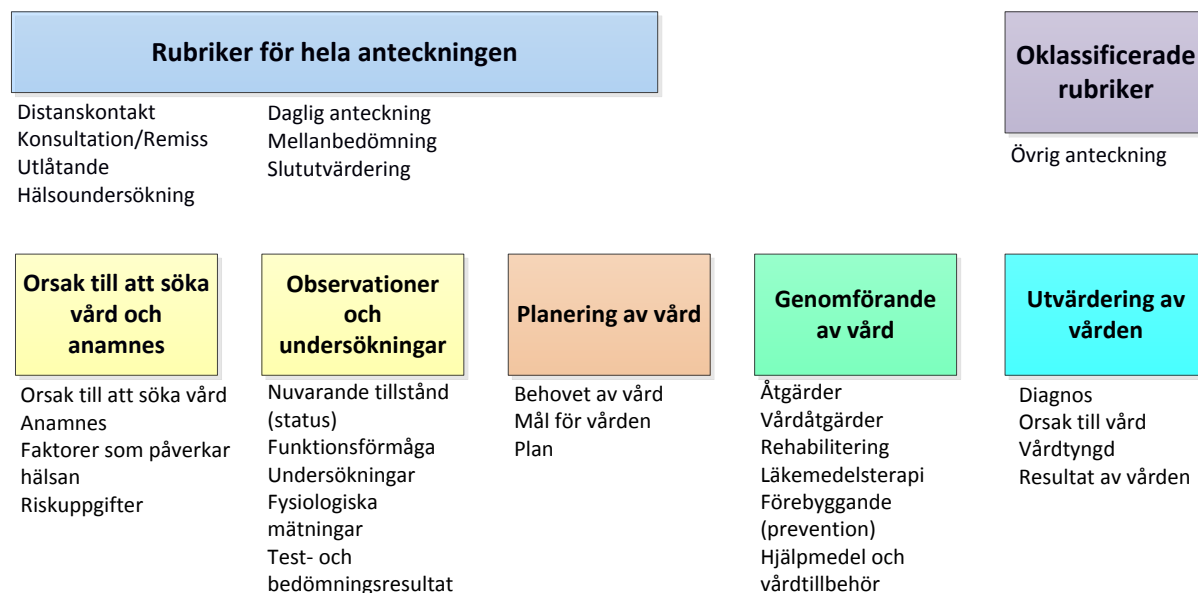


Bild 7. Rubrikerna kan grupperas logiskt i sex grupper som motsvarar faserna i en vårdprocess. Dessutom passar en del av rubrikerna som rubriker för hela texten och de används i allmänhet som första rubrik för en anteckning.

6.3.1 Tilläggsrubriker

Antecknaren kan strukturera anteckningen på en noggrannare nivå än de riksomfattande rubrikerna genom att använda tilläggsrubriker. Man kan inte använda enbart tilläggsrubriker, utan de hänför sig alltid till en riksomfattande rubrik.

Tilläggsrubrikerna är inte separat definierade. De är till strukturen fri text, och antecknaren kan då fritt skriva en preciserande rubrik. De är avsedda att strukturera texten noggrannare än de riksomfattande rubrikerna när man läser texten. De duger inte som sökfaktorer i sin fritt formulerade form.

Organisationer eller patientdatasystem kan om de vill formulera egna listor på rekommenderade tilläggsrubriker och använda dessa i systemen såsom fraser. Eventuell användning av listorna hindrar emellertid inte användningen av andra tilläggsrubriker. I figur 8 visas också användningen av tilläggsrubriker

6.3.2 Användning av riksomfattande rubriker

Under rubrikerna kan man dokumentera både fri text och strukturerade data. Dokumentationen av strukturerade data behandlas noggrannare i kapitlet för respektive strukturerad uppgift.

Definitionerna på de riksomfattande rubrikerna beskrivs i klassificeringen *AR/YDIN - Otsikot (Rubriker)* som har publicerats på kodservern. I tabell 4 beskrivs användningen av de olika rubrikerna i olika faser av en vårdprocess.

Tabell 4. Vägledande användning av rubriker i olika faser av en vårdprocess. (Hindrar inte användning av rubrikerna i andra faser av vårdprocessen om den är motiverad.)

Rubrik	Ankomstsituation	Planering av vård	Genomförande av vård	Utvärdering av vården	Odefinierad
Rubriker för "hela texten"					
Distanskontakt		(x)	x	(x)	
Konsultation/Remiss		x		x	
Utlåtande					x
Hälsoundersökning			x	(x)	
Daglig anteckning (decursus)			x	(x)	
Mellanbedömning				x	
Slututvärdering (epikris)				x	
Orsak till att söka vård och anamnes					
Orsak till att söka vård	x				
Anamnes	x				
Faktorer som påverkar hälsan	x				
Riskuppgifter					x
Observationer och undersökningar					
Nuvarande tillstånd (status)	x				
Funktionsförmåga	x			x	
Undersökningar		(x)	x		
Fysiologiska mätningar		(x)	x		
Test- och bedömningsresultat		(x)	x		
Planering av vård					
Behov av vård	(x)	x		(x)	
Mål för vården		x			
Plan		x		(x)	
Genomförande av vård					
Åtgärder		(x)	x		
Vårdåtgärder		(x)	x		
Rehabilitering		(x)	x		
Läkemedelsterapi	(x)	(x)	x		
Förebyggande (prevention)			x		
Hjälpmedel och vårdtillbehör	(x)	(x)	x		
Utvärdering av vården					
Diagnos				x	
Orsak till vård				x	
Vårdtyngd	(x)			x	
Resultat av vården				x	
Oklassificerade rubriker					
Annan anteckning	(x)	(x)	(x)	(x)	x

Rubriker för "hela texten"

Distanskontakt

Rubriken används för elektroniska (t.ex. e-post) anteckningar, anteckningar brevledes, per telefonkontakt och utan patientkontakt i patientjournalen. Med en tilläggsrubrik kan man precisera hurdan distanskontakt det är fråga om. I allmänhet är anteckningarna korta, och man behöver inte använda andra rubriker. Man kan ändå använda andra rubriker vid behov.

Konsultation/Remiss

Rubriken används för interna remisser, begäran om konsultation och konsultationssvar. Det är rekommendabelt att med en tilläggsrubrik precisera om det är fråga om en intern remiss, en begäran om konsultation eller ett konsultationssvar. Dessutom är det rekommendabelt att strukturera texten med hjälp av andra rubriker. På remissen och på konsultationsbegäran ska man anteckna tillräckliga uppgifter om patientens anamnes, om de undersökningar som gjorts och den vård som tillhandahållits, om patientens status, den aktuella sjukdomens gång och frågeställningen. I konsultationssvaret ska man anteckna uppgifter om eller ett sammandrag av de undersökningar och bedömningar som har gjorts i samband med konsultationen, för frågornas del en utvärdering av patientens tillstånd och vård samt en plan för fortsatt vård.

Utlåtande

Rubriken används för utlåtanden och intyg som gjorts till utomstående enheter eller för intern användning inom organisationen. Många utlåtanden dokumenteras med egna blankettstrukturer enligt klassificeringen *AR/YDIN- näkymät (vyer)*. För dessa behöver användaren inte anteckna en rubrik, utan patientdatasystemet gör det automatiskt. För utlåtanden som ska skrivas som fri text är det rekommendabelt att med en tilläggsrubrik precisera hurdan utlåtande det gäller. Dessutom är det rekommendabelt att strukturera fritt formulerade utlåtanden med hjälp av andra rubriker.

En uppgift om ett separat utlåtande kan dokumenteras i journaltexten i vyn för den fortlöpande journalen under rubriken Utlåtande. Om ett intyg görs samtidigt hittas det på basis av servicehändelsen. Om utlåtandet har gjorts en annan gång är det rekommendabelt att också anteckna datum för utlåtandet under rubriken för att man lättare ska hitta utlåtandet.

Uppgifter om andra utlåtanden än sådana som ska göras som patientdokument, såsom anteckningar om utlåtanden i samband med polisens begäran om handräckning och om andra anmälningar och utlåtanden som getts till andra myndigheter eller försäkringsbolag, exempelvis barnskyddsanmälningar, kan också dokumenteras under rubriken Utlåtande. De här utlåtandena eller anmälningarna ska emellertid inte lagras i patientjournalen, utan de ska överlämnas till ifrågavarande myndighet, som svarar för arkiveringen av dem.

Hälsoundersökning

Rubriken används för hälsokontroller som ska dokumenteras i den fortlöpande patientjournalen. Det är rekommendabelt att med en tilläggsrubrik precisera hurdan hälsokontroll det är fråga om. Dessutom är det rekommendabelt att strukturera texten med hjälp av andra rubriker.

För många hälsokontroller finns det egna blankettstrukturer med vilka man ger utlåtande om resultatet av hälsokontrollen, exempelvis Hälsokontroll av unga. På de här blanketterna används rubriken Utlåtande. Användaren behöver inte anteckna en rubrik på utlåtandebanketterna, utan patientdatasystemet gör det automatiskt.

I hälsokontrollerna ska man dokumentera de fynd och undersökningsresultat och problem som framkommit vid kontrollen, målen för och behovet av fortsatta åtgärder samt anvisningar för fortsatt vård. De strukturerade data som hör till kontrollen dokumenteras med hjälp av ifrågavarande strukturer.

Daglig anteckning (decursus)

Rubriken används i huvudsak för dagliga anteckningar (Decursus-anteckningar) under avdelningsvård eller liknande vård av en patient, men rubriken kan också användas i den öppna vården för korta anteckningar om vårdens eller sjukdomens förlopp. Rubriken används främst av läkare, men den kan också användas av annan yrkesutbildad personal när anteckningarna inte görs som dagliga anteckningar i den strukturerade vårdjournalen. Anteckningarna är i allmänhet korta, och man behöver inte använda andra rubriker. Man kan ändå använda andra rubriker som tillägg vid behov. När man gör ett sammandrag av den vård som getts används rubriken Mellanbedömning.

Mellanbedömning

Rubriken används för sammandragsanteckningar som ska göras när avdelningsvård eller annan långvarig vård eller rehabilitering av en patient fortsätter. För anteckningen ska man dokumentera tiden för vilken sammandraget är gjort och texten ska struktureras med hjälp av andra rubriker.

Mellanbedömningen dokumenteras bland annat när vårdansvaret för en patient överförs från avdelningen eller tillfälligt från en specialitet till en annan inom samma organisation. Dessutom ska man i långtidsvård göra en mellanbedömning med minst 3 månaders mellanrum eller alltid när patientens tillstånd förändras väsentligt. När vårdansvaret för en patient överförs till en annan organisation eller bestående från en specialitet till en annan ska man dokumentera en slututvärdering. När man gör korta anteckningar om förloppet av en kortvarig vård eller sjukdom används rubriken Daglig anteckning (decursus).

I mellanbedömningen dokumenteras ett sammandrag av den väsentliga utveckling som skett i patientens mående och vård under vården, rehabiliteringen eller terapin samt förändringen i förhållande till anamnesen eller en tidigare mellan- eller slututvärdering. Detaljerade uppgifter eller enskilda strukturerade data dokumenteras inte i mellanbedömningen utom i motiverade undantagsfall – i allmänhet är det tillräckligt med ett sammandrag. Strukturella data som en gång dokumenterats, exempelvis en utförd åtgärd, dokumenteras inte som nya strukturella data ifall de inte kan länkas till den ursprungliga anteckningen (se bl.a. kap. 13.1). Om en medicinering som är i kraft kan man i mellanbedömningen kopiera ett sammandrag, men den strukturella uppdaterade uppgiften om medicineringen underhålls i avsnittet om medicinering.

Slututvärdering (epikris)

Rubriken används för sammandragsanteckningar när en avdelningsvård eller annan långvarig vård, exempelvis en psykiatrisk dagssjukhusperiod eller hemvårdsperiod, avslutas. För anteckningen ska man dokumentera tiden för vilken sammandraget är gjort och texten ska struktureras med hjälp av andra rubriker.

En slututvärdering dokumenteras också när vårdansvaret för en patient överförs till en annan organisation eller bestående från en specialitet till en annan. När man gör korta anteckningar om förloppet av en kortvarig vård eller sjukdom används rubriken Daglig anteckning (decursus).

I slututvärderingen dokumenteras ett sammandrag av förloppet av vården, rehabiliteringen eller terapin, slutresultatet, eventuella avvikelser och patientens tillstånd när han eller hon lämnar vårdenheten. Detaljerade uppgifter eller enskilda strukturerade data dokumenteras inte i slututvärderingen utom i motiverade undantagsfall – i allmänhet är det tillräckligt med ett sammandrag. Strukturella data som en gång dokumenterats, exempelvis en utförd åtgärd, dokumenteras inte som nya strukturella data ifall de inte kan länkas till den ursprungliga anteckningen (se bl.a. kap. 13.1). Om en medicinering som är i kraft kan man i mellanbedömningen kopiera ett sammandrag, men den strukturella uppdaterade uppgiften om medicineringen underhålls i avsnittet om medicinering.

Orsak till vård och anamnes (Ankomstsituation)

Orsak till att söka vård

Under rubriken dokumenteras kort orsaken till att patienten sökte vård. Orsaken till att patienten sökte vård dokumenteras som fri text enligt patientens egen berättelse. Dokumentationen av orsaken till att söka vård beskrivs närmare i kap. 9. (se också rubriken Orsak till vård)

Anamnes

Under rubriken dokumenteras uppgifter om patientens hälsa som patienten, hans eller hennes anhöriga eller följeslagare har gett eller som sammanställts från tidigare patientjournaler. Det viktigaste i anamnesen är uppgifter om den nuvarande sjukdomen eller det huvudsakliga problemet, såsom sjukdomens början och förlopp, patientens subjektiva symtom, eventuella tidigare stadier av sjukdomen och tidigare vård. I anamnesen dokumenteras också uppgifter om andra sjukdomar och om sjukdomar som förekommit i släkten eller resultat av undersökningar samt om andra sjukdomar som med tanke på problemet bör beaktas eller om läkemedelsterapier, liksom uppgifter om levnadsmiljön och livssituationen som eventuellt påverkar sjukdomen eller vården. Anamnesen kan struktureras noggrannare exempelvis med tilläggsrubrikerna Nuvarande sjukdom, Övriga sjukdomar, Släktanamnes, Övrig anamnes.

Faktorer som påverkar hälsan

Under rubriken dokumenteras uppgifter som beskriver levnadsvanor och livssituationer förknippade med personens hälsa och sjukdom, såsom tobaksrökning och drogmissbruk. Bland faktorerna som påverkar hälsan dokumenteras den berättade eller konstaterade situationen, inte hur man avser att rätta till problemet. Dokumentationen av faktorer som påverkar hälsan beskrivs närmare i kap. 11.

Riskuppgifter

Under rubriken dokumenteras uppgifter som ifall de inte uppmärksammas kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa. Riskuppgifter som konstaterats hos patienten dokumenteras strukturerat i en separat riskuppgiftsvy, och då behöver antecknaren inte använda rubrik, utan patientdatasystemet tar fram rubriken för strukturen automatiskt. Dokumentationen av riskuppgifterna beskrivs närmare i kap. 10.

Observationer och undersökningar (Ankomstsituation)

Nuvarande tillstånd (Status)

Under rubriken dokumenteras fynd och observationer som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör i en klinisk undersökning. Exempel på kliniska undersökningar är auskultation av hjärtat, palpation av sköldkörteln, perifera senreflexer eller undersökning av ögonbottenarna med oftalmoskopi. Uppgifter om det nuvarande tillståndet dokumenteras tills vidare till största delen som fri text eftersom den strukturerade dokumentationen av det nuvarande tillståndet ännu inte (2015) har definierats riksomfattande annat än inom mun- och tandvården.

Funktionsförmåga

Under rubriken dokumenteras uppgifter om en persons förmåga och förutsättningar att klara av de fysiska, psykiska, sociala och kognitiva krav som de dagliga funktionerna ställer samt utvecklingen eller förändringarna i samband med dem. Det är rekommendabelt att när man dokumenterar uppgifterna använda eller tillämpa en referensram för personens funktionsförmåga, funktionshinder och kontextuella faktorer enligt den Internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

Uppgifterna som ska dokumenteras under rubriken Funktionsförmåga kan också basera sig på information som tagits fram med olika slags mätare av funktionsförmågan. Tills vidare dokumenteras

uppgifterna emellertid i textform. Det är rekommendabelt när man rapporterar mätresultaten att också bifoga beskrivningen information om den mätare som använts (namn, eventuell version och andra uppgifter som kan behövas) och en kort analys eller slutsatser av mätresultaten.

Funktioner eller tjänsteinnehåll som är förknippade med upprätthållande eller förbättrande av funktionsförmågan dokumenteras under rubriken rehabilitering eller vårdfunktioner i en tjänstespecifik, yrkesspecifik eller specialitetsspecifik vy i enlighet med vad som anvisas om användningen av vyerna på annan plats i denna handbok.

Närmare anvisningar om dokumentationen av funktionsförmågan ges i andra delen av Handboken för strukturerad dokumentation. Definitionen av informationsinnehållet förbereds i samarbete mellan expertgruppen Datastrukturer för klassifikationer och mätare av funktionsförmågan och andra eventuella expertgrupper.

Undersökningar

Anteckningar om begäran om och svar på laboratorie- (omfattar alla laboratoriespecialiteter, även klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi) och bildundersökningar, om remisser och utlåtanden dokumenteras strukturerat i LAB- eller RTG-vyn. För dessa behöver användaren inte använda rubrik, utan patientdatasystemet tar fram rubriken för strukturen automatiskt.

I den fortlöpande patientjournalen dokumenteras under rubriken de observationer och fynd som gjorts vid laboratorie- och bildundersökningar och som särskilt ska beaktas i vården, exempelvis "B-gluk upprepat på nivån 10–15" eller "radiusbrott förbenats i dålig position".

Fysiologiska mätningar

Under rubriken dokumenteras fysiologiska storheter, såsom längd, vikt och blodtryck, som har samband med en persons hälsotillstånd. Undersökningar som definieras i klassificeringen FinLOINC dokumenteras i enlighet med strukturen i Fysiologiska data som strukturerade data och om det finns ett eget strukturerat avsnitt för fysiologiska mätningar i patientdatasystemet behöver antecknaren inte använda fysiologiska mätningar som rubrik.

Om det inte finns någon FinLOINC-kod för de fysiologiska mätningarna dokumenteras mätningarna med rubriken fysiologiska mätningar bland texten. Resultaten av sådana mätningar arkiveras inte som strukturerade data och kommer inte fram på skärmen för sammanställda fysiologiska mätningar. Sådana mätningar är exempelvis mätning av hjärntrycket eller mätning av testikelstorleken, vilka för närvarande inte ingår i FinLOINC. Sjuksköterna kan dokumentera fysiologiska mätningar enligt FinLOINC i vårdjournalen med utnyttjande av klassificeringen av vårdarbete i mån av möjlighet.

Test- och bedömningsresultat

Under rubriken dokumenteras sådana undersökningar eller bedömningar vilkas resultat i allmänhet uttrycks i en verbal beskrivning, och de kan inte uttryckas som klart mätbara värden. Sådana undersökningar är bland annat olika slags undersökningar, testningar, enkäter och intervjuer, exempelvis minnestest, gjorda av specialarbetare, såsom psykologer. Under rubriken dokumenteras både uppgifter om utförandet av undersökningarna och slutsatser som baserar sig på dessa.

Planering av vård

Behov av vård

Under rubriken dokumenteras problem förknippade med patientens hälsotillstånd, befintliga problem eller problem som eventuellt kan väntas i framtiden, som man avser att lösa eller lindra med hjälp av vård och vägledning av patienten, samt de resurser som stöder patienten i hanteringen av egenvården.

Mål för vården

Under rubriken dokumenteras de väsentliga målen för patienten i planeringen av vården. Uppnåendet av målen för vården ska kunna utvärderas.

Plan

Under rubriken beskrivs planen för undersökning, rehabilitering av en patient och hur dessa ska ordnas. Planen för en vårdperiod görs i allmänhet i början av perioden efter att patientens ankomstsituation har bedömts. Under vårdperioden preciseras planen när vården framskrider och när vårdperioden avslutas dokumenteras en plan för fortsatt vård (se figur 6). Planen som ska genomföras under vårdperioden dokumenteras i ifrågavarande specialitets vy eller som fri text i vårdjournalen under rubriken Plan eller med användning av klassificeringen av vårdarbetets funktioner. Den gemensamma planen för patienten och de olika aktörerna inom hälso- och sjukvården som gäller mellan vårdperioderna (öppenvården) dokumenteras i ett separat strukturerat dokument, Hälso- och vårdplan, som ska underhållas. Ifall den strukturerade Hälso- och vårdplanen ännu inte är i användning, eller om det annars är motiverat att låta bli att dokumentera planen i Hälso- och vårdplanen, dokumenteras planen i den fortlöpande patientjournalen med rubriken Plan.

Genomförande av vård

Åtgärder

Under rubriken dokumenteras de utförda eller planerade åtgärder som har betydelse för vården av patienten. De utförda åtgärderna dokumenteras som strukturerade data enligt åtgärdernas struktur. Under rubriken dokumenteras som fri text de övriga uppgifter som behövs om åtgärderna, såsom motivering av en åtgärd, åtgärdsjournalen och eventuella komplikationer i samband med en åtgärd. I åtgärdsjournalen beskrivs i väsentliga delar åtgärdens förlopp, fynd som konstaterats vid åtgärden och det uppnådda slutresultatet. Planen för fortsatt vård efter åtgärden dokumenteras däremot under rubriken Plan.

Vårdåtgärder

Under rubriken dokumenteras den vård som patienten erhållit och med vilken en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården svarar på patientens behov av vård och på de mål som satts och som inte dokumenteras under andra rubriker för genomförande av vård, exempelvis Åtgärder, Rehabilitering eller Läkemedelsterapi. Patientvägledningen dokumenteras också med rubriken Vårdåtgärder.

Anteckningar som ska göras på grund av personalens arbete eller uppföljningen av arbetsprocessen och som inte har betydelse för vården av patienten hör inte till patientjournalen. Dokumenteringen av dem görs med hjälp av andra statistikunderlag.

Rehabilitering

Under rubriken dokumenteras uppgifter om genomförandet av, innehållen eller funktionerna inom den öppna och den slutna vården i den mångprofessionella rehabiliteringen av en patient och terapi- och specialtjänsterna. Funktioner i samband med vägledning och rådgivning till patienten samt med hjälpmedelstjänst dokumenteras under rubriken rehabilitering. Under rubriken rehabilitering kan man också dokumentera anvisningar för rehabiliteringen och annan väsentlig information till övriga yrkesgrupper som vårdar patienten, såsom sjukskötarna på avdelningen. Informationen ska emellertid inte dokumenteras under rubriken rehabilitering när en uppgift separat har anvisats en rubrik som mer allmänt passar syftet, såsom Plan, Mellanbedömning, Slututvärdering eller Utlåtande.

Rehabiliterings- och specialarbetarna använder egna yrkesgruppspecifika nomenklaturer för dokumentation av uppgifter om rehabilitering. Med nomenklaturerna kan man precisera de nationella rubrikerna, och de fungerar då på samma sätt som de tilläggsrubriker som beskrivs på annan plats i den här handboken. Vårdpersonalen kan emellertid dokumentera funktioner som hör till det så kallade rehabiliterande vårdarbetet under rubriken Vårdåtgärder med användning av egna yrkesspe-

cifika datastrukturer. Uppgifterna dokumenteras i en tjänstespecifik, en yrkesspecifik eller en specialitetsspecifik vy enligt vad som anvisas om användningen av vyerna på annan plats i den här handboken.

Dokumentationen av rehabilitering utvecklas i samarbete med den expertgrupp som koordinerar nomenklaturerna (Nimikkeistöjä koordinoiva asiantuntijaryhmä, NIKO). Närmare anvisningar om saken ges i andra delen av Handboken för strukturerad dokumentation. Datastrukturerna och innehållet i rehabiliteringen har tills vidare inte definierats.

Läkemedelsterapi

Läkemedelsordinationer, justeringar, anteckningar om administrering och andra dokumentationer av ändring eller justering av en gällande medicinering eller av administrering av läkemedel görs strukturerat i avsnittet medicinering, och då behöver antecknaren inte använda rubriken läkemedelsterapi (programmet tar fram den automatiskt i bakgrunden).

Under rubriken dokumenteras som fri text bedömningar av läkemedelsterapin, kommentarer till och motiveringar till besluten, som inte kan dokumenteras som strukturerade data. Det är inte meningen att dokumentera den gällande medicineringen under rubriken i patientjournaltexten vid sidan av de strukturerade data, utan uppgifterna om medicineringen ska i fortsättningen helt underhållas i avsnittet medicinering. Om man ändå exempelvis i vårdfeedbacken inte kan bifoga strukturerade data om medicinering kan man i texten under rubriken Läkemedelsterapi anteckna uppgifter om Gällande medicinering. Tills uppgifterna om medicinering fås i strukturerad form kan man dokumentera uppgifterna om gällande medicinering som fri text under rubriken Läkemedelsterapi.

Förebyggande (prevention)

Under rubriken dokumenteras uppgifter om vaccinationer och annan hälsofostran och förebyggande hälsovård. Uppgifterna om vaccinationer dokumenteras som strukturerade data. Annan information om hälsofostran, vägledning i hälsofrämjande och förebyggande hälsovård dokumenteras i regel som fri text eller i mån av möjlighet exempelvis i enlighet med klassificeringen av vårdarbete. Dokumentationen av förebyggande beskrivs närmare i kap. 15.

Hjälpmedel och vårdtillbehör

Under rubriken dokumenteras uppgifter (exempelvis en lista eller förteckning) om de hjälpmedel som en funktionshindrad person använder som stöd för att klara de dagliga funktionerna och för deltagande samt om de för vården av (långvariga) sjukdomar viktigaste vårdtillbehören. Under rubriken kan man också dokumentera annan information som anses behövlig om hjälpmedel och vårdtillbehör, såsom exempelvis mängden hjälpmedel och vårdtillbehör som ska överlåtas eller som är i användning, varumärke och modellgjorda modifieringar eller ändringar och andra väsentliga uppgifter om själva hjälpmedlen eller tillbehören.

Dokumenteringen kan göras som fri text eller exempelvis för hjälpmedlens del med hjälp av klassifikationen *SFS/THL - Hjälpmedelsklassifikation*. Också andra än rehabiliterings- och specialarbetare dokumenterar uppgifter om en patients hjälpmedel under rubriken Hjälpmedel och vårdtillbehör.

Rehabiliterings- och specialarbetare dokumenterar den vägledning och annan hjälpmedelstjänst som de tillhandahållit med användning av nomenklaturen inom den egna branschen under rubriken rehabilitering, i en tjänstespecifik eller yrkesspecifik vy i enlighet med anvisningarna för användningen av vyerna som finns på annan plats i den här handboken. Vårdpersonalen kan på motsvarande sätt dokumentera funktioner som hör till vägledningen i användningen av vårdtillbehören och till den vårdtillbehörsservice som de tillhandahållit under rubriken Vårdfunktioner i vyer som också i övrigt är i användning.

Avsikten är att i fortsättningen förbereda strukturen och innehållet för hjälpmedels- och vårdtillbehörsuppgifterna i samarbete mellan bland annat övriga möjliga expertgrupper för hjälpmedelsklassifikation. Definitionerna av förhållandet mellan dokumentationer som ska göras i de så kallade

hjälpmedelsregistren och i patientjournalen samt av innehållet och funktionaliteterna kräver också i fortsättningen preciseringar.

Utvärdering av vården

Diagnos

Under rubriken antecknar läkaren strukturerat de diagnoser som konstaterats hos patienten enligt diagnosstrukturen. I diagnoserna dokumenterar man de diagnoser som konstaterats eller behandlats under ett besök eller en vårdperiod samt övriga diagnoser som väsentligt påverkat vården eller behandlingen under patientens besök eller vårdperiod. Varaktiga diagnoser som inte haft betydelse för vården av en patient dokumenteras inte. Dokumentationen av diagnosstrukturerna beskrivs närmare i kap. 9.

Orsak till vård

Under rubriken dokumenterar alla andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utom läkare strukturerat när vården framskrider vad de bedömer vara orsaken till vården som orsak till att söka vård enligt diagnosstrukturen. Orsaken till att söka vård kan dokumenteras med ICPC-klassificering eller med användning av de ICD-koder som tidigare har diagnostiserats hos patienten. Dokumentationen av orsaken till att söka vård beskrivs närmare i kap. 9.

Vårdtyngd

Under rubriken dokumenteras en uppskattning av mängden vård en patient har fått och hur krävande den varit mätt med en vårdtyngdsklassificeringsmätare. Vårdtyngden dokumenteras strukturerat med användning av vårdtyngdsklassifikationen.

Resultat av vården

Under rubriken dokumenteras de förändringar som skett i patientens tillstånd. Resultaten bedöms i förhållande till behovet av vård, målen för vården och/eller den genomförda vården.

Oklassificerade rubriker (Odefinierad)

Annan anteckning

Rubriken används när uppgiften som ska dokumenteras inte passar under någon av de övriga rubrikerna.

6.4 Innehållsdokumentationer

Innehållsdokumentationerna i en fortlöpande patientjournal och en del av dokumentationerna i de allmänna vyerna görs alltid under rubriker. En del av uppgifterna dokumenteras som strukturerade data, som kan behandlas mångsidigt med hjälp av datateknik. Dessutom behövs det också fri text för att beskriva patientens situation och precisera den strukturerat dokumenterade informationen.

6.4.1 Strukturerade data

Strukturerade data dokumenteras alltid med hjälp av riksomfattande definierade strukturer för att uppgifterna ska vara enhetligt tillgängliga för alla oberoende av patientdatasystem. Det kan finnas mycket detaljerad information i strukturerade data, av vilken datasystemet automatiskt tar fram en del och användaren dokumenterar bara den vårdmässigt betydande information som datasystemet inte kan sluta sig till.

Strukturerade data dokumenteras i regel under rubrikerna vid sidan av fri text. En del av de strukturerade uppgifterna dokumenteras på egna dokumentationsunderlag, exempelvis medicinering och riskuppgifter. Strukturerade data är inte bundna till rubriker och tekniskt kan de dokumenteras under vilken rubrik som helst. Till innehåller hör de emellertid till en viss eller vissa rubriker och därför ska de enligt anvisningarna dokumenteras under bestämda rubriker, exempelvis strukturerade åtgärdsuppgifter under rubriken

Åtgärd och strukturerade diagnosuppgifter under rubriken Diagnos, Orsak till att söka vård eller Orsak till vård. Strukturerade data beskrivs närmare i egna kapitel (se kap. 7–21). Exempel på journalstruktur visas nedan i tabell 8.

6.4.2 Fri text

Strukturerade data kompletteras i patientjournalen med fri text – eller så beskrivs situationen enbart med fri text. Texten dokumenteras alltid under rubriker (och vid behov under tilläggsrubriker). De strukturerade uppgifterna och den fria texten kan vara i fri ordning under rubrikerna (de strukturerade uppgifterna i början, i slutet eller mitt i texten). (se figur 8).

NEU Neurologi	[vy]
Ankomstsituation	[fas i vårdprocessen]
Slututvärdering (epikris)	[rubrik]
Vårdtid: 3.3.2015–7.4.2015	[text]
Orsak till att söka vård	[rubrik]
Kraftlöshet på höger sida och smärta i vänster höft.	[text]
Diagnos S72.0 Kollumfraktur	[strukturerad uppgift]
I63.5 Cerebral infarkt	[strukturerad uppgift]
Anamnes	[rubrik]
En 91-årig kvinna som har MCC och diabetes som behandlas med diet. 11/03 basal kollumfraktur behandlad med DHS-skravar. Patienten hemförlovad och klarar sig redan själv hemma.	[text]
Nuvarande sjukdom	[tilläggsrubrik]
Fallit idag när höger sida av kroppen blivit kraftlös.	[text]
Nuvarande tillstånd (status)	[rubrik]
Allmäntillståndet gott. Saklig. Smärta i vänster höft. Foten varm, de perifera pulserna palpéras. Krafterna i höger ben och höger arm klart försämrade.	[text]
Fysiologiska mätningar	[rubrik]
Temperatur, armhåla 36,8	[strukturerad uppgift]
Blodtryck 161/79	[strukturerad uppgift]
...	

Bild 8. Rubrikerna kan grupperas logiskt i sex grupper som motsvarar faserna i en vårdprocess. Dessutom passar en del av rubrikerna som rubriker för hela texten och de används i allmänhet som första rubrik för en anteckning.

7 Basinformation om patienten

Bra att veta

Patienten ska kunna identifieras och man ska dokumentera de behövliga uppgifterna om en ny patient när det är möjligt. Största delen av basinformationen om patienten kommer uppdaterad till patientdatasystemet från befolkningsregistersystemet, men den som dokumenterar bör ändå försäkra sig om att den stämmer.

Basinformation om patienten består av identifieringsuppgifter och kontaktuppgifter. Uppgifterna används för att identifiera patienten och till att hålla kontakt med patienten. Identifieringsuppgifterna består av patientens förnamn, efternamn, namnhistoria, personbeteckning, tillfällig personbeteckning, födelsedatum, kön och dödsdatum. Av informationen framgår också uppgifter om den tjänsteleverantör som senast har uppdaterat patientens identifieringsuppgifter och om tjänsteleverantörens organisation. Patienten identifieras av personbeteckningen.

Enligt patientdokumentförordningen är minimiuppgifterna för identifiering av patienten dennas namn, födelsedatum och personbeteckning. En patients identifieringsuppgifter ingår också i dokumentens identifieringsuppgifter i den elektroniska patientjournalen. Övriga uppgifter som ska dokumenteras i basinformationen om patienten är dennas kontaktuppgifter, uppgift om patientens vårdnadshavare, lagliga representant eller intressebevakare, uppgift om intressebevakning, spärrmarkering och övriga uppgifter, såsom den senaste uppdateringen av basinformationen. Klassifikationer och datastrukturer som ska användas för basinformationen finns samlade i tabell 5.

Tabell 5. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av basinformation om en patient

Klassifikationer för dokumentation	Obs.
AR/YDIN – Sukupuoli (Kön)	Uppgifter som fås från BDS
VRK/THL – Kuntakoodit (BRC/THL – Kommunkoder)	Blankettstruktur
TK – Ammattiluokitus (SC – Yrkesklassifikation)	AR/YDIN - Perushenkilötietolomake (Blankett för grundläggande personuppgifter)
SFS – Kielikoodisto (Kodsystem för språk)	
SFS – Maakoodisto (Kodsystem för land)	
AR/YDIN – Sukulaisuus (Släktskap)	
AR/YDIN – Yhteyshenkilön ensisijaisuus (Kontaktpersonens prioritet)	

7.1 En persons identifieringsuppgifter

Basinformationen om personer som är bosatta i Finland finns i Befolkningsregistercentralens (BRC) befolkningsdatasystem (BDS). Patientdatasystemen får identifieringsuppgifter om en patient från befolkningsdatasystemet, såsom de nuvarande förnamnen, det nuvarande efternamnet, namnändringar, personbeteckning, kön och dödsdatum. I de flesta organisationer har man byggt en uppdatering av uppgifterna i BDS som baserar sig på batchkörning, men uppgifterna uppdateras i olika organisationer med varierande tidtabeller.

Till övriga delar kan tjänsteleverantören komplettera uppgifterna genom att dokumentera dem i patientdatasystemet. Uppgifternas riktighet måste såvitt möjligt kontrolleras med patienten eller en person som

representerar patienten. Då dokumenteras de uppdateringar av patientens basinformation som en yrkesperson gör i patientdatasystemet alltid inklusive datum och uppgifter om den som gjort uppdateringen. Den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har uppdaterat personuppgifterna identifieras med personbeteckningen.

7.1.1 Personbeteckning

Patientens personbeteckning dokumenteras i patientdatasystemet. Man kan dokumentera en tillfällig personbeteckning för en patient om denna inte är införd i befolkningsdatasystemet eller om personbeteckningen av andra orsaker inte är känd. Som tilläggsuppgift för den tillfälliga personbeteckningen kan man anteckna dess giltighetstid.

Patientdatasystemet skapar en tillfällig personbeteckning och tar fram en OID-kod (*modell 1.2.246.10.<FO-nummer>.22.<år>.<tillfällig p-beteckning>*) enligt ISO-standarden när den lagras i Patientdataarkivet. De riktiga personbeteckningarna visas i Patientdataarkivet kompletterade med OID-koden (*modell 1.2.246.21.<personbeteckning>*). För användaren visas personbeteckningarna i textform med 11 tecken utan OID-kod. Personbeteckningen eller den tillfälliga personbeteckningen är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

7.1.2 Namn

Användaren dokumenterar för- och efternamnet på det avsedda stället i patientdatasystemet. Man kan också utöver efternamnet anteckna ett tidigare efternamn. Det före detta efternamnet syns bara på personuppgiftsblanketten och man behöver inte dokumentera det i andra patientdokument. Personens namn är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras. Födelse- och dödsdatum

I organisationer inom hälso- och sjukvården dokumenteras födelse- och dödsdatumet med en minuts noggrannhet om de är kända. På Befolkningsregistercentralen får man uppgiften om dödsdatum med en dags noggrannhet. Personens födelsedatum är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

7.1.3 Kön

Könet dokumenteras i patientdatasystemet med klassificeringen *Sukupuoli (Kön)*. Klassificeringen följer den internationella standarden ISO 5218 och den nationella SFS 4182. När man dokumenterar ska man beakta att det i den information som förmedlas av Befolkningsregistercentralen inte används något standardligt kodsysteem (se tabell 6 om motsvarigheter). I BRC:s uppgifter uttrycks man med koden "1", kvinna med koden "2" och om uppgiften saknas används koden "B1". En persons kön är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

Tabell 6. Motsvarighet mellan könskodsystemen.

Kod	AR/YDIN – Kön (SFS 4182)	Motsvarande BRC-kodsysteem
1	Man	1
2	Kvinna	2
9	Odefinierat	(ingen motsvarighet)
0	Okänt	B1

7.2 En persons kontaktuppgifter

En persons kontaktuppgifter omfattar adress, datum för inflyttning i kommunen, hemkommun, telefonnummer, faxnummer, e-postadress, yrke, modersmål och kontaktspråk. I Befolkningsdatasystemet kan man uppdatera adressen, hemkommunen, yrket, modersmålet och kontaktspråket. Enligt patientdokumentför-

ordningen är minimiuppgifterna hemkommun och kontaktuppgifter samt vid behov patientens modersmål, kontaktspråk och yrke.

Man kan också i patientens kontaktuppgifter inkludera andra uppgifter, såsom behov av tolk och medborgarskap. Patientens kontaktuppgifter kan kontrolleras exempelvis i samband med ankomstsituationen och den som dokumenterar uppdaterar de ändrade uppgifterna i patientdatasystemen vid behov.

7.2.1 Adress

I Befolkningsdatasystemet kan en person samtidigt ha en giltig stadigvarande adress, som kan vara inhemsk eller utländsk, och dessutom tillfälliga adresser eller postadresser. Personernas adressuppgifter hålls aktuella med hjälp av flyttanmälningar. Adressen är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

7.2.2 Hemkommun

En persons hemkommun och därvarande boplats får man från befolkningsdatasystemet. I befolkningsdatasystemet kan man också anteckna en tillfällig boplats som en person uppger. Personens hemkommun är den kommun där personen är stadigvarande bosatt. I patientdatasystemet kan man dokumentera hemkommunen med klassifikationen *Kuntakoodit (Kommunkoder)*, som följer JHS 110-rekommendationen om kommunernas nummerbeteckningar⁴. Hemkommunen är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

7.2.3 Telefon, fax och e-post

I telefonuppgifterna kan man dokumentera hem-, arbets- och mobiltelefonnummer. Man kan också dokumentera e-postadress och faxnummer samt uppgifternas giltighetstid.

7.2.4 Yrke

En persons yrke antecknas i Befolkningsdatasystemet enligt personens egen anmälan och vanligen i samband med en flyttanmälan. Yrket dokumenteras i patientdatasystemet vid behov. När man dokumenterar yrket kan man också utnyttja *Yrkesklassifikationen* eller dokumentera det som fri text.

7.2.5 Modersmål

Uppgiften om modersmål finns i Befolkningsdatasystemet. Språkuppgiften kan senare ändras genom att man anmäler om saken skriftligt till registerföraren. För dokumentation av en patients modersmål kan man använda klassifikationen *Kodsystem för språk*, som följer standarden SFS-ISO 639.

7.2.6 Kontaktspråk

Patientens kontaktspråk betyder inte enbart de officiellt använda språken i Finland. Här kan man också anmäla andra språk och uppgiften kan utnyttjas när man anordnar tolktjänster. För dokumentation av en patients kontaktspråk kan man använda klassifikationen *Kodsystem för språk*, som följer standarden SFS-ISO 639.

7.2.7 Behov av tolk

Ett eventuellt behov av tolk kan uttryckas med fri text. På personuppgiftsblanketten uttrycks behovet av tolk i ja/nej-fältet

7.2.8 Medborgarskap

Medborgarskapet dokumenteras med användning av landskoden.

⁴ <http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/recommendations/110> Kommunernas nummerbeteckning

7.3 Kontaktperson

I uppgifterna om kontaktperson utnyttjas samma kodsystém och rekommendationer som i basinformationen om patienten. Kontaktpersonens släktskap dokumenteras med klassifikationen *Släktskap*. Det kan finnas flera kontaktpersoner, och då kan man med klassifikationen *Kontaktpersonens prioritet* dokumentera om det är fråga om en primär eller en sekundär kontaktperson. Förutom släkting kan kontaktpersonen vara en annan intressebevakare eller vårdnadshavare. Exempelvis när det gäller en minderårig patient ska det framgå av kontaktpersonens uppgifter om denna är vårdnadshavare eller en laglig företrädare. Av uppgifterna för en myndig person ska namnet på och kontaktuppgifterna för den utsedda lagliga företrädaren framgå. Enligt patientdokumentförordningen är minimiuppgifterna för en kontaktperson när det gäller en minderårig patient vårdnadshavarnas eller en annan laglig företrädarens namn och kontaktuppgifter samt för en myndig person den utsedda lagliga företrädarens namn och kontaktuppgifter. Vid behov ska också namnet, det eventuella släktskapsförhållandet och kontaktuppgifterna för en nära anhörig eller annan kontaktperson som patienten anger uppges.

Från BRC får man information om intressebevakningens giltighetstid, alltså begynnelse- och avslutningsdatum, och om fördelningen av intressebevakningens uppgifter mellan intressebevakarna, vilket vid behov kan preciseras som fri text. Beträffande vårdnadshavare får man från befolkningsregistret information om förordnandet om fördelning av uppgifterna mellan vårdnadshavarna, vilket kan preciseras som fri text i samband med dokumentationen, och om vårdnadsförhållandets giltighetstid, alltså begynnelse- och avslutningsdatum.

7.4 Försäkringsbolag

Enligt patientdokumentförordningen dokumenteras patientens försäkringsbolag vid behov, exempelvis när orsaken till vård kan vara en arbetsolycka eller en yrkessjukdom eller när vården eventuellt betalas av ett försäkringsbolag. Försäkringsbolaget dokumenteras som fri text.

7.5 Spärrmarkering

Om patienten har beviljats spärrmarkering, får patientens hemkommun eller adress inte visas i patientdatasystemet och uppgifterna får inte överlåtas till andra. En person som fått spärrmarkering kan också anmäla en kontaktadress till magistraten som antecknas i Befolkningsdatasystemet (exempelvis en arbetsadress eller en postbox) och som kan användas för mottagande av postförsändelser och som överlåtelsebegränsningarna inte gäller.

Information om spärrmarkeringen, det vill säga avslutningsdatumet, får man från Befolkningsdatasystemet. Bestämmelser om de uppgifter som lyder under spärrmarkeringen finns i lagen om befolkningsdatasystemet och Befolkningsregistercentralens certifikattjänster (661/2009 § 36). Uppgiften om spärrmarkering ska synas åtminstone i samband med patientens adressuppgifter.

7.6 Personuppgiftsblankett

En elektronisk personuppgiftsblankett har publicerats på kodservern (*Blankett för grundläggande personuppgifter*). På grund av tekniska problem härledda av spärrmarkeringen lagras personuppgiftsdokumentet och HEN-vyn enligt det tills vidare inte i Patientdataarkivet.

7.7 Fortsatt utveckling av personuppgifter

I enlighet med 2 § 1 mom. 1 punkten i social- och hälsovårdsministeriets gällande förordning om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården (165/2012) utsluts patientens personuppgifter från Informationshanteringstjänsten, där de var planerade att underhållas. Behandlingen och arkiveringen av personuppgifter bedöms i fortsättningen i sin helhet med beaktande av underhållet av personuppgifter, medborgarens roll i underhållet, registerföringen och personuppgifternas användbarhet inom hälso- och sjukvården. Samarbetet mellan de enheter som deltar i underhållet av personuppgifter och patientens självständiga underhåll av uppgifterna, vilket sker via eventuella egna medborgartjänster, kräver ytterligare utredningar för att definiera modellerna för underhållet av personuppgifter.

Patientens uppgifter kan lagras men ändå inte utlämnas från hälso- och sjukvårdens riksomfattande datasystemtjänster utan officiell finländsk personbeteckning, eftersom patienten då inte entydigt kan identifieras. I enlighet med SHM:s riktlinjer utvecklas inte heller användningen av uppgifterna i Patientdataarkivet med hjälp av en tillfällig specificerande identifierare på grund av det obetydliga behovet.

8 Identifieringsuppgifter om vårdgivaren och servicehändelsen

Bra att veta

Identifieringsuppgifterna om vårdgivaren beskriver den enhet som genomför tjänsten och den person som genomför hälso- eller sjukvården. Uppgifterna om den enhet som genomför tjänsten består av namnet på serviceenheten och dess specificeringskod. Uppgifterna om den person som genomför hälso- eller sjukvården består av personens namn och yrke.

Patientdatasystemet kan vanligen automatiskt ta fram identifieringsuppgifterna för varje anteckning i en patientjournal utifrån användarens inloggning och användaren behöver inte dokumentera dem separat. Uppgifterna om en servicehändelse består av ett servicehändelsedokument, identifieraren och tidpunkten för servicehändelsen, vilka patientdatasystemet också tar fram automatiskt. Användaren får fram identifieringsuppgifterna vid behov exempelvis i visningsform.

Patientdokumenten och de anteckningar som finns i dem innehåller identifieringsuppgifter (metadata), som är avsedda exempelvis för att möjliggöra lagring, sökning och behandling av patientdata. Servicehändelsen har också egna identifieringsuppgifter, som används i de elektroniska tjänsterna som hjälp för dokumenthanteringen. En stor del av identifieringsuppgifterna bildas automatiskt, och användaren behöver vanligen inte dokumentera dem. De klassifikationer som ska användas i identifieringsuppgifterna visas i tabell 7.

Tabell 7. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av identifieringsuppgifter om vårdgivare och servicehändelse.

Klassifikationer för dokumentation	Tekniska klassifikationer
Valvira - Koulutusluokitus (Utbildningsklassifikation)	eArkisto – Palvelutapahtuman laji (eArkivet – Servicehändelsens art)
TK – Ammattiluokitus (SC – Yrkesklassifikation)	eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin (Ammattihenkilön funktio/rooli) (eArkivet – teknisk CDA R2 personidentifikare, Yrkespersonens funktion/roll)

8.1 Anteckning och vårdgivarens identifieringsuppgifter

En anteckning (SHM 2012) är en helhet som en användare på samma gång dokumenterar i en enskild vy och som binds av samma metadata. Den är den minsta innehållshelhet eller dokumentär uppgift som uppstår i processerna i hälso- och sjukvården och som en yrkesutbildad person lagrar i patientdatasystemet; ett resultat skrivet av en yrkesperson eller producerat av ett mätinstrument som lagrats vid en viss tidpunkt eller en bild som producerats av en avbildningsapparat, som en yrkesperson har bedömt och lagrat som en dokumentation av vården av en viss patient.

Antecknaren är en obligatorisk uppgift, men i allmänhet tar systemet fram uppgiften automatiskt. Antecknaren är den person som ansvarar för informationsinnehållet i anteckningen. Den som dokumenterar anteckningen kan vara en assisterande person, en maskinskrivare eller en apparat. Då ska också uppgifterna om den som tekniskt dokumenterar anteckningen framgå av anteckningen. (298/2009)

Identifieringsuppgifterna om vårdgivaren identifierar den enhet som genomför tjänsten och den person som genomför hälso- eller sjukvården. Den enhet som genomför tjänsten kan vara en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som utövar sitt yrke

självständigt. Utöver verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården ska också serviceenheten identifieras. Den person som genomför hälso- eller sjukvården kan vara en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en annan person som deltar i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård, såsom en räddare inom den prehospitalla akutsjukvården.

En yrkespersons roll identifieras med en rollbeteckning enligt kodtjänsten (*eArkivet – teknisk CDA R2 personidentifierare, Yrkespersonens funktion/roll*). En yrkesperson kan också delta i flera roller i anteckningarna i ett dokument, och strukturen kan upprepas så många gånger som behövs för att samma persons olika roller i anteckningen ska lagras. I dokumentationen av en anteckning är yrkespersonens roll en obligatorisk uppgift, som systemet i allmänhet avgör automatiskt.

Uppgifterna om den person som genomför hälso- eller sjukvården anger personens namn och yrke. Den ställning som nämns i patientdokumentförordningen (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 298/2009) betyder den uppgift som en person innehar, såsom läkare eller sjukskötare. Patientdatasystemet kan automatiskt ta fram namnet på den person som genomför hälso- eller sjukvården och annan basinformation om personen utifrån användaridentifikationen. I dokumentationen av yrket utnyttjas klassifikationen *Yrkesklassifikation*.

Det är vanligt att flera personer som genomför vård deltar i vården av en patient, och då framgår uppgiften om vem som dokumenterat anteckningen av användarhanteringen. Som vårdgivare tolkas alla personer som genomför hälso- och sjukvård och som deltar i vården av en patient och dokumenterar anteckningar i patientdokumenten. När man av användaruppgifterna kan sluta sig till vem som har gjort anteckningen kan man automatiskt bilda uppgiften om antecknaren, såsom en läkare, i patientdatasystemet. I annat fall måste uppgiften om antecknaren matas in manuellt eller så kan man ta fram uppgiften i samband med att man godkänner anteckningen. I varje anteckning i ett patientdokument ingår uppgifter om vem som gjort anteckningen, om serviceenheten och om den som dokumenterat. När antecknaren är en studerande ska den person som har ansvaret för handledningen godkänna anteckningen.

Datum för dokumentationen av en anteckning ingår i den beskrivande informationen i anteckningen, men datumen för observation av patientuppgifterna hör till informationsinnehållen i anteckningen och dokumenteras separat. Tidpunkten för dokumentation av en anteckning är en uppgift som är väsentlig med avseende på uppföljningen av processen och på juridiken. I anteckningens identifieringsuppgifter ingår dessutom tidpunkten för godkännandet av anteckningen när godkännande krävs. Vanligen syns varken tidpunkten för dokumentation av en anteckning eller antecknaren för användaren, men de fås fram vid behov. De uppgifter som beskriver antecknaren finns beskrivna på en noggrannare nivå i användningsfallen i Patientdatasystemen (FPA 2012) och i Medical Records-meddelandehandboken (HL7 2013).

Uppgifterna om den enhet som genomför en tjänst och om den serviceenhet som producerar tjänster innehåller namnet i textform och en OID-kod. Systemet kan utifrån uppgifter i patienthanteringen ta fram uppgiften om serviceenhet med en avdelnings noggrannhet, såsom exempelvis bäddavdelning 2 på Kuopio universitetssjukhus, och dessutom uppgiften om specialitet, såsom exempelvis kirurgi eller internmedicin. Patientdatasystemet genererar en OID-identifierare enligt ISO-standard, som inte syns för användaren och vilken användaren inte behöver se till.

8.2 Identifieringsuppgifter för en servicehändelse

Med servicehändelse avses ordnande eller genomförande av en enskild tjänst mellan en tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster och en patient (lagen om klientuppgifter 159/2007 3 §). I praktiken är servicehändelsen en process, även om den tidsmässigt kan vara kortvarig. En servicehändelse uppstår av något slags impuls och den ger resultat som kommer av de funktioner som utförts under servicehändelsen.

Med hjälp av begreppet servicehändelse kopplas enskilda patientuppgifter och anteckningar och dokument som ingår i samma kontext samman. På så sätt motsvarar en servicehändelse begreppet *ärende*. En servicehändelse är alltså ett *ärende* till vilket alla därtillhörande dokument som uppkommer under vården kopplas.

Begreppet servicehändelse bildar en helhet med vars hjälp man hanterar en patients samtycken och förbud. I praktiken innebär det här att patienten har en möjlighet att förbjuda att uppgifter om en bestämd servicehändelse syns i en annan organisation.

Servicehändelsen riktas i datasystemen till en enskild patient och varje patientdokumentanteckning fogas till en bestämd specificerad servicehändelse. Patientdatasystemen måste med hjälp av koden för servicehändelsen kunna koppla samman uppgifter som hör till samma servicehändelse, också sådana som samma tillhandahållare av tjänster gett upphov till i olika patientdatasystem, eller om systemet inte kan koppla ihop uppgifterna måste användaren själv välja den rätta servicehändelsen. Alla vårddokument som ska lagras i Kanta-arkivet ska fogas till en specificerad servicehändelse.

En servicehändelse är exempelvis (1) ett enskilt öppenvårdsbesök inom primärvården eller den specialiserade sjukvården med tidsmässigt och sakmässigt därtillhörande undersökningar, åtgärder och kontakter, (2) en period inom den slutna vården med därtillhörande åtgärder, undersökningar och konsultationer eller (3) en besöksserie som sker av en bestämd orsak.

Även om servicehändelserna ur serviceproducentens synvinkel också kan indelas i mindre helheter är en sådan indelning inte nödvändigtvis praktisk när man söker patientdata. En besöksserie (vårdserie) är en och samma servicehändelse, där de olika besöken sakmässigt hör samman, men där man inte gör någon ny bedömning av vården. Ett enskilt besök är då en enskild prestation, som skiljer sig från de andra enbart i fråga om datum. Också då kan man vid behov göra egna anteckningar eller ett dokument om varje besök.

I definitionen av en servicehändelse måste man komma ihåg att perspektivet på vården är patientens och inte serviceproducentens. Exempelvis i den specialiserade sjukvården kan en patient vårdas på flera avdelningar. Även om ansvaret för samordningen av vården då överförs från en avdelning till en annan under servicehändelsen bildar de här processhändelserna på de olika avdelningarna en servicehändelse, när orsaken till vården inte förändras.

Begreppet servicehändelse baserar sig på lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007). Till identifieringsuppgifterna för en servicehändelse hör typen av servicehändelse, specificeringskoden och tidpunkten. Typen av servicehändelse uttrycks med klassifikationen *Servicehändelsens art*. Servicehändelserna specificeras med en OID-kod och tidpunkten för en händelse uttrycks med noggrannheten av minst en dag.

9 Orsak till att söka vård, orsaker till vård och diagnoser

Bra att veta

Orsaken till att patienten söker vård dokumenteras under rubriken Orsak till att söka vård. Den orsak patienten uppger dokumenteras som fri text. Dessutom kan en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumentera det som han eller hon bedömer vara orsak till vårdökandet strukturerat med användning av klassifikationerna ICD eller ICPC.

Det som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i ett senare stadium bedömer vara orsak till vården dokumenteras under rubriken Diagnos (läkare) eller Orsak till vård (övrig yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården). Uppgiften dokumenteras alltid strukturerat med klassifikationerna ICD eller ICPC som diagnos (läkare) eller besöksorsak (övrig yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården). Besöksorsakerna och diagnoserna kan vid behov preciseras med tilläggsbestämningar som beskriver diagnosens huvudsaklighet (huvud- vs bidiagnos), varaktighet (tidsbegränsad vs. varaktig) och säkerhet (misstänkt vs. sannolik eller säker).

Informationshanteringstjänsten sammanställer en lista på diagnoser, som patientdatasystemet visar så att de varaktiga diagnoserna visas separat från de tidsbegränsade. Diagnoserna på listan kan användas som underlag för nya diagnosdokumentationer och diagnoserna kan preciseras och nya diagnoser fogas till en vårdepisod i samband med den gamla diagnosen.

Orsaken till att patienten söker vård och orsaken till vården dokumenteras strukturerat klassificerad med ICPC- eller ICD-koder som *besöksorsak* eller *diagnos*. Orsaken till att söka vård dokumenteras under rubriken *Orsak till att söka vård* och i ett senare stadium de bedömda orsakerna till vård och diagnoserna under rubriken *Diagnos* eller *Orsak till vård* (se kap 6.3). De klassifikationer som ska användas för dokumentation av besöksorsaker och diagnoser beskrivs i tabell 8.

Tabell 8. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av besöksorsaker och diagnoser.

Klassifikationer för dokumentation
THL – Tautiluokitus ICD-10 (Sjukdomsklassifikationen ICD-10)
Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitus (Kommunförbundet – ICPC Primärvårdsklassifikationen)
AR/YDIN – Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus (Prioritet för en diagnos/åtgärd)
AR/YDIN – Pysyvyys (Beständighet)
AR/YDIN – Varmuusaste (Säkerhetsgrad)
THL – Tiedon lähde (Informationskälla)
AR/YDIN – Terveystiedon voimassaolon päättymisen syy (Orsak till att en hälsouppgift slutat gälla)

9.1 Orsaker till vård

Som synonymer till orsaken till vård har termerna besöksorsak och orsak till besöket använts (Rautiainen et al, 2013). I den här publikationen är Orsak till vård och Orsak till att söka vård termer som använts som rubriker i patientjournalstrukturen. Under dem kan man dokumentera både fri text och strukturerade data.

Besöksorsak är däremot en term för strukturerad information, och under den dokumenteras bara strukturerade data. Termen Diagnos fungerar både som rubrik och som namn på en strukturerad uppgift.

9.1.1 Orsak till att söka vård

Orsak till att söka vård beskriver patientens egen bedömning, baserad på den egna erfarenheten och uppfattningen, av den eller de orsaker som ledde till kontakt eller till uppsökande av vård. Patientens personliga orsaker till att söka vård och till annan kontakt kan ha att göra med olika slags symtom, tidigare diagnostiserade sjukdomar eller diagnostiska och vårdmässiga åtgärder eller behov som gäller medicinering. Uppgifterna om orsaken till att söka vård har traditionellt dokumenterats som fri text i samband med tidsbokning eller anmälan och i en ankomstsituation särskilt på mottagningar inom primärvården.

Orsaken till att söka vård dokumenteras av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller av en motsvarande person som arbetar med telefonrådgivning eller i receptionen som fri text så autentiskt som möjligt på basis av patientens (eller hans eller hennes representants) anmälan. I framtiden kan de elektroniska tjänsterna och datasystemen göra det möjligt för patienten att själv dokumentera orsaken.

För att utveckla den strukturerade dokumentationen av orsaken till att söka vård har man planerat en enkel klassifikation, exempelvis i form av en "favoritlista" på basis av ICPC-klassifikationen. I fortsättningen utreds möjligheten att ta fram en riksomfattande definition särskilt av de ICPC-klasser som ska användas som orsak till att söka vård. Anvisningarna för dokumenteringen av orsaken till att söka vård kommer till denna del att preciseras.

Orsaken till att söka vård dokumenteras under rubriken *Orsak till att söka vård*⁵.

9.1.2 Besöksorsak

Besöksorsaken uttrycker synen hos en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården på det hälsoproblem som skötts under ett besök på mottagningen. Besöksorsaken grundar sig alltid på observation och bedömning av en yrkesutbildad person och definitionen av den sker under och på basis av mottagningssituationen. I motsats till orsaken till att söka vård förutsätter besöksorsaken alltid aktivt ställningstagande av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården till patientens hälsoproblem och situation.

Dokumenteringen av besöksorsaken sker utifrån den yrkesutbildade personens utbildning, yrkeskompetens, uppgifterna och arbetsbeskrivning. Som besöksorsak dokumenteras de förebyggande funktioner, symtom, besvär och sjukdomar som är föremål för vården och verksamheten eller som annars är under behandling just då. En patients grundsjukdom eller varaktiga sjukdomar dokumenteras som besöksorsak endast när behandlingen av dem är aktuell eller när de väsentligt påverkar den sjukdom som ska behandlas eller den vård som ska ges.

Besöksorsaken dokumenteras med Sjukdomsklassifikationen ICD-10 eller ICPC-2 Primärvårdsklassifikationen enligt strukturen för informationsinnehållsdefinitionen Diagnoser och besöksorsak. Det kan finnas en eller flera besöksorsaker. Andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än de som fått medicinsk utbildning dokumenterar under sina expertmottagningar en uppgift som bygger på den yrkesutbildade personens bedömning av besöksorsaken och de hälsoproblem han eller hon behandlat med klassifikationen ICD eller klassifikationen ICPC ifall bedömningen baserar sig på en diagnos som tidigare gjorts av en läkare.

Namnet på besöksorsaken tas i första hand fram på basis av koden från ICD eller ICPC, men namnet kan vid behov omformas så att det är exaktare än den term som används i klassifikationen och bättre beskriver orsaken, förutsatt att betydelsen inte avviker från koden.

Besöksorsakerna dokumenteras av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än de som fått medicinsk utbildning. Läkarna dokumenterar inte besöksorsaker utan de dokumenterar alltid orsakerna till vård som diagnoser. Besöksorsakerna dokumenteras under rubriken *Orsak till vård*.

⁵ fogad till de riksomfattande rubrikerna 2015.

9.1.3 Diagnos

En diagnos uttrycker en medicinskt fastställd sjukdom. Den avser en beskrivning av en sjukdom som definierar själva sjukdomen och dess kvalitet (Komulainen, 2012). Diagnosuppgiften dokumenteras i ett så tidigt stadium som möjligt av den läkare som vårdar patienten. Teknisk antecknare av diagnosuppgiften kan också vara en annan person än en som har fått medicinsk utbildning⁶.

Läkarna dokumenterar alltid orsaken till vården som en diagnos – inte som besöksorsak – under rubriken *Diagnos*. Namnet på diagnosen tas i första hand fram på basis av koden från ICD- eller ICPC-klassifikationen, men den läkare som gjort diagnosen kan också omforma diagnosens namn så att det är exaktare och bättre beskrivande än den term som används i klassifikationen, förutsatt att betydelsen inte avviker från koden. Eventuella preciseringar, justeringar och tillägg kan också dokumenteras efter diagnosens namn (exempelvis: ICD-10 S92.0 Fraktur på fot, *höger fot*).

Med besöksdiagnoser åsyftas de hälsoproblem, orsaker till vård och (tidsbestämda eller varaktiga) diagnoser som behandlats i samband med respektive kontakt. Tidigare diagnoser som inte har betydelse för undersökningen, behandlingen eller prognosen av det aktuella hälsoproblemet, eller som inte under den förhandenvarande stunden påverkar patientens hälsotillstånd ska inte antecknas som diagnoser för vårdhändelsen.

Dokumentation av en diagnos som sker i en så tidig fas som möjligt stöder möjligheten till att använda kliniskt beslutsstöd. Dokumentationen av diagnoser beskrivs närmare i handboken *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* (Komulainen, 2012). Klassifikationerna ICD-10 och ICPC-2 presenteras närmare i handböckerna *Tautiluokitus ICD-10 – Klassifikation av sjukdomar* (2011) och *ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus* (Kvist och Savolainen, 2010):

9.2 Innehållen i en besöksorsak och en diagnos

Besöksorsak och diagnos dokumenteras med samma struktur⁷ och deras innehåll beskrivs tillsammans. I dokumentationen av dem finns emellertid små skillnader som för varje kapitel beskrivs separat.

9.2.1 Koder för diagnos och besöksorsak

Diagnoser och besöksorsaker dokumenteras med klassifikationerna *ICD-10* eller *ICPC-2*. Om diagnosen⁸ dokumenteras med en ICPC-kod är det möjligt – och att rekommendera – att precisera den med en ICD-kod. Patientdatasystemet kan ta fram en lista på ICD-koder som motsvarar ICPC-koderna och av vilka antecknaren väljer en lämplig kod.

Man kan som ICD-kod använda enstaka diagnoskoder eller kodpar som finns i klassifikationen ICD. Dessutom kan den som gör anteckningen själv bilda kodpar genom att förena enstaka koder i ICD-klassifikationen, när den först valda koden slutar på ett &- , *- tai +-tecken. I en kod som slutar med ett #-tecken måste man som specifikation alltid dokumentera ATC-koden för det läkemedel som orsakar tillståndet.⁹

Vissa ICD-koder kräver som tilläggsuppgift diagnosens yttre orsak, typen av olycksfall eller uppgifter om idrottsgrenen. Patientdatasystemet identifierar de diagnoser för vilka man ska dokumentera tilläggsuppgifter. Den som gör anteckningen ska fylla i tilläggsuppgifterna för de här diagnoserna.

⁶ Den som gör anteckningen (sakinnehållet) är emellertid alltid en läkare.

⁷ Informationsinnehållet har definierats i THL/Tietosisältö – Diagnosit (THL/Informationsinnehåll – Diagnoser) som publicerats på kodservern.

⁸ I princip gäller detsamma besökskoderna, men i praktiken preciseras besöksorsakerna knappast med en ICD-kod.

⁹ tekniskt lagras orsakskoden, symtomkoden, koden för endokrinologisk störning och ATC-koden som egna data, vilket möjliggör en bättre statistisk behandling av dem (från och med det innehåll som definierats 2015)

9.2.2 Prioriteten hos en diagnos eller en besöksorsak

Betydelsen av en dokumenterad diagnos eller besöksorsak i samband med varje vårdhändelse beskrivs i patientjournalen med huvud- och bidiagnosbestämningar. Med en *huvuddiagnos* avses den primära diagnosen eller besöksorsaken med tanke på vården av en patient i respektive vårdssituation. Med en *bidiagnos* avses andra sekundära diagnoser eller besöksorsaker med tanke på vården av en patient, vilka likväl i en vårdssituation påverkar undersökningen av, vården av och prognosen för en patient eller hans eller hennes omedelbara hälsotillstånd.

Uppgiften om diagnosens eller besöksorsakens prioritet dokumenteras i enlighet med klassificeringen *Prioritet hos en diagnos*. För ett besök eller en vårdperiod ska man bestämma huvuddiagnosen eller den huvudsakliga besöksorsaken senast när vårdperioden eller besöket avslutas. Som huvuddiagnos antecknas det hälsoproblem och den sjukdom som var det primära temat för vårdhändelsen. För varje besök eller vårdperiod kan det finnas bara en huvuddiagnos. Ifall den inte har definierats tolkas den diagnos eller besöksorsak som nämns först i dokumentationen av besöket eller i slututvärderingen av vårdperioden som huvuddiagnos och de övriga som bidiagnoser.

9.2.3 Beständigheten hos en diagnos eller en besöksorsak

Med beständigheten hos en diagnos åsyftar man diagnosens tidsmässiga sträckning i vården av patienten. Uppgiften om diagnosens beständighet har att göra med om den ställda diagnosen orsakar patienten varaktigt behov av vård eller om den en gång ställda diagnosen påverkar patientens kommande hälsotillstånd eller den vård som ska ges på grund av andra sjukdomar. När varaktiga diagnoser har samband med vården dokumenteras de som diagnoser vid ett besök eller en vårdperiod.

Beständigheten hos en diagnos beskrivs vid behov med hjälp av klassificeringen *Beständighet*. Diagnosen kan vara tidsbegränsad eller varaktig.

- En *tidsbegränsad* diagnos innebär en diagnos på en övergående sjukdom, skada eller ett annat hälsoproblem som inte har långvarig betydelse med avseende på patientens hälsotillstånd, välmående eller andra hälsoproblem. De tidsbegränsade diagnoserna syns på listan över diagnoser och besöksorsaker i Informationshanteringstjänstens diagnosammandrag.
- En *varaktig* diagnos är långvarig eller varaktig till naturen och den kan ha speciell betydelse för patientens hälsa, välmående och vård också efter att sjukdomen eller något annat hälsoproblem har gett vika. De varaktiga diagnoserna har ofta betydelse i samband med de flesta patientkontakter, även om de inte är den egentliga orsaken till att en person söker vård och därför dokumenteras de ofta som bidiagnoser vid besök och vårdperioder. De varaktiga diagnoserna syns på en egen lista över varaktiga diagnoser i Informationshanteringstjänstens diagnosammandrag och de hålls på listan ända tills någon dokumenterar dem som avslutade (se kap. 9.2.7 och 9.3.4).

Det är obligatoriskt att bestämma diagnosens beständighet. Patientdatasystemen tar fram utgångsvärden för diagnosernas beständighet enligt den utgångsuppgift¹⁰ som ska publiceras sommaren 2015 på kodservern. När en utgångsmässigt varaktig diagnos dokumenteras för en patient för första gången (dg finns inte i patientens varaktiga diagnoser) frågas av den som gör anteckningen om den ska dokumenteras som varaktig. Om diagnosen redan finns bland de varaktiga diagnoserna dokumenteras den automatiskt som varaktig. På basis av klassifikationen dokumenteras utgångsmässigt tidsbegränsade diagnoser automatiskt som tidsbegränsade, ifall de inte finns bland patientens varaktiga diagnoser. Den som gör anteckningen kan emellertid alltid vid behov ändra en uppgift som följer utgångsvärdet.

Besöksorsakerna är begreppsmässigt bara orsaker till det förhandenvarande besöket och alltså inte ställningstaganden till tillståndets beständighet. Därför behöver man inte ta ställning till beständigheten när man dokumenterar en besöksorsak. Om den besöksorsak som ska dokumenteras finns bland patientens varaktiga

¹⁰ Uppgiften om huruvida diagnosen i regel och utgångsmässigt är varaktig (*Beständighet* = Varaktig) definieras och publiceras som ett tilläggsuppgiftsfält i klassifikationerna ICD- och ICPC.

diagnoser dokumenteras den automatiskt som varaktig. Annars antecknas besöksorsakerna automatiskt som tidsbegränsade.

9.2.4 Säkerhetsgraden hos en diagnos eller en besöksorsak

Diagnostik karaktäriseras av dess osäkerhet. Säkerhetsgraden hos en diagnos eller en besöksorsak dokumenteras med klassificeringen *Säkerhetsgrad*. En diagnos eller en besöksorsak kan då vara *Misstänkt* eller *Sannolik eller säker*.

Misstänkt som säkerhetsgrad syftar på den diagnos, risk eller det behov av vård som antagits på basis av tillgängliga uppgifter och som kräver tilläggsuppgifter eller uteslutande av andra eventuella diagnoser för att man ska kunna bekräfta den. Klassen *Misstänkt* används i regel när man i en ankomstsituation dokumenterar en "arbetsdiagnos" under rubriken *Orsak till att söka vård/orsak till vård*, men klassen kan också användas med den egentliga diagnosen, ifall man inte på basis av utförda undersökningar kan bedöma diagnosen som tillräckligt sannolik.

Säkerhetsgraden *sannolik eller säker* förutsätter inte patologisk evidens utan den kan grunda sig enbart på en klinisk bedömning. Det räcker att diagnosen, risken eller behovet av vård på basis av tillgängliga uppgifter är så sannolik att en planerad vård motiverat kan genomföras utan ytterligare undersökningar.

Användningen av bestämningar som anger säkerhetsgraden hos en diagnos eller en besöksorsak är inte obligatorisk, men de rekommenderas när det är motiverat med avseende på patientens aktuella eller kommande vård eller undersökningar. En sådan situation kan exempelvis vara när man misstänker en långvarig eller allvarlig sjukdom i ett skede när de undersökningar som bekräftar (eller utesluter) diagnosen fortfarande är på planeringsstadiet eller under arbete. En uppgift om en diagnos som har dokumenterats som misstänkt kan då användas i stödet av det kliniska beslutsfattandet. Det är av större klinisk betydelse att dokumentera säkerhetsgraden *Misstänkt* än *Sannolik eller säker* för i praktiken tolkas ett tomt värde som *Sannolik eller säker*.

9.2.5 Informationskälla

När man dokumenterar en diagnos kan man vid behov ange informationskällan, det vill säga från vem en uppgift härstammar, med hjälp av kodsyste­met *Informationskälla*. Informationskällan kan vara exempelvis en annan vårdande organisation eller en patient eller dennas representant. Ofta dokumenterar man inte informationskällan bland den egna organisationens uppgifter utan tomt tolkas som den egna organisationens information. Det är väsentligt att dokumentera informationskällan när en uppgift har erhållits från ett annat håll, exempelvis av patienten själv.

9.2.6 Uppgifter om fastställande av diagnos eller besöksorsak

Datum för fastställande av en diagnos avser det datum när den ifrågavarande diagnosen första gången fastställdes. För tidsbegränsade diagnoser, exempelvis öroninflammation, har varje sjukdomsperiod ett eget datum för fastställande – och en som fastställer. För varaktiga diagnoser (dg beständighet = varaktig) avses med datum för fastställande det datum när diagnosen ursprungligen (första gången) fastställdes. Den som fastställer diagnosen är likaledes den som ursprungligen fastställde diagnosen¹¹.

När man dokumenterar en nya diagnos eller besöksorsak ska den aktuella dagen antecknas som datum för fastställande och antecknaren som den som fastställer diagnosen eller besöksorsaken. Om en diagnos eller en besöksorsak kopieras från en patients varaktiga diagnoser kopieras datum för fastställande och uppgiften om vem som fastställde från den gamla anteckningen. Om den kopierade diagnosen ändras eller besöksorsaken ändras till en diagnos dokumenterar man den aktuella dagen som datum för fastställande och antecknaren som den som fastställer diagnosen, på samma sätt som när en ny diagnos dokumenteras.

¹¹ Vid varje besök antecknas den läkare som dokumenterar en diagnos som diagnos för besöket som den som gör anteckningen, även om den som fastställer diagnosen är den som ursprungligen fastställde den. Likaså är anteckningsdatum alltid den dag när anteckningen görs, även om datum för fastställande ligger i det föregående.

Om patienten har en varaktig diagnos som tidigare fastställts annanstans men som inte lagrats i Patientdataarkivet och man vill dokumentera diagnosen som en varaktig diagnos för patienten, kan man anteckna den som fastställd diagnos och datum för fastställandet i det förgångna, exempelvis med ett års noggrannhet, eller utelämna uppgifterna.

9.2.7 Uppgifter om avslutad diagnos

En diagnos som finns på en patients lista över varaktiga diagnoser kan vid behov antecknas som avslutad, exempelvis om patienten tillfrisknar eller diagnosen preciseras. Det här sker genom att man gör en ny anteckning om diagnosen och ger den uppgifter om avslutande. För tidsbegränsade diagnoser och besöksorsaker behöver man inte dokumentera uppgifter om avslutande.

I en avslutsdokumentation ska alla andra uppgifter än den om att diagnosen är avslutad vara desamma som i den ursprungliga diagnosdokumentationen. Diagnosens avslutsdatum är det datum då en sjukdom enligt diagnosen har konstaterats avslutad. Utgångsdatumet för en avslutad diagnos är datum för dokumentationen av anteckningen och den som konstaterar avslutandet är den som gjorde anteckningen. Uppgifterna kan ändras vid behov. För en diagnos som avslutas ska man också dokumentera orsaken enligt klassificeringen *Orsak till att en hälsouppgift slutat gälla*. Orsaken till avslutandet kan vara Tillfrisknande, Preciserad och Annan orsak¹².

9.2.8 Vårdepisod och episodbeteckning i en diagnos eller en besöksorsak

En vårdepisod (episode of care) syftar på en tidsmässigt framskridande vårdhelhet i samband med ett visst hälsoproblem hos en patient, i vilken flera vårdhändelser kan ingå. Långvariga sjukdomar, exempelvis en blodtryckssjukdom, bildar i regel en vårdepisod, däremot bildar varje insjuknande i kortvariga sjukdomar, såsom en öroninflammation, en egen episod.

Patientdatasystemen tar för varje diagnos och besöksorsak fram en episodbeteckning med vars hjälp diagnosen eller besöksorsaken kan kopplas till patientens vårdepisod. Med hjälp av episodbeteckningen kan man koppla ihop händelser som gäller samma sjukdom hos en enskild patient oberoende av vem som stått för tjänsterna (se exempel i kap. 9.3.2).

Episodbeteckningen visas inte för den som dokumenterar, däremot kan man ge ett namn åt vårdepisoden som också syns för den som dokumenterar och för användaren av uppgiften. Den nya episodens namn blir utgångsmässigt namnet på diagnosen. När man kopierar en gammal diagnos blir namnet utgångsmässigt namnet enligt den gamla episodbeteckningen. I båda fallen kan antecknaren ändra namnet på episoden vid behov. Episodens namn kan alltså förändras under episoden och som namn används alltid namnet på episoden enligt den nyaste dokumenteringen.

När en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar en diagnos eller en besöksorsak kopplar systemet automatiskt diagnosen till den gamla diagnosen, det vill säga ger diagnoserna samma episodbeteckning, såvida samma diagnoskod förekommer på listan över patientens varaktiga sjukdomar eller i diagnoser eller besöksorsaker vid besök¹³ för mindre än tre månader tidigare.

¹² *Dokumentationsfel* avlägsnas från klassificeringen eftersom dess betydelse har missuppfattats och det har använts i stället för att rätta till ett fel också när felet har funnits i de egna dokumenten och kunnat korrigeras. Om en diagnos har dokumenterats felaktigt av misstag, och man inte kan korrigera den ursprungliga felaktiga dokumentationen, exempelvis när felet finns i ett dokument gjort av en annan organisation, ska man i fortsättningen som orsak till avslutandet använda klassen *Annan orsak* och som tilläggsinformation precisera att det är fråga om korrigering av en felaktig dokumentation. Också då ska den organisation som dokumenterat felet informeras om det, så att de gör korrigeringen i det ursprungliga dokumentet. Om en diagnos som avslutas har dokumenterats på grund av misstanke om en sjukdom som senare konstateras vara omotiverad används som orsak för avslutandet klassen *Preciserad*.

¹³ Den här tolkningen kan i princip felaktigt koppla exempelvis två öroninflammationer till samma episod, men regeln har ansetts vara "tillräckligt exakt" för att slutledningsreglerna i regel ska kunna tillämpas utan att man behöver be om uppgiften av antecknaren.

Ifall en diagnos finns i över tre månader gamla besöksdiagnoser och -orsaker ska man fråga antecknaren om diagnosen är kopplad till den gamla diagnosen eller besöksorsaken eller om det är fråga om en ny sjukdomsperiod, alltså en ny vårdepisod. Om diagnosen inte är kopplad till en tidigare bildar systemet en ny episodbeteckning. Om den ifrågavarande diagnosen inte har dokumenterats för patienten tidigare ska man alltid bilda en ny episodbeteckning.

Om man samtidigt dokumenterar flera diagnoser eller besöksorsaker som inte förekommer i patienternas varaktiga diagnoser eller i under tre månader gamla besöksdiagnoser och -orsaker får varje diagnos eller besöksorsak en egen episodbeteckning. Episoderna har då inte direkt samband med besöken eller vårdperioderna, utan samma besök kan höra till flera olika episoder.

9.3 Utnyttjande av gamla anteckningar

9.3.1 Tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker kan plockas till en dokumentation

För att underlätta dokumenteringen av diagnoser och besöksorsaker kan man plocka tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker från diagnoslistan för dokumentering som ny diagnos eller besöksorsak i journalen. När man söker i en patients gamla diagnosdokumentationer för en ny anteckning kommer alla uppgifter om tidigare anteckningar, utom om besöksorsak och i tidsbegränsade diagnoser *Den som fastställde diagnosen och datum för fastställandet* fram, vilkas utgångsvärden är antecknaren och datum för dokumentationen. Med den nya anteckningen kan den som dokumenterar fritt ändra alla uppgifter.

Det är rekommendabelt att i första hand plocka diagnoser och besöksorsaker från listan på varaktiga diagnoser eftersom diagnosens beständighet och den som fastställer diagnosen då också kopieras med. En gammal diagnos ska inte alltid kopieras som grund för en ny diagnos av den orsaken att också episodbeteckningen kopieras. Exempelvis vid en fraktur i den ena höften kan man inte kopiera en tidigare höftfrakturdiagnos eftersom den nya frakturen då kopplas till den gamla frakturepisoden, trots att det egentligen är fråga om en annan episod.

9.3.2 Precisering av en diagnos eller en besöksorsak

Uppgifterna i en dokumenterad diagnos eller besöksorsak kan vid behov preciseras. Det här sker genom att man för ifrågavarande diagnos eller besöksorsak dokumenterar en ny anteckning, där de behövliga preciseringarna görs. Preciseringsanteckningen ska ha samma episodbeteckning som den ursprungliga, men de övriga uppgifterna kan ändas av den som dokumenterar. Enklast görs en precisering genom att man plockar den gamla diagnosen eller besöksorsaken som underlag för en ny anteckning och samtidigt gör de ändringar som behövs. En ändring av själva diagnosen eller besöksorsaken kan också göras på det här sättet, så att båda diagnoserna eller besöksorsakerna hör till samma episod.

Exempelvis när huvudvärk (R51.80) alltefter att undersökningarna framskrider preciseras till en hjärntumör (D43.2) och vidare till ett meningeom (D32.03), kan alla kopplas till samma episod genom att man kopierar den gamla diagnosen som underlag för den nya diagnosen och samtidigt gör de ändringar som behövs. När en gammal diagnos preciseras, exempelvis från hjärntumör (D43.2) till meningeom (D32.03), ska den gamla diagnosen (D43.2) antecknas som avslutad om den inte längre har någon betydelse. Som orsak till att diagnosen har avslutats dokumenteras då *Preciserad*. När den gamla diagnosen avslutas avlägsnas flerfaldiga diagnoskoder för samma sjukdom från listan på varaktiga diagnoser. (se också kap. 9.2.7).

9.3.3 Kopplande av en diagnos eller besöksorsak till en annan

När man dokumenterar en ny diagnos eller besöksorsak kan den kopplas till en befintlig diagnos eller besöksorsak med hjälp av episodbeteckningen genom att man ger den samma episodbeteckning som den befintliga diagnosen eller besöksorsaken har. Om diagnosen eller besöksorsaken finns i patientens varaktiga diagnoser eller i under tre månader gamla diagnoser eller besöksorsaker görs kopplingen automatiskt. Om man vill koppla en diagnos till en annan diagnoskod görs det genom att man preciserar diagnosen eller besöksorsaken såsom visas i kap. 9.3.2.

9.3.4 Dokumentation av en uppgift om avslutande av en varaktig diagnos

Uppgifter om avslutande av en diagnos dokumenteras endast för varaktiga diagnoser. Anteckningar om avslutande av diagnoser och besöksorsaker för besök och vårdperioder görs inte separat.

När en varaktig diagnos upphör, exempelvis när patienten tillfrisknar, dokumenteras den varaktiga diagnosen som avslutad. Det här sker genom att man dokumenterar en ny anteckning för diagnosen, där man skriver in uppgifter om avslutandet (datum för avslutandet, den som fastställer avslutandet och orsaken till avslutandet, se kap. 9.2.7). Alla andra uppgifter än den om att diagnosen är avslutad ska i en avslutsdokumentation vara desamma som i den ursprungliga diagnosdokumentationen. Som vy för uppgiften om avslutande används vyn enligt antecknarens specialitet, ifall vyn inte annars är vald.

Om en gammal diagnos preciseras bör den gamla diagnosen antecknas som avslutad ifall den inte längre har betydelse. Det här avlägsnar flerfaldiga diagnoskoder för samma sjukdom från listan på varaktiga diagnoser. Det underlättar också antecknandet av hela episoden som avslutad (se följande stycke).

När en hel episod avslutas försvinner episoden inte nödvändigtvis från diagnoslistan när den nyaste diagnosen under episoden avslutas, om inte de tidigare diagnoserna under episoden har avslutats när diagnosen har precisrats, utan alla diagnoser som hör till episoden ska avslutas separat. Hela episoden tolkas som avslutad först när alla dg i den har avslutats. I exemplet i kap. 9.3.2 avslutas hela episoden först när huvudvärken (R51.80), hjärntumören (D43.2) och meningeomet (D32.03) separat har antecknats som avslutade. Om exempelvis D43.2 antecknades som avslutad när diagnosen precisrades till D32.03, behöver man bara när episoden avslutas dokumentera att diagnoserna D32.02 och R51.80 är avslutade.

10 Riskuppgifter

Bra att veta

Riskuppgifter eller riskinformation är uppgifter som kan orsaka en särskild risk för patientens eller personalens hälsa om de inte uppmärksammas. De kritiska riskuppgifterna omfattar livshotande allergiska reaktioner och reaktioner orsakade av läkemedel och övriga risker som orsakar livsfara.

Riskerna dokumenteras med användning av typ-, grad- och beständighetskodsystem för riskuppgiften, vid behov ICD-koder eller åtgärdskodsystem. ATC-kod för läkemedel används när en risk är förknippad med ett läkemedel, exempelvis läkemedelsallergi.

En risk kan också dokumenteras när en våldsam patient orsakar fara för personalen och inte bara för sig själv.

Riskuppgifterna består av kritiska risker och uppgifter som ska beaktas i vården av en patient eller i personalens säkerhet. De klassifikationer som ska användas för dokumentation av risker finns samlade i tabell 9.

Tabell 9. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av riskuppgifter om en patient.

Klassifikationer för dokumentation
AR/YDIN – Riskitiedon tyyppi (Typ av riskuppgift)
AR/YDIN – Riskitiedon aste (Riskuppgiftens grad)
AR/YDIN – Varmuusaste (Säkerhetsgrad)
AR/YDIN – Pysyvyys (Beständighet)
THL – Tautiluokitus IDC-10 (Sjukdomsklassifikationen ICD-10)
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus (Kommunförbundet – ICPC-2 Primärvårdsklassifikation)
Fimea – ATC-luokitus (ATC-klassifikation)
THL – Toimenpideluokitus (Åtgärdsklassifikation)

Riskuppgifter eller riskinformation är uppgifter som kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa om de inte uppmärksammas. Uppgifterna används för att göra de personer som vårdar en patient uppmärksamma på att vården eventuellt måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala. Syftet med riskuppgifterna är att de ska beaktas i alla nödvändiga situationer. Indelningen i kritiska uppgifter och uppgifter som ska beaktas i vården gör det lättare att lägga märke till de viktigaste uppgifterna. Man ska förhålla sig kritiskt till dokumentationen av riskuppgifter. De bedöms alltid patientvis och man kommer överens om dokumentationspraxis organisationsvis.

10.1 Informationsinnehållet i riskuppgifterna

Riskuppgifterna behövs av de personer som genomför hälso- och sjukvård och som deltar i aktuella och kommande behandlingar. Riskuppgifterna dokumenteras alltid i riskinformationsvyn. För riskuppgifterna ska man alltid dokumentera *Riskens namn*, *Typen av risk* och *Graden av risk*. Dessutom kan en uppgift preciseras bland annat med *Ytterligare information i anknytning till risken* och *Förklaring, beaktande av risken i patientvården* samt med *Riskens säkerhetsgrad* och *Riskens permanens*. I riskuppgifterna ingår

dessutom datum när risken har konstaterats eller avlägsnats samt uppgifterna om den som konstaterade och avlägsnade den.

10.1.1 Typ av risk och riskkod

Med kodsystemet *Typ av riskuppgift* uttrycks riskuppgiftens natur. I tabell 10 beskrivs riskernas huvudklasser. Varje huvudklass fördelar sig på 2–8 närmare riskklasser. Klassifikationen har publicerats på kodservern. Typen av risk ska dokumenteras för varje riskuppgift.

En riskuppgift kan dokumenteras genom fritt val av risktyp och manuell dokumentation av de uppgifter som behövs. Alternativt kan riskuppgiften dokumenteras kodad med diagnos- eller åtgärdsklassifikation. Syftet är att patientdatasystemen i fortsättningen automatiskt ska föreslå dokumentation av risken i samband med vissa åtgärder som orsakar patienten särskild risk eller i samband med dokumentation av ICD-10-kodade diagnoser. Man ska då av den som gör dokumentationen få säkerhet i om riskuppgiften ska dokumenteras och den som dokumenterar kan vid behov komplettera uppgifterna. En diagnos dokumenterad med ICPC-kod kan då också ge upphov till en riskdokumentation till följd av ICPC - ICD-10-bygeln. En uppgift om diagnoser och åtgärder som bör föreslå dokumentation av riskinformationen ska läggas till ICD- och Åtgärdsklassifikationerna på kodservern 2015.

Även om vissa diagnoser orsakar patienten särskilda risker är det inte meningen att riskuppgiftslistan ska överlappa diagnoslistan. Långvariga sjukdomar, exempelvis cancer, är inte avsedda att dokumenteras som risker, även om de ska beaktas i vården av en patient. De syns i patientens diagnoslista. Som risker dokumenteras bara de diagnoser som orsakar särskild risk för patienten, exempelvis en ökad risk för blödning orsakad av hemofilier.

Tabell 10. Risktypernas huvudklasser.

Kod	Risktyp
L	Läkemedelsreaktioner och -allergier
A	Andra allergier
S	Risksjukdomar och -behandlingar
V	Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter
H	Behandlingar som kräver särskilt beaktande
I	Transplanterade vävnader och konstmaterial
E	Mikrober och isoleringsbehov
R	Begränsning av vården
K	Risker i anslutning till beteendet
M	Andra risker

10.1.2 Namn på risken och fritt formulerade preciseringar

Namn på risken

Som namn på en risk används i första hand namnet på risktypen – eller om riskuppgiften baserar sig på en diagnos, diagnosens namn. Den som dokumenterar kan precisera det utgångsmässiga namnet eller dokumentera ett självvalt namn som bättre beskriver risken.

Ytterligare information i anknytning till risken

En risk kan preciseras med ytterligare information om den, exempelvis med information om den faktor som orsakar risken. Ytterligare information kan ges som fri text eller i kodad form, exempelvis med en ATC-kod för ett läkemedel som orsakat allergi. Uppgiften i textform följer då med koden, men den som dokumenterar kan vid behov modifiera den så att den bättre beskriver risken.

Förklaring, beaktande av risken i patientvården

Risktypen med ytterligare information beskriver inte nödvändigtvis effekterna av risken på vården av en patient. Därför finns det en möjlighet i riskuppgifterna att i en separat förklaring beskriva hur risken ska beaktas i vården av patienten. I förklaringen kan användarna fritt formulerat dokumentera hur risken påverkar vårdåtgärderna. En avvikande anatomi (ytterligare information trångt urinrör) kan exempelvis ha förklaringen "kateterisering lyckas inte, blåspunktion måste alltid göras i stället för kateterisering".

10.1.3 Riskgrad

Riskuppgifterna delas in i kritiska uppgifter och uppgifter som ska beaktas i vården. För att uttrycka dem används kodsystelet *Riskuppgiftens grad*. Utgångsvärdet för riskgraden kommer med risktypen, eller med diagnos- eller åtgärds-koden, om en riskuppgift tas fram på basis av dg- eller åtg-koden. Användaren kan vid behov ändra riskgraden enligt utgångsvärdet.

Kritiska uppgifter är uppgifter som ifall de inte uppmärksammas kan orsaka livsfara för patienten eller annan betydande risk för patienten, personalen eller omgivningen och som när de uppmärksammas orsakar ett behov av att ordna vården på ett sätt som avviker från det normala.

De kritiska riskuppgifterna omfattar hotande allergiska eller läkemedelsorsakade reaktioner, avvikande blodgruppsantikroppar, implanterade pacemaker och defibrillatorer hos patienten samt bärarskap av och exponering för en multiresistent mikroob som kräver isolering.

I Patientdatasystemet ges de kritiska riskuppgifterna aktivt användaren för kännedom så att de blir beaktade i vårdsituationer, exempelvis genom att listan på kritiska uppgifter alltid öppnas när en användare öppnar patientdata. I basvyn visas existensen av kritiska riskuppgifter med en röd triangel. När man dokumenterar risker som kritiska ska man alltid tillämpa särskilt omdöme för att de verkligt kritiska riskerna inte ska drunkna bland de övriga riskerna.

Uppgifter som ska beaktas i vården är sådana som påverkar vården av en patient när de uppmärksammas, men som inte orsakar livsfarlig eller annan betydande risk för patientens eller personalens hälsa eller för omgivningen om de inte uppmärksammas.

I de centrala uppgifter som ska beaktas i vården dokumenterar man de uppgifter som inte dokumenteras bland de kritiska riskuppgifterna. Beaktandet av dem påverkar vården av patienten, men om de inte uppmärksammas leder det inte till någon livsfarlig risk för patientens eller personalens hälsa eller för omgivningen. De uppgifter som ska beaktas i vården omfattar bland annat avvikande reaktioner orsakade av läkemedel, allergier, risksjukdomar och -behandlingar, behandlingar som kräver särskild uppmärksamhet, transplanterade vävnader och konstmaterial, multiresistent mikrober som inte kräver isolering, vårdbe- gränsningar och risker förknippade med beteende.

De risker som ska beaktas i vården visas på listan över riskuppgifter så att de skiljer sig från de kritiska riskerna. De öppnas inte heller när man öppnar patientuppgifterna. I basvyn visas existensen av riskuppgifter som ska beaktas i vården med en gul triangel. Alla riskuppgifter syns emellertid i riskuppgiftssammandraget. Om inga riskuppgifter har dokumenterats för patienten visas det med en grå triangel.

10.1.4 Strukturerade preciseringar av en risk

En riskuppgift kan dessutom preciseras med strukturerade tilläggsuppgifter.

- Med kodsystemet *Säkerhetsgrad* uttrycks säkerhetsgraden för en risk. Kodsystemet används när man vill dokumentera om riskuppgiften är *misstänkt* eller *sannolik* eller *säker*.
- *Beständighet*. Med beständighetsuppgiften kan man skilja åt *varaktiga* och *tidsbegränsade* risker. För de tidsbegränsade riskerna kan man sätta ut avslutningsdatum redan vid dokumentationen. Uppgiften om beständigheten hos en risk kan underlätta hanteringen av uppgiftens livscykel och informationssökningen (exempelvis "sök varaktiga riskuppgifter")
- Med hjälp av kodsystemet *Informationskälla* uttrycker man från vem eller var risken härstammar, exempelvis om uppgiften har meddelats av patienten.

10.1.5 Uppgifter om konstaterandet av en risk

Tidpunkten för riskens begynnelse dokumenteras med den noggrannhet med vilken man vid dokumentationen kan uppskatta den. Uppgiften om datum tas fram på systemnivå, där utgångsvärdet är datum för anteckningen. Om risken har begynt redan tidigare kan man dokumentera Datum för riskens begynnelse med ett års noggrannhet. Om den exakta tidpunkten är känd kan man också dokumentera den noggrannare.

Den som konstaterar risken är utgångsmässigt den som antecknar. Om den som konstaterar risken inte är känd kan uppgifterna dokumenteras på organisationsnivå eller, exempelvis om informationskällan är patienten själv, lämnas odokumenterade.

10.1.6 Uppgifter om när en risk upphör

När man konstaterar att en risk inte längre är aktuell för en patient, exempelvis för att en infektion som orsakat ett särskilt behov botas eller en misstänkt riskuppgift visar sig vara felaktig, ska man göra en anteckning om att risken upphör. Med anteckningen om upphörandet kvarstår de övriga uppgifterna om risken och man lägger bara till uppgifterna om upphörandet.

Som datum för upphörandet antecknar man den dag när man konstaterade att risken upphört – också i det fall att upphörandet konstateras retroaktivt. Om man på förhand kan avgöra när en risk upphör kan man dokumentera datum för upphörandet i framtiden.

När man dokumenterar ett datum när risken upphör i framtiden dokumenteras den utgångsmässigt som uppskattat datum för upphörandet. Då avförs inte riskuppgiften från listan över gällande riskuppgifter automatiskt, utan syns efter datum för upphörandet på listan som "i väntan på bekräftelse av upphörande", och den avförs först när användaren separat bekräftar att risken har upphört. Om man antecknar datum för upphörandet som "säkert" avförs riskuppgiften från listan på gällande risker automatiskt detta datum. I alla risker som under en viss dag dokumenteras som upphörda är datum för upphörandet säkert, och de avförs från listan den dagen.

Man måste alltid dokumentera en klassificerad orsak till att en risk upphör. Den kan vid behov preciseras med fri text. Orsaken till upphöranden som dokumenterats på förhand är tidsbegränsad, till dem som dokumenterats i realtid i allmänhet tillfrisknat.

Som den som konstaterar att risken upphört dokumenteras utgångsmässigt den som antecknar och denas organisation. Uppgifterna kan ändras, exempelvis om dokumentationen görs av en annan person än den som konstaterar att risken upphört.

10.2 Dokumentation av riskuppgifter

I det här kapitlet ska vi presentera de mest allmänna riktlinjerna för dokumentation av risker som hör till olika risktyper. Listningen som beskrivs här täcker inte alla situationer och den är inte heller någon bin-

dande bestämmelse, utan den som dokumenterar kan alltid på motiverade grunder dokumentera riskuppgifterna så att det bäst hjälper vården av patienten. Genom att iakttä de rekommenderade riktlinjerna bidrar man emellertid till att förenhetliga praxis för dokumentation av riskuppgifter och gör det sålunda lättare att hitta information.

10.2.1 Läkemedelsreaktioner och -allergier

Som *Livshotande läkemedelsreaktioner (L1)* dokumenteras anafylaktiska eller andra livshotande läkemedelsreaktioner som orsakar livsfara. Förutom diagnosen (namnet på risken) ska man för en läkemedelsreaktion dokumentera antingen preparatets handelsnamn eller det verksamma ämnet (uppgift i samband med riskinformationen). Uppgiften dokumenteras med läkemedlets ATC-kod och med den ICD 10-kod som uttrycker känslighetsreaktionen. Skadeverkan orsakad av en läkemedelsbehandling beskrivs närmare i handboken *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* (Komulainen, 2012). Risken är kritisk och varaktig.

Som *Läkemedelsinverkan på blodkropparna (L2)* dokumenteras oväntade förändringar i blodkropparna eller förändringar orsakade av sällsynta skadeverkningar av ett läkemedel. Om det är fråga om en väntad allmän skadeverkan av ett läkemedel dokumenteras den inte som riskuppgift, utan här gäller det en omständighet som allmänt ska beaktas i vården. Antagandet är att risken ska beaktas i vården och är varaktig, men om patienten förorsakas en livshotande situation antecknas risken som kritisk.

Bland *Hudreaktioner orsakade av läkemedel (L3)* och *Andra läkemedelsreaktioner (L9)* dokumenteras oväntade reaktioner eller reaktioner orsakade av sällsynta skadeverkningar av ett läkemedel, som inte dokumenteras bland de kritiska riskuppgifterna. Om det är fråga om en väntad allmän skadeverkan av ett läkemedel dokumenteras den inte som riskuppgift, utan här gäller det en omständighet som allmänt ska beaktas i vården. Risken ska beaktas i vården och är varaktig. Om patienten förorsakas en livshotande situation används klassen L1.

10.2.2 Andra allergier

Som *Livshotande födoämnesallergi (A1)* eller *annan livshotande omedelbar allergi (A3)* dokumenteras andra anafylaktiska reaktioner än sådana som orsakas av ett läkemedel eller ett vaccin eller övriga livshotande reaktioner. Vid dokumentationen av en allergi används tills vidare klassifikationen ICD 10, som är begränsat användbar. Orsakaren/orsakarna av allergin dokumenteras alltid om de är kända. Riskerna är kritiska och varaktiga.

Bland *Födoämnesallergier (A2)* eller *andra icke livshotande allergier (A4)* dokumenteras sådana allergier som har betydelse för planeringen och genomförandet av vården av en patient. Exempelvis ska en uppgift om äggallergi beaktas vid vaccinationer eftersom vacciner kan innehålla ägg, och latexallergi måste beaktas bland annat när det gäller användning av skyddshandskar. Orsakaren/orsakarna av allergin dokumenteras alltid om de är kända. Allergier som har egen diagnos och som inte har väsentlig betydelse för ordnandet av vården, exempelvis hösnuva, dokumenteras inte som riskuppgifter, utan de syns i patientens diagnoslista. Riskerna ska beaktas i vården och de är varaktiga. Om patienten förorsakas en livshotande situation används klasserna A1 eller A3.

10.2.3 Risksjukdomar och -behandlingar

Bland *Risksjukdomar och -behandlingar* dokumenteras sjukdomar, medicineringar eller andra behandlingar som påverkar vården av en patient, såsom ocklusionstendens och immunbristtillstånd. Antagandet är att riskerna ska beaktas i vården och är varaktiga, men om patienten förorsakas en livshotande situation antecknas risken som kritisk.

Bland *Ocklusionstendenser (S1)* dokumenteras sjukdomar och behandlingar som har en signifikant ökande inverkan på en ocklusionstendens.

Bland *Koagulationsrubbningsrubbningar (S2)* dokumenteras sjukdomar och behandlingar som har en signifikant ökande inverkan på en blödningsrisk.

Bland *Immunbristtillstånd (S3)* dokumenteras sjukdomar och behandlingar som orsakar nedsatt motståndskraft mot infektioner till följd av bristande immunförsvar i kroppen och som ska beaktas när man

ordnar vården av en patient, exempelvis svår HIV eller svårt nedsatt motståndskraft i samband med strålbehandling. (Obs! Det är fråga om en risk för patienten att insjukna – inte en risk att smitta andra.)

Bland *Andra risksjukdomar och -behandlingar (S9)* dokumenteras sjukdomar och behandlingar som kan orsaka andra risksituationer för en patient.

10.2.4 Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter

Avvikande *Blodgruppsantikroppar (V1)* dokumenteras som kritiska riskuppgifter eftersom de kan orsaka patienten en livshotande situation om de inte uppmärksammas vid en blodtransfusion. Risken är varaktig.

Bland *Andra faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter (V9)* dokumenteras avvikelser i samband med transfusion av blodprodukter som inte orsakar patienten någon livshotande situation om de inte uppmärksammas vid en blodtransfusion.

10.2.5 Behandlingar som kräver särskilt beaktande

I *Medicinering som kräver särskilt beaktande (H1)* dokumenteras medicineringar på grund av vilka den övriga vården måste genomföras på ett sätt som väsentligt avviker från det normala. Om risken kan dokumenteras utifrån en risk enligt symtom används i första hand de här klasserna, exempelvis för läkemedel som påverkar blodkoagulationen eller orsakar immunsuppression klasserna S1–S9. Antagandet är att risken ska beaktas i vården och är tidsbegränsad, men om patienten förorsakas en livshotande situation antecknas risken som kritisk.

I *Annan vårdform som kräver särskilt beaktande (H3)* dokumenteras behandlingar på grund av vilka den övriga vården måste genomföras på ett sätt som väsentligt avviker från det normala, exempelvis behandlingar som förbereder en organtransplantation. Om risken kan dokumenteras utifrån en risk enligt symtom används i första hand de här klasserna, exempelvis för läkemedel som påverkar blodkoagulationen eller orsakar immunsuppression klasserna S1–S9. Antagandet är att risken ska beaktas i vården och är tidsbegränsad, men om patienten förorsakas en livshotande situation antecknas risken som kritisk.

Om patienten omfattas av dosdispensering är det inte i sig en vårdform som klassificeras som en riskuppgift. Eftersom de nuvarande datasystem inte stöder en förmedling av uppgifter om dosdispensering mellan organisationer och apotek kan man dokumentera en uppgift om problem i dosdispensering i klassen H3. När uppgifterna om dosdispensering fås att röra sig strukturerat i medicineringsuppgifterna ska användningen av riskuppgifter för detta ändamål avslutas.

10.2.6 Transplanterade vävnader och konstmaterial

Till den här gruppen hör främmande kroppar, material, transplantationsorgan eller transplantationsvävnad (homograft) som planterats i en vävnad och som obeaktade i en vårdsituation kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande risk (som ska beaktas i vården) för patientens hälsa.

Transplantationsorgan (I1) som planterats i en patient dokumenteras alltid som riskuppgifter. I allmänhet görs dokumentationen i samband med åtgärden, men de kan också dokumenteras senare. Patienter som befinner sig i en transplantationskö och vars övriga vård kan avvika från det normala dokumenteras i klassen H3. Risken ska beaktas i vården och är varaktig.

Pacemakrar och defibrillatorer (I2) dokumenteras bland de kritiska riskuppgifterna eftersom de ifall de inte beaktas, exempelvis vid magnetisk resonanstomografi, kan orsaka patienten en livshotande situation. I allmänhet görs dokumentationen i samband med dokumentation av åtgärden.

Hjärtklaffproteser (I4), Stenter och förslutningsanordningar (I5) och Protoser och implantat (I6) dokumenteras antagningsvis som varaktiga risker som ska beaktas i vården och Shuntar, katetrar, elektroder (I7) som tidsbegränsade risker som ska beaktas i vården. I åtgärdsklassifikationen definieras (2015) vilka åtgärder som bör föreslå riskdokumentering samt åtgärdsvisa utgångsvärden för riskgraden och beständigheten. Den som dokumenterar kan ändra värdena vid behov.

I klassen *Andra främmande kroppar (I9)* dokumenteras främmande föremål som ska beaktas i vården av en patient och som inte dokumenteras i andra klasser. Risken är som utgångsvärde varaktig och ska beaktas i vården.

10.2.7 Mikrober och isoleringsbehov

Ett behov av att isolera en patient genom *Luftisolering (E2)*, *Droppisolering (E3)* och *Kontaktisolering (E4)* dokumenteras som riskuppgift. Riskgraden är att den ska beaktas i vården och beständigheten tidsbegränsad. Obs. Blodisolering, exempelvis HIV, antecknas inte som riskuppgift, för enligt den allmänt godkända riktlinjen ska alla patienter i vården behandlas som möjliga källor för infektion som smittar via blodet, och vården avviker då inte från de allmänna principerna.

I ICD-klassifikationen definieras (2015) vilka diagnoser som bör föreslå riskdokumentering samt diagnosvisa utgångsvärden för riskgraden och beständigheten. Den som dokumenterar kan ändra värdena vid behov.

För de multiresistenta mikroberna uppdaterades klassifikationen Typ av riskuppgift 2014. I klassifikationen särskiljs Bärarskap av multiresistent mikroob som kräver isolering (E5) (kritisk och varaktig), Exposition av multiresistent mikroob som kräver isolering (E6) (kritisk och tidsbegränsad), Bärarskap av multiresistent mikroob som ska beaktas i vården (E7) (ska beaktas i vården och är varaktig), och Exposition av multiresistent mikroob som ska beaktas i vården (E8) (ska beaktas i vården och är tidsbegränsad). Mikrober som kräver isolering och som ska dokumenteras som kritiska riskuppgifter är bland annat MRSA och CPE, och de kräver kontaktisolering. De isoleringsbehov som de här orsakar dokumenteras med användning av klasserna E5 och E6, alltså inte den allmänna klassen E4.

Dessutom dokumenteras i klassen *Annan infektion eller isoleringsbehov (E9)* en infektion eller ett isoleringsbehov som inte kan klassificeras i andra klasser, exempelvis en patient som ska isoleras på grund av exceptionellt kraftig strålning.

10.2.8 Begränsning av vården

En patients viljeförklaring (R1) innehåller en viljeyttring av patienten som ger tillstånd att avsluta vården om det inte finns någon botande behandling och personen inte längre kan uttrycka sin vilja. Bland riskuppgifterna dokumenteras inte själva livstestamentet, utan enbart att det existerar.

Sedan genomförandet enligt definitionspaketet 2015 producerar Informationshanteringstjänsten automatiskt en uppgift bland riskuppgifterna om en patient har ett livstestamente eller en donationsvilja lagrad i Informationshanteringstjänsten. Till dess kan man dokumentera uppgiften om existensen av viljeförklaringar manuellt bland riskuppgifterna. Bland tilläggsuppgifterna kan man dokumentera var man hittar den giltiga viljeförklaringen.

Vårdbegränsningar (R2) innehåller en uppgift om existensen av vårdbegränsningar som gjorts på medicinska grunder. Bland riskuppgifterna dokumenteras inte själva vårdbegränsningen, utan enbart att den existerar. Själva begränsningen av vården med motivering ska dokumenteras i patientjournalen.

På kodsverven publiceras (2015) klassifikationen Graden av begränsning av vården med vilken man kan beskriva graden av den medicinska vårdbegränsningen strukturerat.

10.2.9 Risker i anslutning till beteendet

Beträffande *Våldsamhet i vårdsituationen (K1)* som riskuppgift dokumenteras en uppgift om våldsamt beteende hos patienten eller en närstående i en vårdsituation vilket orsakar en situation som hotar vårdpersonalens hälsa. Eftersom uppgiften kan vara skadlig med avseende på vården av patienten eller för personalens välmående ska man i riskuppgiften anteckna en uppgift om fördröjning, så att uppgiften inte syns för patienten själv, bland annat i Mina Kanta-sidorna.

Beträffande *Beroende av alkohol och andra droger (K2)* som riskuppgift dokumenteras en uppgift om beroende av alkohol, droger eller läkemedel som har diagnostiserats hos patienten och som ska beaktas i vården, exempelvis när man ordinerar smärtlindring.

Som *Andra risker i anslutning till beteendet* dokumenteras exempelvis en allvarlig självdestruktionstendens, som ska beaktas i vårdsituationer.

10.2.10 Andra risker

Andra risker innehåller bland annat en uppgift om *dialysbehandling (M2)* eller om *behov av kommunikationshjälp (M3)*. I gruppen dokumenteras också exempelvis *avvikande anatomi eller posturala begränsningar (M1)*, som exempelvis kan försvåra intubation eller katerisering. Som *Oklassifierade risker (M9)* dokumenteras risker som ska beaktas i vården av en patient eller i vårdsituationer och som inte har någon naturlig egen klass.

10.2.11 Graviditet

En graviditet påverkar på många sätt eventuella vårdmässiga interventioner utan att vara någon sjukdom. Även om uppgiften om en graviditet inte har definierats som riskuppgift ska den alltid dokumenteras i patientberättelsen. Det ska finnas ett separat strukturerat uppgiftsfält för graviditet, eller så kan man ange en patients graviditet som en diagnosuppgift. I ICD-10-klassifikationen är Z32.0 en obekräftad graviditet och Z32.1 en konstaterad graviditet. I ICPC-2-klassifikationen är W01 en misstanke om graviditet och W78 en graviditet.

11 Faktorer som påverkar hälsan

Bra att veta

Bland faktorer som påverkar hälsan dokumenteras uppgifter om en patients användning av alkohol och andra droger, om risker för hjärt- och kärlsjukdom, om tobaksrökning, motion, depressionssymtom och eventuell graviditet. Vid dokumentationen ska man använda resultat från de allmänna mätarna och uppgifterna dokumenteras under rubriken Faktorer som påverkar hälsan.

Rekommendationen är att uppgifterna om tobaksrökning och alkohol efterfrågas vartannat år, men samma tidsintervall kan också användas för uppdatering av andra uppgifter.

En uppgift på befolkningsnivå som erhållits med hjälp av heltäckande dokumentation är tillförlitlig och förändringarna i patienternas hälsobeteende kan följas upp.

Dokumentationen av faktorer som påverkar hälsan gäller dokumentation av en patients verkliga tillstånd med hjälp av olika klassifikationer och mätare eller test. Exempel på dessa har samlats i tabell 11. De test och enkäter som ska användas när man undersöker faktorer som påverkar hälsan beskrivs dessutom i bilaga 3.

Tabell 11. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av faktorer som påverkar hälsan.

Klassifikationer vid dokumentation bl.a.:	Mätare och test bl.a.:
FinLOINC – Fysiologiska mätningar	Status beträffande tobaksrökning
THL – Sjukdomsklassifikationen ICD-10	Fagerstöms test för nikotinberoende
Kommunförbundet – Primärvårdsklassifikationen ICPC-2	AUDIT-testet
	Mätare av missbruk bland ungdomar
	Motionsrecept
	BDI 21 ¹⁴

11.1 Dokumentation av faktorer som påverkar hälsan

De faktorer som är väsentliga för en patients hälsa har beskrivits strukturerat, för att man exempelvis med hjälp av stödet för beslutsfattandet ska kunna ta fram förslag för att minimera riskerna och få information på populationsnivå om patienternas hälsobeteende. Heltäckande dokumentation är viktig för att en uppgift på populationsnivå ska vara tillförlitlig och förändringarna i patienternas hälsobeteende ska kunna följas upp.

11.2 Faktorer som påverkar hälsan och mätare av dem

Faktorer som påverkar hälsan är uppgifter som beskriver levnadssätt och livssituationer som är förknippade med en persons hälsa och sjukdom, såsom tobaksrökning eller droganvändning. Uppgifterna behövs av de

¹⁴ <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Itsearviointi/Pages/BDI.aspx>

yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av patienten. Till de faktorer som påverkar hälsan i de centrala uppgifterna hör tobaksrökning, droger, motion, graviditet och nutrition.

Det finns lämpliga mätare för kartläggning av mängden tobaksrökning, alkoholkonsumtion och motion. Om dessa har AUDIT – test för riskkonsumtion av alkohol och Fagerströms test för nikotinberoende publicerats med nationellt enhetligt definierade strukturer på THL:s Kodtjänst. Andra mätare som kan utnyttjas i en undersökning av hälsotillståndet är bland annat Becks depressionsenkät (BDI 21), avsedd för bedömning av svårighetsgraden av depressionssymtom i en klinisk situation¹⁵. I patientjournalen dokumenteras indextalet från varje mätare. Vi rekommenderar att mätarna i sin helhet sparas så att man kan följa upp utvecklingen av de olika delfaktorerna i en mätare senare. I varje punkt kan man dessutom utnyttja den verbala beskrivningen av en situation med hjälp av rubrikerna.

Man kan hjälpa patienten att som en självbedömning göra ett test av riskerna för hjärt- och kärlsjukdomar, av situationen beträffande missbruk och den mentala hälsan, av barns friska utveckling eller av äldre personers funktionsförmåga. Testen finns tillgängliga för alla på adressen www.omahoitopolu.fi.

Mätarna för bedömning av funktionsförmågan beskrivs i andra delen av handboken i avsnittet Funktionsförmåga, rehabilitering och hjälpmedel.

11.2.1 Dokumentation av en konstaterad situation

Bland Faktorer som påverkar hälsan dokumenteras en konstaterad situation. Patienten vägleds av flera olika yrkesgrupper och de dokumenterar var och en enligt sin egen modell. Sjukskötarna dokumenterar rådgivning och anvisningar i fråga om de faktorer som påverkar hälsan enligt klassifikationerna i vårdarbetet i vårdjournalen och specialarbetarna inom rehabilitering i den yrkesspecifika eller den tjänstespecifika vyn. Läkarna dokumenterar rådgivning och anvisningar i mellanbedömningarna eller i slututvärderingen. På så sätt kommer de också att lagras i flera olika vyer. Liksom andra centrala uppgifter dokumenteras faktorer som påverkar hälsan bara när de behövs i behandlingen av ett problem hos patienten. Ett test eller en mätare kan vara gjord av klienten själv, men också då dokumenteras uppgiften bland de faktorer som påverkar hälsan. I framtiden ska en uppgift som fås av patienten överföras elektroniskt till patientjournalen eller på annat sätt vara tillgänglig för en yrkesperson inom hälso- och sjukvården.

11.2.2 Tobaksrökning

En uppgift om en patients status i fråga om tobaksrökning ska i primärvården helst dokumenteras minst vartannat år för varje patient.

Vid dokumentation av tobaksrökningen ska man alltid uttrycka status och dessutom vid behov mängd samt nikotinberoende med de kods-system som är avsedda för detta (se bilaga 3).

Mängden tobaksrökning uttrycks i cigaretter/dygn (FinLOINC: 8663-7) eller i askår (FinLOINC: 11366-2)¹⁶. Om en person röker en ask per dag under ett år blir det ett askår och 2 askar per dag under 20 år = 40 askår. En patients snuskonsumtion dokumenteras med fri text under rubriken Faktorer som påverkar hälsan.

Nikotinberoende testas med Fagerströms test för nikotinberoende i två punkter (se rekommendationen om tobaksberoende Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus, 2012). Testet har också publicerats på THL:s kodserver¹⁷. Nikotinberoendet får man genom att räkna ihop poängen i testfrågorna. Man kan skapa en räknare i patientdatasystemen som räknar summan och till den hör också en tolkning.

11.2.3 Rusmedel och narkotiska ämnen

För kartläggning av alkoholkonsumtion lämpar sig AUDIT-testet i 10 punkter (se en beskrivning Vuokko et al, 2012). AUDIT-testet beskriver bra en vuxen människas alkoholkonsumtion. Testet finns tillgängligt

¹⁵ Godkänd för publicering på Kodservern.

¹⁶ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=273&versionKey=350>

¹⁷ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=247&versionKey=322>

bland annat i Terveysportti¹⁸ och i Droglänken¹⁹. Testresultatet dokumenteras med fri text under rubriken Faktorer som påverkar hälsan, tills AUDIT-mätaren har publicerats på Kodtjänsten. För gravida och unga kan AUDIT-testet utnyttjas som samtalsunderlag, det direkta värde som indexet ger kan för de här grupperna skapa felaktiga resultat som inte kan utnyttjas direkt, exempelvis när man bedömer den risk som mammas alkoholkonsumtion orsakar ett foster. Mätare av missbruk bland ungdomar, exempelvis CRAFFT och ADSUME, som beskrivs i handbokens andra del

Beträffande narkotikaanvändning kan man tillämpa den narkotikaenkät som OYS (UUS) använder. En förenklad version visas i bilaga 3. Man kan också använda narkotikaanvändningstestet DAST 20 och risktestet DUDIT, på finska, på Droglänken. Resultaten dokumenteras med fri text under rubriken Faktorer som påverkar hälsan.

Uppgifter om andra ämnen som används i berusningssyfte än de ovan nämnda dokumenteras med fri text under rubriken Faktorer som påverkar hälsan. Dessutom används klasserna F10-F19 eller Z72.1-Z72.2 i ICD-10 eller koderna P15-P19 i ICPC-2. Uppgiften om rusmedelsberoende ska också automatiskt överföras till punkt K2 Beroende av alkohol och andra droger i riskuppgifterna.

11.2.4 Motion

En uppgift om otillräcklig motion med avseende på en patients hälsa kan dokumenteras strukturerat med koden Z72.3 Brist på fysisk träning i klassifikationen ICD-10.

När målet är att patienten rör sig tillräckligt och säkert kan man som uppmuntran till motionen använda motionsreceptet Liikkumisresepti²⁰²¹. Receptstrukturen har fastställts vid THL (Vuokko et al, 2012), men blankettkoderna finns ännu inte tillgängliga på Kodservern. I Kodtjänsten kan man fram till publiceringen använda en pappersversion som patienten skriver ut och uppgiften om motionen dokumenteras med fri text under rubriken Faktorer som påverkar hälsan. Det finns en vy i blankettformat för motionsreceptet i vyklassifikationen, LREA Motionsrecept för vuxna, som har definierats på följande sätt: "Motionsreceptet för vuxna är ett dokumentationsunderlag i den elektroniska patientjournalen avsett för dokumentation av motionsinformation, -vanor och anvisningar".

11.2.5 Graviditet

Uppgiften om en kvinnas graviditet måste vara tillgänglig när man fattar vårdbeslut. Den beräknade tiden för en känd graviditet och antalet graviditeter/förlossningar dokumenteras under rubriken Faktorer som påverkar hälsan. Den beräknade tiden och antalet graviditeter har i fortsättningen tänkts ingå i klassifikationen FinLOINC. Efter det används denna klassifikation i dokumentationen.

Uppgiften om en graviditet och senare också den beräknade tiden ska i patientdatasystemen överföras till Uppgifter som ska beaktas i vården (se kap. 10 Riskuppgifter) när de ifrågasvarande uppgifterna är i kraft.

11.2.6 Nutrition

Observationer av en patients näringstillförsel, eller nutrition, dokumenteras i en specialitets- eller yrkesspecifik vy under rubriken Faktorer som påverkar hälsan där läkaren också dokumenterar sin näringsvägledning. De övriga yrkesgrupperna dokumenterar sin vägledning med klassificeringar enligt sina egna nomenklaturer.

¹⁸ <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028b.pdf>

¹⁹ <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-riskit-audit>

²⁰ <http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/materiaalit>

²¹ <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

12 Undersökningar och mätningar

Bra att veta

Med undersökningar och mätningar avses här fysiologiska mätningar samt laboratorie- och bildundersökningar. Undersökningarna och mätningarna dokumenteras med användning av undersökningsnomenklaturer eller FinLOINC-koder. I laboratoriet kan man också använda enhetens egna koder om undersökningen är så ny att den ännu inte har någon riksomfattande kod.

För patientnära undersökningar eller självgjorda undersökningar hemma ska man i resultatet anteckna en uppgift om undersökningssättet.

Ett bildresultat som kraftigt avviker från det förväntade kan antecknas som ett signifikant avvikande fynd för att uppgiften bättre ska märkas. För laboratorieundersökningar används en motsvarande avvikelsetuppgift.

För fysiologiska mätningar och för laboratorie- och bildundersökningar finns det en sammanställning för var och en i informationshanteringstjänsten med vilken du får information om undersökningar och mätningar inom andra enheter.

De fysiologiska mätningarna består av undersöknings- och mätresultat samt av laboratorie- och bildundersökningar, som dokumenteras med de klassifikationer som beskrivs i tabell 12.

Tabell 12. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av fysiologiska mätningar, laboratorie- och bildundersökningar.

Klassifikationer för dokumentation av fysiologiska mätningar	Klassifikationer för dokumentation av laboratorieundersökningar	Klassifikationer för dokumentation av bildundersökningar
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset (FinLOINC – Fysiologiska mätningar)	Kommunförbundet – Nomenklatur för laboratorieundersökningar	THL - Toimenpideluokitus – (THL - Åtgärdsklassifikation)
THL – Tiedon lähde (THL – Informationskälla)	THL – Tiedon lähde (THL – Informationskälla)	THL – Lausunnon tila (THL – Utlåtandestatus)
THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (THL – Mättnings- eller undersökningssätt)	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit (AR/LABRA - Meddelanden om undantagssituation)	THL – Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (THL – Avvikande mättnings- eller undersökningresultat)
THL – Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (THL – Avvikande mättnings- eller undersökningresultat)	AR/LABRA – Tutkimusvastauksien tulkintakoodit (AR/LABRA – Koder för tolkning av undersökningssvar)	
THL – Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (THL – Avvikande mättnings- eller undersökningresultat)	THL – Lausunnon tila (THL – Utlåtandestatus)	
THL – Lausunnon tila (THL – Utlåtandestatus)	THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (THL – Mättnings- eller undersökningssätt)	
Gemensam klassifikation för alla innehåll		
THL – SOTE Organisationsregister		

12.1 Fysiologiska mätningar

Resultaten av fysiologiska mätningar beskriver de klinisk-fysiologiska fynden hos en patient. Om uppgifterna kan behandlas med dator ska de dokumenteras med överenskomna klassifikationer, nomenklaturer eller kodsystem. Uppgifter som har dokumenterats på det här sättet kan vid behov utnyttjas grafiskt i uppföljningen av förändringar i en patients tillstånd, i överföringen av uppgifter till ett arkiv och/eller till ett annat patientdatasystem samt som informationskälla i stödet till beslutsfattandet.

12.1.1 Klassifikationen FinLOINC

Fysiologiska mätningar dokumenteras strukturerat enligt klassifikationen FinLOINC. Till klassifikationen FinLOINC har man valt allmänt använda uppgifter som kan utnyttjas inom flera specialiteter. Uppföljning av och förändringar hos dessa har i allmänhet klinisk betydelse. Resultatet av ifrågavarande mätningar är en numerisk eller klassificerande uppgift, som lagras i strukturerad form och för vilken man exempelvis kan ta fram grafiska presentationer eller räkna ut nyckeltal. Beräknade storheter såsom BMI inkluderas inte i de här definitionerna ifall man kan sluta sig till dem utifrån andra uppgifter. FinLOINC finns publicerad på kodservern²², där man kan få den färskaste versionen av klassifikationen.

Det är möjligt att dokumentera på alla nivåer av den hierarkiska klassifikationen. Hierarkin gör det möjligt att söka och granska storheter som har dokumenterats på en lägre nivå med hjälp av en term på en högre nivå i hierarkin. Exempelvis innehåller 8302-2 ”Längd” också uppgifterna 3137-7 ”Längd, uppmätt” och 3138-5 ”Längd, angiven och uppskattad”.

FinLOINC-klassifikationen överlappar till vissa delar nomenklaturen för laboratorieundersökningar. Man kan använda en FinLOINC-term om ifrågavarande laboratorieundersökningar när mätningen sker utanför laboratoriet, exempelvis en PEF-mätning på mottagningen. Om man i patientdatasystemet dokumenterar exempelvis fysiologiska mätningar som en patient själv har utfört ska man också anteckna mätsättet, alltså en uppgift om huruvida det är fråga om en laboriemätning, en patientnära mätning eller en mätning som gjorts av patienten själv.

Alla resultat av fysiologiska mätningar som behövs för vården av en patient och för vilka det finns en FinLOINC-kod ska dokumenteras i strukturerad form. Om man använder någon annan klassifikation än FinLOINC för dokumentationen eller om uppgiften dokumenteras utan klassificering under rubriken Fysiologiska mätningar kommer mätuppgiften inte till Informationshanteringstjänstens sammanställning. Dokumentation i strukturerad form hindrar inte att man beskriver uppgiften verbalt i journaltexten med rubriken Fysiologiska mätningar, ifall det är ändamålsenligt.

12.1.2 Dokumentation av fysiologiska mätningar

I fråga om fysiologiska mätningar ska man i patientdatasystemen dokumentera det uppmätta värdet och enheten, i regel som enheter enligt SI-systemet. Man kan till de uppmätta resultaten foga en uppgift om referensvärden eller avvikelser i ett resultat, när uppgifterna finns eller man kan sluta sig till dem. Dessutom kan man vid behov komplettera resultaten med ytterligare information i textform eller med ett separat utlåtande. I samband med mätningarna kan man vid behov också ange det mätinstrument med vilket mätningen gjordes.

I patientdatasystemen kan man dokumentera fysiologiska mätningar på olika platser, exempelvis i en feberkurva, i vårdjournalen eller i läkarnas texter. När uppgifterna dokumenteras strukturerat med FinLOINC-klassifikationen samlas uppgifterna i Informationshanteringstjänstens sammanställning Fysiologiska mätningar. Om en mätning saknar kod i FinLOINC-klassifikationen dokumenterar man uppgifterna i textform under rubriken Fysiologiska mätningar. Då samlas de inte som strukturerade uppgifter.

Exempel på dokumentation av blodtrycket: FinLOINC-koderna 8480-6 Systoliskt blodtryck 125 mmHg och 8462-4 Diastoliskt blodtryck 80 mmHg. Även om det systoliska och det diastoliska blodtrycket lagras

²² <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=273&versionKey=350>

som separata uppgifter ska de dokumenteras tillsammans och patientdatasystemet visar också uppgifterna tillsammans. I en patientjournaltext presenteras resultatet i allmänhet på det sedvanliga sättet med ett snedstreck mellan de två trycken 125/80.

12.2 Laboratorieundersökningar

Med laboratorieundersökningar får man information om en människas hälsotillstånd eller diagnostiserar sjukdomar genom att undersöka prov från kroppen. Laboratorieundersökningarna omfattar bland annat undersökningar inom klinisk kemi och hematologi (exempelvis hemoglobin eller kolesterol), klinisk patologi (exempelvis provbitar, cellprov), klinisk mikrobiologi (exempelvis bakterieodlingar), klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi.

12.2.1 Begäran om undersökning och utlåtanden

Om undersökningarna dokumenteras begäran om undersökning i laboratoriets program eller i patientjournalen i LAB-vyn. Begäran om undersökning görs som en egen struktur, där man kan begära varje undersökning separat eller vissa undersökningar samlade i ett undersökningspaket. De undersökningspaket som man kan begära, och vilka undersökningar som hör till respektive paket, kan fastställas separat i varje laboratoriesystem/organisation.

Begäran om laboratorieundersökning dokumenteras med *Nomenklaturen för laboratorieundersökningar*. Om en laboratorieundersökning är så ny att den ännu inte har någon riksomfattande kod kan man vid dokumentationen använda en egen kod som används i verksamhetsenheten. Det är rekommendabelt att man i verksamhetsenheterna strävar efter att som egen kod använda en LOINC-kod²³. Genom att använda LOINC-koderna får man en bättre överensstämmelse mellan sjukhusen i uppgifterna om nya undersökningar.

Svaren på och/eller utlåtandena om fynd dokumenteras i laboratorieprogrammen varifrån uppgiften förmedlas till patientjournalen och lagras i laboratorie vyn (LAB). I utlåtandena har också namnet på den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som gav utlåtandet, den som genomförde tjänsten och tidpunkten för utlåtandet dokumenterats.

12.2.2 Utvärdering av undersökningar i en patientjournal

Man kan göra ett skriftligt sammandrag och en diskussion av erhållna resultat i den narrativa texten i en patientjournal, och med hjälp av dem kan man bedöma resultaten av undersökningarna och hur dessa lyckats samt föreslå eventuella fortsatta åtgärder. Sammandraget av undersökningsresultaten dokumenteras under rubriken Undersökningar (se kap. 18.2 Sammandrag av en servicehändelse).

12.2.3 Undersökningar gjorda av andra eller av patienten själv

De laboratorieundersökningar som görs på avdelningarna bör också såvitt möjligt lagras i arkivet. I de här används samma struktur som i dem som görs på laboratorium, men som undersökningssätt dokumenteras patientnära mätning. Om man i ett patientdatasystem dokumenterar laboratorieundersökningar som utförs av patienten själv ska man använda egenmätning som undersökningssätt och dessutom vid behov ange informationskällan med kodsyste met *Informationskälla*.

12.3 Radiologiska undersökningar

Radiologiska undersökningar är medicinsk diagnostik som baserar sig på bilddiagnostiska metoder. Exempel på undersökningar som har med bilddiagnostiska metoder att göra är nativröntgen (t.ex. thorax), dattortomografier (TT) och isotopundersökningar (utom på röntgenavdelningar också på klinisk-fysiologiska

²³ <http://www.loinc.org>

avdelningar och strålningsenheter). Vid isotopundersökningar kan man utöver bilder också skriva ut aktivitetskurvor (exempelvis undersökningar av njurarnas funktion och isotoprenografier).

Åtgärder som har utförts på en enhet för radiologi eller på uppdrag av en enhet för radiologi utanför enheten ska dokumenteras som undersökningar i ett system för radiologi, från vilket uppgiften förmedlas till patientjournalssystemet. Undersökningar gjorda av andra enheter dokumenteras som bildundersökningar i patientjournalssystemet. En uppgift om dokumenterade undersökningar arkiveras i det riksomfattande elektroniska Patientdataarkivet, via vilket informationen om undersökningar av en patient är lätt tillgänglig också för andra sjukhus. Det informationsinnehåll som är tillgängligt för patientdatasystemen finns beskrivet på kodservern²⁴.

12.3.1 Begäran om undersökning och utlåtanden

Begäran om bildundersökning dokumenteras i programmen för radiologi eller i patientjournalen i RTG-vyn. Undersökningar som har begärts i radiologiremisser dokumenteras med koderna i *Radiologisk undersöknings- och åtgärdsklassifikation*. Eftersom den som begärt undersökningen inte nödvändigtvis känner till den exakta undersökningskoden kan man precisera den under själva undersökningen. I en organisation kan begäran om undersökning ha ett begränsat urval undersökningar i användning, exempelvis bara en magnetundersökning av huvudet.

Bildundersökningar och utlåtanden dokumenteras i programmen för radiologi, varifrån informationen förmedlas till patientjournalen i RTG-vyn för radiologi. I utlåtandena har också namnet på den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som gav utlåtandet, den som genomförde tjänsten och tidpunkten för utlåtandet dokumenterats.

Uppgifter om röntgenavbildningar eller ultraljudsundersökningar gjorda på avdelningarna, i operationsalen eller i tandvården ska också lagras i Patientdataarkivet.

12.3.2 Avvikande fynd

I utlåtanden om bildundersökningar kan den som ger utlåtandet anteckna strukturerat om ett fynd är normalt eller om det är lindrigt eller betydligt avvikande. Utifrån den strukturerade uppgiften är det möjligt att i patientdatasystemen bygga in automatiska alarm med hjälp av vilka den läkare som vårdar en patient får information om fyndet. Det här förutsätter emellertid att verksamhetsmodellen uppdateras till den nuvarande. Därför måste man försäkra sig om informationsgången i fråga om oväntade betydande avvikelser på andra sätt, exempelvis genom direkt kontakt med den vårdande läkaren.

12.3.3 Utvärdering av undersökningar i en patientjournal

Man kan göra ett skriftligt sammandrag och en diskussion av erhållna resultat i den narrativa texten i en patientjournal, och med hjälp av dem kan man bedöma resultaten av undersökningarna och hur dessa lyckats samt föreslå eventuella fortsatta åtgärder. Sammandraget av undersökningsresultaten dokumenteras under rubriken Undersökningar (se kap. 18.2 Sammandrag av en servicehändelse).

12.3.4 Undersökningar gjorda av andra

Bilder från bildundersökningar och åtgärder som gjorts av andra enheter (exempelvis i en operationssal) ska lagras i bildarkivet för radiologi. Man kan ge ett utlåtande om dem i ett system för radiologi, men om man inte gör det ska undersökningsresultaten utvärderas i en specialitetsvy. Vi berättar mera om klassifikationen av andra än radiologiska bilder i kap. 13 (åtgärder)

²⁴ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-list-page.xhtml>

12.3.5 Exponering för strålning

Uppgifter om en åtgärd som medför exponering för strålning ska registreras så att den stråldos som åtgärden medfört för den person som undersöks eller behandlas vid behov kan fastställas (*Social- och hälsovårdsministeriets förordning om medicinsk användning av strålning 423/2000*). I dokument eller filer som gäller en patient (exempelvis det elektroniska patientdatasystemet) ska man också anteckna den strålningsexponering som en genomlysningundersökning eller en genomlysningstyrd åtgärd har medfört (exempelvis produkten av dosen och ytan) när utrustningen har en skärm eller ett instrument som anger strålningsexponeringen. Om det inte finns en sådan skärm eller instrument ska man dokumentera sådana uppgifter att man utifrån dem vid behov kan fastställa den strålningsexponering patienten utsatts för. En del av de bilddiagnostiska apparaterna ger informationen i en sådan form att den kan lagras automatiskt i ett datasystem för radiologi. Det finns detaljerade anvisningar i Strålsäkerhetscentralens ST-direktiv 3.3²⁵.

²⁵ <http://www.finlex.fi/data/normit/25457-ST3-3.pdf>

13 Åtgärder

Bra att veta

Åtgärder dokumenteras med åtgärdsklassificering. Som ytterligare uppgift om en åtgärd kan man använda uppgiften om åtgärdens prioritet. Åtgärder klassificeras i krävande och små åtgärder. Antagandet är att små åtgärder kommer till den åtgärdssammanställning som informationshanteringstjänsten gör bara om man separat önskar det. Vid dokumentation av komplikationer används klassifikationen ICD-10.

För dokumentation av åtgärder och deras preciseringar finns det flera klassifikationer. De har samlats i tabell 13.

Tabell 13. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av åtgärder på en patient.

Klassifikationer för dokumentation
THL – Toimenpideluokitus (Åtgärdsklassifikation)
AR/YDIN – Diagnosin/toimenpiteen ensisijaisuus (Prioritet för en diagnos/åtgärd)
AR/YDIN – Toimenpiteen tyyppi (Typ av åtgärd)
SSR – ICD-O-3-Topografiat (Topografier)
STH – STH01 Hampaiden numerointi (Numrering av tänder)
STH – STH03 Hampaan pinnat (Tandytor)
THL – Tautiluokitus ICD-10 (Sjukdomsklassifikationen ICD-10)

13.1 Dokumentation av åtgärder

De åtgärder som har utförts på patienten dokumenteras i patientjournalssystemet (och i andra datasystem, exempelvis en operationsavdelnings eller en polikliniks) med *THL-Åtgärdsklassifikationen*. Ett attribut för en åtgärd är åtgärdens prioritet, där man utnyttjar kodsystelet *Prioritet för en diagnos eller åtgärd*. I tand-åtgärder kan man dessutom precisera vilken tand och yta åtgärden riktas mot.

Åtgärderna kommer att delas in i (krävande) åtgärder, närmast de munåtgärder som används i munhållsovården, och små åtgärder med hjälp av klassifikationen *Typ av åtgärd*. Uppgifter om respektive typ av åtgärd skapas i åtgärdsklassifikationen 2015. I åtgärdsklassifikationen finns det också koder vilkas typ är bildundersökning eller någon annan prestation. De här plockas emellertid inte till Informationshanteringstjänstens åtgärdssammanställning, även om de dokumenteras i patientjournalen.

Över en åtgärd görs en åtgärdsjournal, som ska innehålla en tillräckligt detaljerad beskrivning av hur åtgärden utfördes och vilka observationer som gjordes i samband med den. I åtgärdsjournalen ska man presentera motiveringar till de avgöranden som träffats under åtgärden i nya situationer (se patientdokumentförordningen 298/2009).

I regel dokumenteras åtgärder strukturerat i en patientjournal när de utförs. Emellertid har utförda åtgärder dokumenterats på nytt exempelvis i Slututvärderingen (epikrisen). Då bör de dokumenteras som kopia till den egentliga åtgärden, varvid man med hjälp av den specificerande identifieraren kan sluta sig till att det inte är fråga om en åtgärd som utförts på nytt.

Ifall det uppstår komplikationer under åtgärden ska komplikationen beskrivas verbalt och dess diagnos dokumenteras med klassifikationen ICD-10 exempelvis så:

- Beskrivning av en komplikation under en åtgärd: Infektion
- Komplikationens kod T81.4, Annan infektion efter åtg.

Komplikationer eller skadeverkningar som upptäcks senare dokumenteras så att man kopierar den gamla åtg-uppgiften som en ny anteckning (som har samma åtg-specificerande identifierare) och lägger till uppgifterna om skadeverkan.

13.2 Bilder i samband med åtgärder och andra bilder

Man kan ta fotografier i samband med bland annat endoskopier och åtgärder eller med ett vanligt patientbesök. Man kan också göra teckningar av en patient. De bilder som uppkommer kan lagras i samma arkiv som de radiologiska bilderna eller i ett eget arkiv.

För arkiveringen använder man *Åtgärdsklassifikationen* i kodningen av bilderna på samma sätt som vid radiologiska undersökningar. Om man exempelvis i samband med endoskopi tar bilder ska de lagras med koden för endoskopiåtgärden. Utöver koden kan man som precisering använda en ICD-diagnoskod med en noggrannhet på minst tre tecken och för att ange positionen en ICD-O-3-topografikod också med en noggrannhet på minst tre tecken. Man kan söka de här bilderna med personuppgifter och med åtgärds kod, men också utifrån diagnos och/eller position.

14 Läkemedelsterapi

Bra att veta

Läkemedelsterapi dokumenteras som en egen helhet, och senast från och med den 1 september 2014 lagras anteckningar om läkemedelsterapi i Patientdataarkivet på basis av LÄÄ-vyn. Basinformationen om medicinering är läkemedlets namn, mängd, engångs- och dygnsdos samt dosering, administreringsdatum och -tidpunkt samt givarens namn och namnet på den som ordinerade läkemedlet. Utöver de här uppgifterna kan man precisera dokumentationen av läkemedelsterapin strukturerat genom att bland annat dokumentera med hjälp av klassifikationer för läkemedelsterapi eller som fri text.

Den organisationsvisa medicineringslistan (VLÄÄ) ersätts den 1 september 2016 med Informationshanteringstjänstens riksomfattande medicineringslista (KLÄÄ). Samtidigt ändras informationsinnehållet i en medicineringsanteckning något och det kompletteras med läkemedlets kontrollanteckning. I den här Handboken för strukturerad dokumentation beskriver vi läget för dokumentationen 2014.

Uppgifter om en patients medicinering kan dokumenteras både strukturerat och som fri text. De klassifikationer som ska användas i den strukturerade dokumentationen finns samlade i tabell 14.

Tabell 14. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av läkemedelsterapi för en patient.

Klassifikationer för dokumentation	Obs.
Fimea – ATC-luokitus (ATC-klassifikation)	<i>Uppgifter som returneras från Läkemedelsdatabasen</i>
THL – Lääkkeen tyyppi (Typ av läkemedel)	<i>Klassifikationer i ett elektroniskt recept</i>
THL – Lääkemerkinnän tyyppi (Typ av läkemedelsanteckning)	
THL – Valmisteen laji (Preparatets art)	
THL – Tautiluokitus ICD-10 (Sjukdomsklassifikationen ICD-10)	
Kommunförbundet – Primärvårdsklassifikationen ICPC-2	
THL – Åtgärdsklassifikation	
THL – Lääkkeen muutoksen syy (Orsak till ändrat läkemedel)	
AR/LÄÄKITYS – Lääkkeenantoreitti ¹ (Administreringsväg för läkemedel)	Snart i bruk via Läkemedelsdatabasen:
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantopaikka (Plats för administrering av läkemedel)	Fimea - Lääkemuoto (Läkemedelsform)
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantotapa (Administreringssätt för läkemedel)	
THL – Informationskälla	
AR/YDIN – Kyllä/Ei/Ei tietoa (Ja/Nej/Vet inte)	
THL – Lääkitystarkistuksen tyyppi (Typ av medicineringskontroll)	

¹AR/YDIN – Lääkkeenantoreitti (Administreringssätt för läkemedel) ersätts i fortsättningen med det Administreringssätt för läkemedel som Fimea för in i Läkemedelsdatabasen.

14.1 Uppgifter om medicinering 2015–2018

Den riksomfattande medicineringslista (KLÄÄ) som ska visas i patientdatasystemen utifrån sammanställningen i Informationshanteringstjänsten tas antagligen i bruk under 2018. I samband med den ändras dokumentationen av medicineringsinformationen på ett avsevärt sätt och bland annat upphör användningen av VLÄÄ-vyn. Till dess dokumenteras medicineringsanteckningarna i patientdatasystemen på det sätt som beskrivs enligt CDA-bestämningen för läkemedelsanteckningar (Kanta 2011).

Innan Informationshanteringstjänstens Medicineringslista tas i bruk dokumenteras enskilda strukturerade läkemedelsanteckningar i LÄÄ-vyn och dessutom lagras den medicinering som är i kraft när ett vårdbesök eller en avdelningsperiod upphör i vyn för gällande läkemedelsterapi, VLÄÄ. Vyn för gällande läkemedelsterapi (VLÄÄ) kan också uppdateras i samband med besök inom öppenvården. Då kan man foga VLÄÄ-vyn exempelvis till en remiss eller till en vårdfeedback.

Syftet med en gällande medicinering (VLÄÄ) är att förmedla uppgiften om en patients gällande medicinering till den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården och till patienten. Listningen av den gällande medicineringen omfattar dem av patientens fortgående och tidsbegränsade mediciner som är i bruk när anteckningen görs. VLÄÄ-vyn gör det möjligt att göra ett separat sammandrag av medicineringen i patientdatasystemet. Sammandragsuppgiften kan exempelvis överföras till en plats för fortsatt vård, vilket främjar hanteringen av medicineringsinformationen när en patient flyttas från en vårdplats till en annan. Därför bör man i samband med en flytt omedelbart lagra listan över gällande medicinering i Patientdataarkivet för att den också ska kunna utnyttjas av den andra organisationen som deltar i vården.

Uppgifterna i LÄÄ- och VLÄÄ-vyerna kan inte i Patientdataarkivet utnyttjas i strukturerad form utan enbart i visningsform. Därför har LÄÄ-vyn ingen betydelse i praktiken. Eftersom patientdatasystemen på basis av bristfällig eller till och med felaktig information automatiskt kan bilda uppgifter i VLÄÄ-vyn av uppgifterna i läkemedelsterapiavsnittet måste användaren alltid kontrollera uppgifterna i VLÄÄ-vyn innan de arkiveras i Patientdataarkivet.

14.2 Dokumentation av medicineringsanteckningar

Enligt förordningen om förskrivning av läkemedel (1088/2010) bör patientdokumenten i fråga om att förskriva och administrera läkemedel innehålla läkemedlets namn, mängd, läkemedelsform, engångs- och dygnsdos samt dosering, administreringsdatum och tidpunkt samt namnet på den som administrerade läkemedlet och den läkare som förskrev läkemedlet, ifall det är fråga om annat än en fortlöpande medicinering enligt en avdelningspatients läkemedelslista.

I den här versionen av handboken om strukturerad dokumentation beskriver vi hur man gör en strukturerad läkemedelsanteckning att tas i bruk 2018 enligt det planerade utförandet. Då uppdateras den strukturerade dokumentationen av medicineringen avsevärt och uppgifterna om läkemedelspreparaten fås i huvudsak från Läkemedelsdatabasen, som FPA underhåller. Den strukturerade läkemedelsanteckningen och det elektroniska receptet förenhetligas också till innehållet så att uppgifterna i ett elektroniskt recept inte kräver ny inloggning av användaren, utan patientdatasystemet kan ta fram dem med en dokumentation av läkemedelsförskrivningsanteckningen och receptet. Utskrivningen av ett recept har beskrivits i samband med den funktionella definitionen av en läkemedelsanteckning (Mäkelä-Bengs et al, 2015).

14.2.1 Uppgifter om läkemedelsförskrivaren

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar de uppgifter som tillkommer om en patients medicinering i läkemedelsterapivyn (LÄÄ). Tidpunkten för förskrivningen uttrycks med ett datum. Läkemedelsförskrivaren dokumenterar alltid receptet i läkemedelsterapiavsnittet. För varje dokumentation av ett läkemedel skapas en ny anteckning om läkemedelsförskrivning, men den som dokumenterar kan använda en tidigare anteckning (eller Medicineringslistan) som underlag för den nya anteckningen. Den som dokumenterar kan vid behov göra ett recept av uppgifterna i samma anteckning.

När läkemedelsförskrivaren och den som dokumenterar är olika personer kommer anteckningen att innehålla information om båda. Sådana situationer är exempelvis när man dokumenterar ändringar i doseringen av ett läkemedel och när en sjukskötare dokumenterar läkemedel som förskrivits per telefon. En sjukskötare har rätt att dokumentera uppgifter om läkemedelsterapi för en läkemedelsförskrivares del i

journalen, men sjukskötaren kan exempelvis inte göra korrigeringar i ett elektroniskt recept i Receptcentret ifall han eller hon inte har rätt att förskriva läkemedel för ifrågavarande läkemedel. Därför kan det förekomma motstridigheter mellan de uppgifter om läkemedelsterapi som ska lagras i Patientdataarkivet och receptuppgifterna i Receptcentret.

Dokumentationen av ett läkemedel innehåller anteckningar om datum för inledning, administrering och ändring och avslutning. Patientdatasystemet tar vanligen fram datumuppgifter utifrån tidpunkten för anteckningen, och användaren behöver vanligen inte modifiera dem själv.

Uppgifterna om läkemedelsförskrivaren tas också vanligen fram utifrån inloggningen i patientdatasystemet. Uppgifterna om läkemedelsförskrivaren består bland annat av SV-numret (identifierare), namnet, läkarens specialitet och tjänst, uppdrag eller befattning, yrkesrättighet och uppgifter om läkemedelsförskrivarens serviceenhet. Utöver läkarna har också en sjukskötare eller en studerande med begränsad rätt att förskriva läkemedel ett SV-nummer.

14.2.2 Basinformation om läkemedel

Patientdatasystemet tar fram uppgifter om läkemedelsförskrivaren för en läkemedelsanteckning och de kan modifieras av användaren. Systemet tar också fram utgångsvärden för de tekniska klassificeringarna i läkemedelsanteckningen och fyller automatiskt i förskrivningsdatum. En läkemedelsförskrivare kan vid behov modifiera *Typen av läkemedel*, som anger om det är fråga om ett läkemedel inom den öppna vården, på ett sjukhus eller för egenvård, och *Typen av läkemedelsanteckning*, som anger om det är fråga om en anteckning om förskrivning eller administrering av läkemedel. En administreringsanteckning kan endast dokumenteras när det redan finns en förskrivningsanteckning om läkemedlet.

14.2.2.1 Förskrivning av läkemedelspreparat

Läkemedelspreparatets handelsnamn och ATC-kod

Läkemedelspreparatets handelsnamn tas från Läkemedelsdatabasen. När en användare väljer ett läkemedelspreparats handelsnamn eller verksamma ämne kan patientdatasystemet automatiskt komplettera dokumentationen utifrån uppgifter i Läkemedelsdatabasen. I de här uppgifterna ingår preparatets art, läkemedelspreparatets ATC-kod, preparatets namn, styrka och enhet för styrkan, läkemedelsform, administreringsväg, läkemedelsförpackningens identifierare (VNR-nummer), förpackningsstorlek och enhet för förpackningsstorleken, förpackningsstorlekskoefficient, förpackningsstorlek som text samt förvaringskärl, tilläggsinformation om preparatet, är det ett HCI-läkemedel eller narkotika, blod- eller plasmaproduct eller ett läkemedel som kräver ytterligare uppföljning. En användare kan vid behov utifrån de här uppgifterna modifiera administreringsvägen för ett läkemedel. I Läkemedelsdatabasen finns det information om huruvida ett preparat saknar ATC-kod, exempelvis bassalvor. När en läkemedelsförskrivare förskriver ett läkemedelspreparat utifrån det verksamma ämnet väljer han eller hon själv det verksamma ämnet och uppgifterna om läkemedlet hämtas från Läkemedelsdatabasen på basis av det verksamma ämnet.

Läkemedlets sammansättning, form och styrka

Läkemedelsdatabasen tar fram styrkan och enheten för styrkan för ett läkemedelspreparat i textform. När det är fråga om ett läkemedelspreparat som kräver försäljningstillstånd, ett preparat med tidsbegränsat specialtillstånd eller ett läkemedel som förskrivits under det verksamma ämnets namn dokumenterar användaren själv styrkan och enheten för styrkan ifall uppgifterna inte fås från Läkemedelsdatabasen. Läkemedelsformen kommer från uppgifterna i Läkemedelsdatabasen. Användaren kan vid behov komplettera informationen med Administreringsvägen för läkemedlet och Administreringssättet för läkemedlet. Ämnets mängd och mängdenheten dokumenteras separat om det inte fås färdigt från Läkemedelsdatabasen. När en uppgift hämtas från Läkemedelsdatabasen behöver användaren inte modifiera den.

14.2.2.2 Förskrivning av läkemedel utanför Läkemedelsdatabasen

När det är fråga om ett läkemedel som framställs i ett apotek, ett undersökningsläkemedel eller ett patient-specifikt preparat med specialtillstånd kan man inte söka uppgifterna direkt i Läkemedelsdatabasen, utan användaren måste tills vidare själv dokumentera uppgifterna om läkemedlet i textform.

I fortsättningen är det möjligt att dokumentera läkemedlets sammansättning strukturerat. När ett läkemedel som framställs i apotek innehåller läkemedel som finns i Läkemedelsdatabasen som komponenter kan uppgifter om dessa plockas från Läkemedelsdatabasen. Totalmängden och mängdenheten enligt anvisningen av ett läkemedel som framställs i apotek dokumenteras också strukturerat. Framställningsanvisningen dokumenteras som fri text. Anvisningarna för strukturerad dokumentation av sammansättningen preciseras i ett senare skede.

14.2.3 Läkemedelsdos

Doseringen av ett läkemedel kan dokumenteras som fri text, såsom en tablett tre gånger om dagen "1 tabl x 3 per dag". Doseringen av ett läkemedel kan också dokumenteras i strukturerad form. När man dokumenterar en strukturerad dosering kan man ta hjälp av den övervakade inmatningskoden, vars tillämpning i patientdatasystemet är önskvärd men inte obligatorisk. Principerna för hur den övervakade inmatningskoden fungerar finns i publikationen om definitioner av medicineringsanteckningar (Mäkelä-Bengs et al, 2015, se kap. 5). Definitionerna träder i kraft 2018. Om inmatningskoden tillämpas i det patientdatasystem som den som dokumenterar använder ändrar systemet med hjälp av inmatningskoden den kortform som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har dokumenterat (t.ex. 1x3x7) till en strukturerad form i patientjournalanteckningen och på receptet samt i patientanvisningen till en textform som patienten begriper (1 tablett 3 gånger per dygn under 7 dygn).

14.2.4 En läkemedelsförpackning och en bestämd mängd

Produktnumret på en läkemedelsförpackning och den bestämda mängden är inte obligatoriska journaluppgifter, men de ska dokumenteras när man gör ett recept. Ett läkemedel kan förskrivas med hjälp av förpackningsstorleken och -antalet, med totalmängden läkemedel eller utifrån tidsperioden. Produktnumret på en läkemedelsförpackning, VNR-koden, gör det möjligt att tillförlitligt identifiera en enskild förpackning i alla stadier av leverans och distribution. Produktnumret får man från Läkemedelsdatabasen. Man får uppgifterna om förpackningen från Läkemedelsdatabasen och när man gör ett elektroniskt recept antecknas också förpackningsstorleken och dess koefficient på basis av Läkemedelsdatabasen. Den som dokumenterar behöver inte mata in dem separat i anteckningen.

14.2.5 Användningsändamål

Läkemedelsförskrivaren dokumenterar orsaken till (indikationen för) läkemedelsanvändningen strukturerat eller som fri text. Läkemedlets användningsändamål dokumenteras strukturerat med klassifikationen ICD-10 eller ICPC-2. På receptet överförs bara användningsändamål som dokumenterats som fri text.

14.2.6 Ändring av läkemedel

Orsaken till en ändring av ett läkemedel eller till att det avslutas antecknas strukturerat med klassifikationen *Orsak till ändrad läkemedelsterapi*, som innehåller följande åtta klasser: tidsbegränsat läkemedel, behovet av läkemedlet upphört, läkemedlets skadeverkan, annan ändring av läkemedlet, annan orsak, förändring i hälsotillståndet, teknisk orsak och felaktiga uppgifter av patienten eller tvång. Orsaken till en ändring i ett alternativt läkemedel eller till att det avslutas kan dokumenteras som fri text.

Som orsak till att ett läkemedel avslutas tar systemet fram dokumentationen *Tidsbegränsat läkemedel* när avslutningsdatum för läkemedelsanvändningen dokumenterades redan då läkemedlet förskrevs. När ett fortlöpande behov av ett läkemedel upphör, exempelvis när en blodtryckssjukdom hålls under kontroll med ändrad livsstil, är orsaken till ändringen (avslutningen) *Behovet av läkemedlet upphört*. *Skadeverkan* dokumenteras när orsaken till en läkemedelsändring är en ytterligare sjukdom som läkemedlet orsakat patienten.

ten, exempelvis synnervsinflammation orsakad av amiodaron, eller annan biverkning (se närmare 14.1.7). Användaren väljer klassen *Annan ändring av läkemedlet* exempelvis när läkemedel har en otillräcklig vårdrespons och man därför ändrar doseringen. Klassen *Förändring i hälsotillståndet* väljs när ett läkemedel ändras på grund av en annan sjukdom än den som läkemedlet gäller. Dessutom kan en användare med den här klassen dokumentera ändringar i en patients läkemedel som en vård eller en behandling av en annan sjukdom kräver, exempelvis en njurkroppsinflammation (glomerulonefrit) med påföljande njursvikt. Den som dokumenterar väljer klassen *Teknisk orsak* när det är fråga om Ändringar i receptet (annullering, förbud att förnya). *Felaktiga uppgifter av patienten eller tvång* är också en klass i samband med dokumentering av ett recept. Den dokumenteras när en användare annullerar eller ger förbud att förnya ett recept på grund av att patienten har gett felaktiga uppgifter eller av tvång. Användaren kan också välja klassen *Annan orsak*. Valet av annan orsak kräver att användaren motiverar det med fri text.

När man utnyttjar ett kodsysteem i dokumentationen av orsaken till en ändring eller avslutning av en läkemedelsterapi möjliggör dokumentationen bättre granskningar av stödet för beslutsfattandet och automatiska varningar på systemnivå när man ger nya recept.

14.2.6.1 Skadeverkan av ett läkemedel

Skadeverkningar i samband med ett läkemedel dokumenteras i journalen av användaren med hjälp av *Sjukdomsklassifikationen ICD-10* när man ändrar användningen av ett läkemedel på grund av skadeverkningarna. Om en skadeverkan inte orsakar ändringar i medicineringsdelen dokumenteras den inte i läkemedelsanteckningen. Om den diagnoskod som beskriver skadeverkan ligger mellan S00 och T98 i klassifikationen ICD-10 (*Sjukdomsklassifikationen ICD-10*, 2011, kap. 19) ska användaren också dokumentera koden för den yttre orsaken.

Dokumentationen av skadeverkningar i medicineringsdelen eliminerar inte skyldigheten att göra en anmälan om skadeverkan. I utvecklade system kan man bygga in en automatik för att assistera framtagandet av en anmälan om skadeverkan när man dokumenterar skadeverkan av ett läkemedel i en läkemedelsanteckning. Dokumentationen av ett läkemedels skadeverkan i en läkemedelsanteckning, med koden T88.7# bör i systemet öppna Fimeas blankett för anmälan om skadeverkan, i vilken de ovan nämnda diagnoserna förs in, och ta fram diagnosen för skadeverkan i diagnoslistan. Dokumentationen av skadeverkningar orsakade av en läkemedelsterapi beskrivs närmare i handboken *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* (Komulainen, 2012).

14.2.6.2 Riskdokumentationer förknippade med ett läkemedel

När en användare dokumenterar skadeverkan av ett läkemedel ska han eller hon överväga att också dokumentera saken bland patientens riskuppgifter. Särskilt när skadeverkan har lett till ett symptom, en sjukdom eller ett livshotande tillstånd som kräver annan vård eller behandling ska anteckningen också alltid göras bland riskuppgifterna (närmare Komulainen, 2012 och kap. 10 *Riskuppgifter* i den här handboken). De varningar som skapas i systemet bör för medicineringsdelen basera sig dels på det läkemedel som orsakat skadeverkan eller den allergiska reaktionen och dels på läkemedel som till sin verkningsmekanism eller till sin kemiska struktur påminner om det och som kan orsaka samma skadeverkan eller reaktion.

14.2.7 Utbytbarhet hos ett läkemedel

Ett läkemedels utbytbarhet är en uppgift som hör ihop med utskrivandet av recept och som uttrycker om läkemedlet kan bytas till ett parallellpreparat på apoteket. En läkemedelsförskrivare kan dokumentera ett förbud mot utbyte av läkemedel med ett ja/nej-val. Läkemedelsförskrivaren motiverar dessutom orsaken till förbudet i journalanteckningen.

14.2.8 Informationskälla

En uppgift om medicineringsdelen kan exempelvis härstamma från en patient själv. Det är normalt att en sjuksköterska exempelvis i en ankomstsituation kan intervjua patienten och utifrån intervjun dokumentera patientens aktuella medicineringsdelen. Då dokumenterar antecknaren uppgiften med kodsysteem *THL - Informationskälla*. När en uppgift kommer exempelvis från patientens anhöriga ska man välja det ifrågavarande värdet i kod-

systemet för att beskriva informationskällan. Med hjälp av informationskällan kan man i journalanteckningen också dokumentera patientens egenvårdsläkemedel eller doseringar som patienten uppger och som avviker från receptet. När det är fråga om läkemedelsanvändning som patienten själv uppger ska man välja egenvårdsläkemedel som *läkemedlets art* i anteckningen.

14.2.9 Dokumentation av läkemedelsadministrering

Dokumentationen av läkemedelsadministrering baserar sig alltid på en anteckning om läkemedelsförskrivning²⁶. Uppgifterna i samband med administreringen av ett läkemedel, såsom datum och den som administrerar läkemedlet, bildas automatiskt i systemet som en del av anteckningen. Den som dokumenterar administreringen behöver inte modifiera annat än de uppgifter som ändras i samband med läkemedelsadministreringen, exempelvis om dosen avviker från den förskrivna. För läkemedelsinfusioner kan man dokumentera infusionshastigheten, totaltiden och totalvolymen. En motsvarande struktur kan användas när man dokumenterar intravenös vätsketerapi.

Patientdatasystemen kan automatiskt kvittera som givna sådana läkemedel som finns på medicineringslistan och som ges samtidigt. Läkemedel som avviker från medicineringslistan och sådana som getts vid behov dokumenteras separat.

14.2.10 Kontroll av medicineringen

Medicineringsanteckningarna lagras i vyn för läkemedelsterapi (LÄÄ) i olika faser av vårdprocessen (se figur 9). Planering av vården med avseende på medicineringen är exempelvis att utreda en gällande medicinering som en del av anamnesen och genomförandet av vården, exempelvis anteckningar om administreringen av ett läkemedel. En vårdare kan kontrollera att patientens medicineringslista är aktuell när han eller hon utreder den gällande medicineringen, men bara en läkare kan kontrollera att patientens medicinering är adekvat.

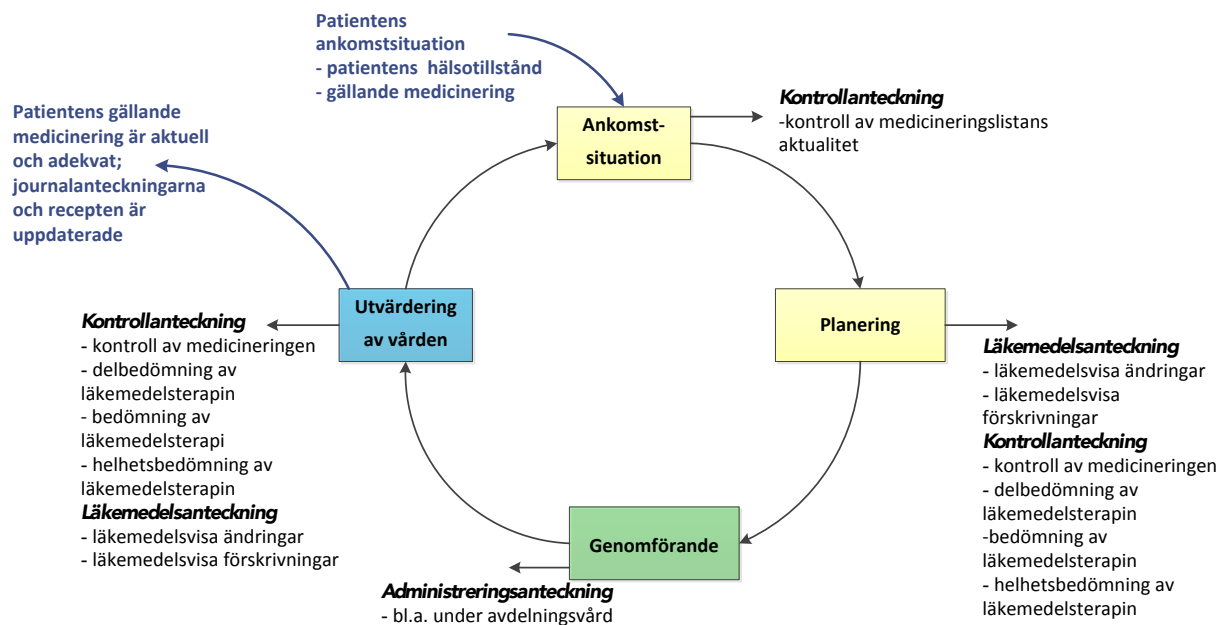


Bild 9. Process i läkemedelsterapi där olika läkemedelsanteckningar urskiljs.

²⁶ I vissa situationer, exempelvis vid återupplivningssituationer, kan patientdatasystemet ta fram en anteckning om förskrivning med samma dokumentation som en anteckning om administrering. Egenskapen behövs bland annat i separatsystem, såsom journalen över prehospital akutsjukvård.

14.2.10.1 Kontroll av en enskilt läkemedel

Kontroll av läkemedlets aktualitet

Kontrollen av enskilda läkemedels aktualitet kan utföras av vilken som helst yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården tillsammans med patienten. Hos patienten kontrolleras om denna använder läkemedlen såsom de förskrivits enligt Medicineringslistan. Om användningen av ett läkemedel följer förskrivningen dokumenterar kontrollanten bara *Datum för kontroll av ett läkemedels aktualitet* i kontrollanteckningen. Om användningen av ett läkemedel avviker från den förskrivna eller om det finns oklarheter i den dokumenterar kontrollanten sin observation i fältet *Tilläggsuppgift till kontrollanteckning*, exempelvis "Patienten använder bara 1x1", och antecknar dessutom separat om läkemedlet *Kräver bedömning eller ändring av läkare*. Om en patient uppger att han eller hon ytterligare använder läkemedel som inte finns på Medicineringslistan dokumenteras de enligt patientens berättelse som nya läkemedel, vilkas *Typ av läkemedel* är *Egenvårdsläkemedel*. Läkaren kan senare bedöma om de bör förskrivas som *Öppenvårdsläkemedel*.

Kontrollen av aktualiteten görs vanligen i hela medicineringslistan (separat för varje läkemedel), men den kan också göras för bara en del av läkemedlen. För alla kontrollerade läkemedel dokumenteras *Datum för kontroll av läkemedlets aktualitet*. Observationer dokumenteras enbart för läkemedel för vilka det behövs.

Kontroll av läkemedlets vederbörlighet

Läkaren kontrollerar om användningen och doseringen av ett läkemedel för vården av en patient är ändamålsenlig och att läkemedlet är kompatibelt med den övriga medicineringen samt gör de ändringar som behövs i läkemedlet. När ett recept är vederbörligt dokumenterar läkaren för förskrivningen *Datum för kontroll av läkemedlets vederbörlighet*. Om läkemedlet kräver ytterligare bedömning senare kan läkaren dokumentera en uppgift om det i fältet *Kräver bedömning eller ändring av läkare* och precisera uppgiften i fältet *Tilläggsuppgift till kontrollanteckning*, exempelvis "Doseringen ska bedömas efter 1 månads användning".

Läkaren kan göra en kontroll av läkemedlets vederbörlighet för hela medicineringen (separat för varje läkemedel) eller bara för en del av läkemedlen. En ögonläkare kan exempelvis anteckna datum för kontroll i uppgifterna om ögonmedicinering som ska användas i behandlingen av en patients glaukom när läkaren har kontrollerat lämpligheten hos dessa läkemedel och hur nödvändiga de är för behandlingen utan att ta ställning till övrig medicineringslistning.

Anteckningar om kontroll av ett enskilt läkemedel skapar alltid en ny receptanteckning i journalen för varje kontrollerat läkemedel.

14.2.10.2 Kontroll av den totala medicineringen

Utöver de anteckningar om kontroll som ska göras för varje läkemedel kan man i LÄÄ-vyn göra en separat mer övergripande anteckning om medicineringskontroll med egen struktur. Separata anteckningar om medicineringskontroller visas också som en egen helhet separat från den egentliga Medicineringslistan, men i medicineringslistan visas när den senaste kontrollen av den totala medicineringen har gjorts för patienten.

En utgångsmässigt separat anteckning om medicineringskontroll görs för patientens hela gällande medicineringslista, men den kan också göras bara för en del av medicineringen.

I anteckningen om kontroll dokumenteras datum för kontrollen, de yrkespersoner inom hälso- och sjukvården som deltar i kontrollen med identifieringsuppgifter samt vilken typ av kontroll det är fråga om. De kontrollerade läkemedlen och deras dosering dokumenteras för varje läkemedel utifrån uppgifterna i Medicineringslistan. Om kontrollen inte görs av hela medicineringen väljer man de läkemedel från Medicineringslistan som man kontrollerar (eller plockar bort de läkemedel som inte kontrolleras). I anteckningen kan man dessutom för varje läkemedel dokumentera ifall läkemedlet *Kräver bedömning eller ändring av läkare*

samt *Förslag till ändring av läkemedel*. Utöver de läkemedelsvisa uppgifterna kan man i en separat anteckning om kontroll av medicineringen dokumentera uppgifter i textform om hela den kontrollerade medicineringen *Bedömning av medicineringen som text, Förslag till ändring av läkemedel* och *Plan för genomförande av ändringen*.

Kontroll av medicineringen				
9.11.2014		Kontroll av medicineringslistans aktualitet		
Den som kontrollerar				
		Vera Vårdare	KHSHP, Inremedicinska avdelningen	
Medicinering som ska kontrolleras			Förslag till ändring	
x	Burana 600 mg	1 tabl x4 /d po		
x	Ketorin 100 mg	1 tabl x3 /d po	!	Inte i användning
x	Retafer 50 mg	1 tabl x1 /d po		
x	Seloken 50 mg	1 tabl x2 /d po	!	Använder 1x1
	Simvastatin 20 mg	1 tabl x1 /d po		
Bedömning av medicineringen				
Patienten har ordinerats flera antiinflammatoriska läkemedel. Använder inte Ketorin. Använder Seloken i dosering som avviker från förskrivningen.				
Kräver ändrad medicinerings		Ja		
Förslag till ändringar i medicineringen				
Tidvis behov av nitro?				
Plan för genomförande				
Kontrolleras under läkarronden.				

Bild 10. I en anteckning om kontroll av medicineringslistans aktualitet kan man dokumentera en fritt formulerad bedömning av medicineringen samt förslag till ändringar av den om den som kontrollerar inte kan ändra medicineringen, exempelvis när en avdelningsfarmaceut gör en farmakologisk helhetsbedömning av medicineringen. När man gör en partiell kontroll väljer man bara de läkemedel som ska kontrolleras. (Figuren innehåller inkonsekvenser eftersom flera egenskaper har avbildats samtidigt i den.)

Typer av medicineringskontroll

Den totala medicineringen kan kontrolleras på fem olika sätt: en kontroll av medicineringslistans aktualitet, kontroll av medicineringen, delbedömning av läkemedelsterapin, bedömning av läkemedelsterapin och helhetsbedömning av läkemedelsterapin.

Antecknaren väljer *kontroll av medicineringslistans aktualitet* när en patient, dennas anhöriga eller en aktör inom social- eller hälsovården tillsammans med patienten eller dennas anhöriga har gjort en kontroll av medicineringslistans aktualitet. Anteckningen omfattar en uppgift om huruvida patientens medicineringslistans aktualitet motsvarar uppgifterna i medicineringslistan. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör en anteckning i journalen om den här kontrollen.

Antecknaren väljer *kontroll av medicineringen* när det är fråga om en kontroll av en patients medicineringslistans aktualitet gjord av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, som kontrollerar om läkemedlets dosering och administreringstidpunkter motsvarar godkänd vårdpraxis samt kartlägger eventuella överlappningar av och inkompatibiliteter hos läkemedlen. Den yrkesutbildade personen kan här vara en sjuksköterska, en provisor eller en farmaceut. Anteckningen innehåller inte vare sig någon bedömning av behovet av, indikationen för eller ändamålsenligheten hos en läkemedelsterapi eller några åtgärder för att korrigera medicineringslistan.

Läkaren väljer *delbedömning av läkemedelsterapin* när han eller hon gör en bedömning av en del av medicineringen som hör till den egna specialiteten eller som annars har avgränsats. Den här kontrollen omfattar behovet av kontrollerade läkemedel och en bedömning av doseringen, men tar inte ställning till den övriga medicineringen. Anteckningen innehåller de behövliga anteckningar om ändringar i den bedömda medicineringen som görs av en läkare.

Antecknaren väljer *bedömning av läkemedelsterapin* när en läkare eller läkaren vid behov assisterad av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården gör en bedömning av en patients behov av läkemedelsterapi och av läkemedelsterapins ändamålsenlighet som en del av undersökningen av patienten och planering av vården. Här kan yrkespersonen vara en klinisk farmakolog, en provisor eller en farmaceut, eller någon annan specialutbildad person inom hälso- och sjukvården. Anteckningen innehåller de behövliga anteckningar om ändringar i medicineringen som en läkare har bedömt eller bekräftat eller läkarens bekräftelse av att ändringar inte behövs. Om läkemedelsterapin kräver uppföljning dokumenterar antecknaren en plan för uppföljning av ändringarna i medicineringen.

Antecknaren väljer *helhetsbedömning av läkemedelsterapin* när en bedömning av en patients läkemedelsterapi görs i samarbete mellan kliniska experter och/eller en mångprofessionell grupp. Bedömningen sker med ett beslut av den vårdande läkaren utifrån bedömningen av läkemedelsterapin och den innehåller utöver bedömningen av läkemedelsterapin en bedömning hemma hos patienten av hur läkemedelsterapin genomförts och hur patienten förbundit sig till terapin. En person som hör till de kliniska experterna och/eller den mångprofessionella gruppen kan också vara en klinisk farmakolog, en specialutbildad provisor eller farmaceut eller någon annan specialutbildad person inom hälso- och sjukvården. Utöver bedömningen av läkemedelsterapin eller den bedömning som görs hemma hos patienten kartläggs i det här sammanhanget de sociala och ekonomiska förutsättningarna för läkemedelsterapi. Anteckningen innehåller ändringar i medicineringen gjorda av en läkare eller läkarens bekräftelse på att ändringar inte behövs. Om läkemedelsterapin kräver uppföljning dokumenterar antecknaren en plan för uppföljning av ändringarna i medicineringen.

14.2.11 Anvisningar för läkemedelsterapi

Att ge anvisningar om medicineringsinformation till en patient kan dokumenteras som fri text under rubriken läkemedelsterapi. Dessutom kan vägledning av en sjukskötare om läkemedelsterapi dokumenteras i vårdjournalen med klassificeringen funktion i vårdarbetet. I samband med att man har tagit det elektroniska receptet i bruk är man enligt lagen skyldig att skriva ut en patientanvisning när en patient får ett elektroniskt recept.

14.3 Fortsatt utveckling av läkemedelsterapi

I samband med att medicineringsinformation lagras kommer uppgifterna enligt planerna från och med 2018 alltid också att lagras i strukturerad form i Patientdataarkivet och i Informationshanteringstjänsten. Definitionerna för anteckningarna om läkemedel i en patientjournal, bland annat i fråga om ändringar i ett elektroniskt recept, kompletteras under 2015. Samtidigt preciseras också tidtabellen för ibruktagningen av strukturerade medicineringsuppgifter, särskilt strukturerad dokumentation av doser och strukturerad sammansättning, samt av Informationshanteringstjänstens Medicineringslista. Till dessa delar kommer kapitlet Läkemedelsterapi i Handboken för strukturerad dokumentation att kompletteras när definitionerna och tidtabellerna blir klara.

15 Prevention

Bra att veta

Under rubriken Prevention dokumenterar man som fri text de anvisningar som getts en patient. Vaccinationsuppgifter dokumenteras strukturerat med hjälp av de klassifikationer som är avsedda för detta. Sedan 2014 har man kunnat visa vaccinationsuppgifterna med ett patientsammandrag på basis av Informationshanteringstjänstens sammanställning. Med Informationshanteringstjänsten har dokumentationen av vaccinationsuppgifter preciserats.

Under rubriken Förebyggande (Prevention) kan man som fri text dokumentera de anvisningar om förebyggande hälsovård som getts en patient samt strukturerat patientens vaccinationsuppgifter. De klassifikationer som ska användas för dokumentation av vaccinationer finns samlade i tabell 15.

Tabell 15. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av en patients vaccinationer.

Klassifikationer för dokumentation	Organisationskoder
Fimea – ATC-luokitus (ATC-klassifikation)	SOTE - Organisationsregister
AR/YDIN – Rokotustapa (Vaccinationssätt)	
AR/YDIN – Pistokohta (Injektionsställe)	
THL – Sjukdomsklassifikationen ICD-10	
THL - Vaccinationsskydd	
THL – Vacciner	
THL – Vaccinpreparat	
THL – Informationskälla	

15.1 Förebyggande hälsovård

Förebyggande hälsovård dokumenteras under rubriken Förebyggande (Prevention). Under rubriken dokumenteras vägledning i samband med hälsofostran som ges av läkare som fri text. Sjukskötare kan dessutom dokumentera sina anvisningar i avdelningen vårdarbete med vårdarbetets klassificeringar. Likaså kan terapeuterna dokumentera anvisningar enligt sina egna nomenklaturer i egna vyer.

Förebyggandet av sjukdomar kan indelas i tre nivåer²⁷.

- Primärt förebyggande, eller primärprevention, omfattar åtgärder för att bekämpa sjukdomar innan en sjukdom uppträder (t.ex. avlägsnande av sjukdomsorsaken) eller åtgärder som allmänt inriktas på att öka hälsan (t.ex. hälsofostran, hälsokontroller).
- Sekundärt förebyggande, eller sekundärprevention, omfattar åtgärder med vilka man strävar efter att förhindra att en sjukdom som konstaterats i ett tidigt, ofta symtomfritt, stadium (t.ex. med hjälp av screening) utvecklas vidare.

²⁷ http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

- Tertiärt förebyggande, eller tertiärprevention, omfattar åtgärder med vilka man strävar efter att förhindra att en sjukdom framskrider, att komplikationer uppstår eller att skador och olägenheter orsakade av sjukdomen förvärras (t.ex. åtgärder med vilka man strävar efter att förhindra en ny infarkt hos en patient med hjärtinfarkt).

15.2 Uppgifter om vaccination

Utöver fri text ska uppgifter om vaccination antecknas strukturerat under rubriken Prevention. I motsats till övriga anteckningar om medicinering dokumenterar man strukturerat när det gäller vaccinationer bara administreringen av dem, och vanligen lagras ingen separat dokumentation om förskrivning. Om en patient själv hämtar ett vaccin på apoteket gör man för vaccinet en anteckning om förskrivning av läkemedel i patientjournalen och ett recept i Receptcentret.

De strukturerade uppgifterna om en vaccination dokumenteras på ett riksomfattande enhetligt sätt. Vaccinets namn får man i Läkemedelsdatabasen i en form enligt ATC-klassifikationen. Om vaccinets namn inte finns i Läkemedelsdatabasen dokumenterar man namnet fritt formulerat. Om en antecknare dokumenterar uppgifter om ett undersökningsvaccin ska han eller hon välja att det gäller ett undersökningsvaccin. Det är inte obligatoriskt att dokumentera namnet på ett undersökningsvaccin, men man måste dokumentera dess kod.

Identifieringsnumret för en läkemedelsförpackning, VNR-numret, får man i Läkemedelsdatabasen. Antecknaren kan inte modifiera det. Användaren dokumenterar *läkemedelsförpackningens batchnummer (partinumner)* manuellt som fri text i det fält som reserverats för ändamålet. Dokumentationen av läkemedelsförpackningens batchnummer ingår i kvalitetssäkringen och uppföljningen av vaccinpreparat. Med hjälp av batchnumret kan man i efterhand identifiera vilket vaccinparti en patients vaccin härstammar från. Det kan förekomma partivisa variationer i vaccinpreparaten eftersom en del av vaccinpreparaten innehåller levande mikrober.

Med hjälp av vaccinationsskyddet anges vilka sjukdomar och infektioner vaccinet riktar sig mot. Ett vaccin kan innehålla flera vaccinationsskydd, exempelvis ett vaccinpreparat mot difteri och ett mot stelkramp. Vaccinationsskyddet har byglats till klassifikationerna *Vaccinpreparat* och *Vacciner* och med hjälp av vaccinpreparatbygeln kan patientdatasystemet automatiskt ta fram uppgifter om det sjukdomsvisa vaccinskyddet utifrån det givna namnet på ett vaccinpreparat. När en patient exempelvis har fått ett vaccin som heter Boostrix har han eller hon fått vaccinskydd mot difteri, stelkramp och kikhosta. Antecknaren kan precisera vaccinationsskyddet med en fritt formulerad specifikation om det klassifikationsenliga vaccinationsskyddet inte är tillräckligt.

Med hjälp av klassifikationen för vaccinationsskydd kan man skriva ut ett vaccinationskort till patienten där de vaccinationer och deras booster som har getts mot olika sjukdomar syns (se figur 11).

VACCINATIONSKORT		AB Rh+	Nära anhörig: Anna Anhörig			Telefon:	+358 44 5566 789
Peter Patient		120364-5678	Adress: Strandgatan 3			Telefon:	+358 45 678 9012
Vaccinationsskydd	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Tilläggsinformation	
TET	Stelkramp	1.2.10	24.9.97	16.10.89	29.6.71	16.4.68	
INF	Influensa	2.11.09					Patienten svimmade under vacc.
HAV	Hepatit A	25.11.03	31.1.03				
HBV	Hepatit B	30.1.96	17.8.95	18.7.95			
IPV	Polio	16.10.89					Gamla vacc. Inte kända
BCG	Tuberkulos	13.11.85	1.2.64				
MEN	Meningokock	12.1.76					
DIF	Difteri	29.6.71	16.4.68				
MUU	Annat vaccin	12.1.70					Smittkoppsvaccin
PER	Pertussis	16.4.68					
Ytterligare information							

Bild 11. Exempel på ett vaccinationskort (Virkkunen et al, 2014).

Om doseringen dokumenteras vaccinnmängden och enheten samt vaccinationssättet och injektionsstället med hjälp av klassifikationerna. När ett vaccin ges i huden, under huden eller i en muskel (*Vaccinationssätt* = ID, CS, IM) ska injektionsstället dokumenteras. Om serievaccinationer dokumenteras *dosens ordningsnummer*, exempelvis för en hepatitvaccinationsserie på 3 vaccinationer. Ordningsnumret anger vilken vaccination i ordningen det är fråga om. I engångsvaccinationer behöver man inte dokumentera ordningsnumret, inte heller i boostervaccinationer som ges med flera års mellanrum, exempelvis stelkramp.

Patientdatasystemet kan i en anteckning automatiskt ta fram datum för administrering av ett vaccin och vaccinatören, när antecknaren sköter vaccineringen. Antecknaren kan dokumentera ytterligare information om en vaccination som fri text. Serviceenheten i vaccinatörens organisation tas automatiskt fram på systemnivå. Om en patient vägrar ta emot ett vaccin kan man dokumentera uppgiften med fri text under rubriken Förebyggande (prevention).

Dokumentation av tidigare vaccinationsuppgifter

Om det är fråga om att dokumentera en vaccination som en patient har fått tidigare, exempelvis på basis av patientens vaccinationskort eller en uppgift av patienten, och man inte vet vaccinets namn kan man dokumentera vaccinationen med namnet på klassen enligt klassifikationen THL-Vacciner, exempelvis Poliovaccin. I sådana fall är det inte nödvändigt att dokumentera ATC-koden och namnet enligt den. Dessutom behöver man inte i den tidigare anteckningen av vaccinationsinformationen dokumentera vare sig vaccinförpackningens specifikationskod eller batchnummer, vaccinationssättet, injektionsstället eller vaccinatören. Tidpunkten för vaccinationen kan också dokumenteras på basis av den givna informationen, exempelvis som ett årtal.

Även om man dokumenterar uppgifter om tidigare vaccinationer med mindre exakthet än de vaccinationer som ska ges är det bra att få med dem i de riksomfattande patientsammandragen för att man ska kunna få så heltäckande information som möjligt om en patients vaccinationsskydd på ett och samma ställe.

Dokumentation av en omedelbar skadeverkan av ett vaccin

En skadeverkan orsakad av ett vaccin dokumenteras med diagnoskoden för skadeverkan i patientdatasystemet. Kodningen av skadeverkan kan vid behov kompletteras med en ATC-klassificering. Till dokumentationen av skadeverkan ska man också foga datum när skadeverkan har konstaterats. Om man dokumenterar skadeverkan i efterhand ska man göra en ny vaccinationsanteckning genom att kopiera den gamla och lägga till uppgifterna om skadeverkan. När den specificerande identifieraren för en vaccination är densamma förenas den nya anteckningen med den tidigare.

När skadeverkan av en vaccination har dokumenterats med koder enligt kap. 19 i sjukdomsklassifikationen (ICD-10, 2011), exempelvis *T88.1 Andra komplikationer som följd av vaccination som ej klassificeras annorstädes*, ska man också dokumentera den yttre orsaken enligt koderna i kap. 21. I de flesta fallen är koden för den yttre orsaken till skadeverkan *Y58 ogynnsam effekt av bakterievaccin* eller *Y59 ogynnsam effekt av andra och icke specificerade vacciner och biologiska substanser*.

Vissa skadeverkningar av vaccin kan uppfattas som riskinformation, och då ska de lagras i avsnittet riskuppgifter. Sådana är exempelvis äggallergi och/eller en anafylaktisk reaktion i samband med en vaccination. När man dokumenterar skadeverkan är det bra att komma ihåg att vissa vaccinreaktioner är önskade. En beskrivning av skadeverkan kan vid behov kompletteras med tilläggsinformation dokumenterad som fri text.

15.3 Vaccinationsuppgifter i de riksomfattande databaserna

Uppgifterna om vaccinationer lagras i Patientdataarkivet och de strukturerade uppgifterna om vaccinationer sammanställs automatiskt från det i Kanta-datasystemtjänsterna till Informationshanteringstjänsten, där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som vårdar patienten kan titta på det uppdaterade vaccinationsammandraget. De gemensamma strukturerade uppgifterna i en patients vaccinationsinformation presenteras i kap. 5.7 i Informationshanteringstjänstens publikation (Virkkunen et al, 2014).

Utifrån dokumentationen av vaccinationsinformation som preciserats i samband med Informationshanteringstjänstens definitioner kan man i fortsättningen göra en anmälan i vaccinationsregistret automatiskt utan tilläggsdokumentation.

I en AvoHilmo-registeranmälan (Mölläri ja Saukkonen, 2014) samlar man av vaccinationsuppgifterna bara uppgifter om de besök när vaccination ges. Som registeruppgifter samlas vaccinets namn, ATC-kod, administreringsdatum och batchnummer samt dosens ordning, vaccinationssättet och injektionsstället.

16 Utlåtanden

16.1 Utlåtanden

Utlåtandena omfattar läkarintyg, lagsbaserade anmälningar till olika myndigheter (exempelvis anmälan till implantatregistret) och andra utlåtanden som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården avfattar.

16.2 Blankettstrukturer

För intyg, formbundna utlåtanden och lagsbaserade anmälningar fastställs standardiserade blanketter, som lagras i Patientdataarkivet. Beträffande intyg och utlåtanden finns det på kodservern strukturer för dödsattest, läkarutlåtande C och läkarintyg A. För övriga intyg och utlåtanden som i första fasen ska lagras i Patientdataarkivet skapas blankettstrukturer på Kodservern under 2015.

Målet är att man delvis automatiskt ska kunna fylla i utlåtanden och anmälningar med ett definierat informationsinnehåll med hjälp av de uppgifter som finns i patientjournalen.

16.3 Fritt formulerade utlåtanden

Utöver de formbundna utlåtandena kan man inom hälso- och sjukvården ge fritt formulerade utlåtanden för olika ändamål. Fritt formulerade utlåtanden kan göras på en blankett för ett fritt formulerat läkarintyg enligt TOD-vyn. Om utlåtandet görs som en del av en delvis fortlöpande patientjournalanteckning och det inte behöver skickas till utomstående enheter kan det dokumenteras under rubriken Utlåtande.

17 Sammandragsuppgifter

Bra att veta

Ett sammandrag av en patients vård dokumenteras när vården avslutas eller periodiskt. När en servicehändelse upphör använder man rubriken slututvärdering och i bedömningar under en servicehändelses gång rubriken mellanbedömning. Anteckningar med de här rubrikerna går till sammandragsvyn. Uppgifterna i sammandraget av ett vårdarbete och slututvärderingarna överförs också automatiskt till sammandragsvyn.

Det är också möjligt att få annan information om ett besök som anses viktigt till sammandragsvyn om man antecknar sammandragsvyn som tilläggsvy för dokumentationen av ett sådant besök.

Informationshanteringstjänsten samlar ett patientsammandrag av en patients viktigaste uppgifter med ändamålet att underlätta uppfattningen av patientens helhetssituation.

17.1 Patientsammandrag

Ett patientsammandrag är en vy över en patients viktigaste uppgifter, som patientdatasystemet har samlat med hjälp av Informationshanteringstjänsten. Det underlättar uppfattningen av helhetssituationen och möjliggör en snabb åtkomst till de dokument från vilka informationen som visas med patientsammandraget härstammar. Mindre viktig information visas inte nödvändigtvis med ett patientsammandrag, utan den kan länkas med ett klick från informationen på skärmen.

En del av uppgifterna i ett patientsammandrag är sådana som användaren kan filtrera på andra sätt än med hjälp av en datumavgränsning. Man kan exempelvis utesluta avslutade gamla diagnoser och små åtgärder. Man kan också för varje verksamhetsenhet eller användare avgränsa vilka fysiologiska mätningar som visas som standard.

Ett patientsammandrag är inte en visning som används för dokumentation, men i patientdatasystemet kan man bygga in en funktion i det som gör det möjligt att lätt förskriva exempelvis samma undersökning eller samma medicinering på nytt.

17.2 Sammandrag av en servicehändelse

Ett sammandrag av en servicehändelse är ett slut- eller uppföljningssammandrag eller annan text på sammandragsnivå som en yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården gör av undersökningen, vården och rehabiliteringen av en patient under servicehändelsen eller när den avslutas.

17.2.1 Sammandragsvy

En sammandragsvy är en så kallad tilläggsvy. En tilläggsvy kan aldrig förekomma självständigt, utan den kräver alltid en huvudvy, exempelvis en specialitetsvy (se kap. 6.1). Syftet med sammandragsvyn är att göra det lättare att bilda en helhetsuppfattning av en patients situation utan att man behöver plocka uppgifter från en splittrad informationsmassa. Den motsvarar emellertid inte direkt en feedback på vården, som är ett dokument som ska sammanställas separat och som i huvudsak består av en eller flera anteckningar på sammandragsnivå och andra uppgifter som behövs. När en uppgift dokumenteras med rubrikerna mellanbedömning eller slututvärdering lagras den automatiskt i en tilläggsvy för sammandrag. Man kan separat anteckna YHT-vy, även om rubrikerna mellanbedömning eller slututvärdering inte används.

17.2.2 Slut- och uppföljningssammandrag

För varje vårdperiod på en avdelning och på en sådan poliklinik där vården upphör vid periodens slut eller vårdansvaret överförs till en annan verksamhetsenhet inom hälso- eller sjukvården, ska man göra ett slutsammandrag. Uppföljningssammandrag görs av en läkare med minst 3 månaders mellanrum för patienter i avdelningsvård (jfr. Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar 30.3.2009). Alla

uppföljningssammandrag som görs under en vårdperiod dokumenteras med rubriken mellanbedömning. I mellanbedömningen dokumenteras viktig tilläggsinformation som preciserar anamnesen, väsentlig information om den utveckling som skett i patientens mående, vård och rehabilitering, viktiga undersökningsresultat och slutledningar samt en vård- och rehabiliteringsplan.

Vid dokumentation av slut- och uppföljningssammandrag (tabell 16) ska man utnyttja utvärdering av vården som fas i vårdprocessen. De uppgifter som behövs uttrycks i tillämpliga delar med hjälp av klassifikationer, nomenklaturer eller kodsystém. Sammandragen dokumenteras och lagras i en specialitetsspecifik, en servicespecifik eller en yrkesspecifik vy.

Den fritt formulerade sammandragstexten dokumenteras under rubriken slututvärdering eller mellanbedömning. Dokumentationer med rubrikerna slututvärdering och mellanbedömning går automatiskt till en tilläggsvy för sammandrag. En användare kan emellertid hindra det här genom att ta bort tilläggs vyn YHT från anteckningen.

I bedömningar av läkare kan man från fall till fall utnyttja bland annat följande rubriker utöver rubrikerna slututvärdering och mellanbedömning:

- undersökningar (sammandrag av utförda undersökningar),
- åtgärder (utförda åtgärder, eventuella avvikelser i patientens konvalescens efter åtgärden),
- plan (anvisningar för fortsatt vård/ behandling hem eller till följande vårdplats, klara och detaljerade anvisningar för uppföljning, fortsatt vård och rehabilitering av patienten).

Tabell 16. Rubrikerna Slututvärdering och mellanbedömning

Mellanbedömning	Ett uppföljningssammandrag av den utveckling som skett i en patients mående och vård, som dokumenterats med minst 3 månaders mellanrum under en vårdperiod.
Slututvärdering	Information om den utveckling som skett i en patients mående och vård som dokumenterades när vårdperioden upphörde.

17.2.3 Annan text på sammandragsnivå

Man behöver inte göra något sammandrag av ett enskilt polikliniskt besök eller en motsvarande servicehändelse i öppenvården, eftersom uppgifterna om ett öppenvårdsbesök alltid klassificeras som uppgifter på sammandragsnivå. Någon annan enskild uppgift om patienten kan emellertid vara mycket viktig för informationsförmedlingen och den fortsatta vården. Som tilläggs vy för en sådan dokumentation kan man anteckna en sammandragsvy, även om det inte är fråga om någon egentlig slututvärdering eller mellanbedömning. På så sätt får man fram viktiga enskilda uppgifter i sammandragsuppgifterna.

17.2.4 Daglig anteckning

När man gör en daglig kort beskrivning eller bedömning av typen decursus av en situation under en avdelningsvård eller motsvarande ska man använda rubriken daglig anteckning, inte mellanbedömning.

17.2.5 Slut- och mellansammandrag av andra yrkesutbildade personer

Också de övriga yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården gör sammandrag (om mellanbedömningar och slututvärderingar i följande kapitel). I fråga om rehabilitering görs sammandrag allmänt när en rehabiliteringsprocess fortskrider och som avslutning på en terapi- eller rehabiliteringsperiod av serieformat. Uppgifterna i sammandraget av ett vårdarbete och slututvärderingarna²⁸ överförs också automatiskt till sammandrags vyn.

²⁸ När man använder rubriken slututvärdering.

17.2.6 Sammandrag i patientdatasystemet

Vid dokumentation av ett sammandrag i patientdatasystemen kan man på förhand fastställa de helheter som behövs. Exempelvis om man uttrycker att ett slutsammandrag av invärtes sjukdomar ska göras kan patientdatasystemet ta fram en tilläggsvy för sammandraget och vårdprocessens fas automatiskt. Dessutom kan det egentliga informationsinnehållet plockas datorassisterat från tidigare strukturerade anteckningar, exempelvis kan de åtgärder och undersökningar som har utförts erbjudas för utplockning till sammandraget. De här är emellertid egenskaper som är beroende av patientdatasystemets utförande.

Anteckning 1	Anteckning 2
HOI (vårdarbete) {vy för lagring av uppgifter} YHT (sammandrag) {tilläggsvy} SIS (invärtes sjukdomar) {tilläggsvy} Utvärdering av vården {fas i vårdprocessen} Slututvärdering {rubrik} <i>sammandragstext</i> {anteckningens informationsinnehåll} Behov av vård {rubrik} <i>strukturerade data</i> {informationsinnehåll} Funktioner i vårdarbetet {rubrik} <i>strukturerade data</i> {informationsinnehåll} Resultat av vården {rubrik} <i>strukturerade data</i> {informationsinnehåll} Vårdtyngd {rubrik} <i>strukturerade data</i> {informationsinnehåll} Andra centrala uppgifter {informationsinnehåll}	SIS (invärtes sjukdomar) {vy för lagring av uppgifter} YHT (sammandrag) {tilläggsvy} Utvärdering av vården {fas i vårdprocessen} Slututvärdering {rubrik} <i>sammandragstext</i> {anteckningens informationsinnehåll} Diagnos {rubrik} <i>strukturerade data (diagnoser plockade från dokumentationer som ingår i servicehändelsen)</i> {informationsinnehåll} Undersökningar {rubrik} <i>strukturerade data (undersökningar plockade från dokumentationer som ingår i servicehändelsen)</i> {informationsinnehåll} Åtgärder {rubrik} <i>strukturerade data (åtgärder plockade från dokumentationer som ingår i servicehändelsen)</i> {informationsinnehåll} Uppgifter om hur fortsatt vård ska ordnas {rubrik} <i>strukturerade data</i> {informationsinnehåll}

Bild 12. Sammandrag i ett dokument med hjälp av en tilläggsvy.

17.3 Sammandrag av ett vårdarbete

Syftet med sammandraget av ett vårdarbete är att trygga kontinuiteten i vården av en patient när vårdansvaret överförs från en vårdplats till en annan och att samla de viktigaste uppgifterna i en servicehändelse i en läslig och kompakt form.

17.3.1 Vyer och rubriker för ett sammandrag av ett vårdarbete

De centrala strukturerade uppgifterna om ett vårdarbete är behovet av vård, vårdarbetets funktioner, vårdens resultat, vårdtyngden och sammandraget av vårdarbetet. Dokumentationen av innehållet i vårdarbetet i olika faser av vårdprocessen sker exempelvis med en klass som väljs från klassifikationen FinCC och som kompletteras med fri text. De dagliga anteckningarna görs i HOKE-vyn (många professionell vårdjournal).

Sammandraget av vårdarbetet är en del av sammandraget av en servicehändelse och det följer strukturen hos en normal journalanteckning. Sammandraget av vårdarbetet lagras i vyn för vårdarbetet (HOI). Som tilläggsvy antecknas alltid sammandragsvyn (YHT). Fasen i vårdprocessen är utvärdering av vården. Övriga anteckningar på samma nivå som sammandraget dokumenteras också i HOI-vyn, men deras tilläggsvy är inte YHT. Sådana anteckningar är exempelvis en sjukskötares självständiga och enskilda öppna mottagning eller annan kontakt, som inte är serievård. Interna anteckningar under långvarigare servicehändelser (såsom en avdelningsperiod) dokumenteras som dagliga anteckningar i HOKE-vyn.

17.3.2 Dokumentation av sammandrag av ett vårdarbete

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården sammanställer ett sammandrag av vårdarbetet under en vårdperiod som innehåller centrala uppgifter med avseende på vården: behovet av vård, funktionerna i

vårdarbetet och resultatet av vården samt vårdtyngden. Sammandraget utformas med hjälp av rubriker som en fortlöpande berättelse. Ett sammandrag av ett vårdarbete dokumenteras med samma principer som en slututvärdering av en läkare samt alltid vid behov.

Sammandraget består av strukturerade data och av fri text. Behovet av vård, vårdarbetets funktioner och vårdtyngden dokumenteras under respektive rubriker. När man dokumenterar dagligen²⁹ är det rekommendabelt att använda behovs- och funktionsklassificeringar samt olika slags bedömningsskalor och -mätare, för att tidigare dokumenterad information ska kunna överföras automatiskt till sammandraget och modifieras där enligt behov.

Ett fritt formulerat sammandrag skrivs under rubriken Slututvärdering, och andra rubriker kan användas enligt behov. Information som sammanställts och presenterats annanstans, såsom medicinering, ska inte dokumenteras separat i sammandraget av vårdarbetet. Vid behov kan man skapa en länk i sammandraget till ifrågavarande information, eller en oförändrad kopia av informationen om det inte är möjligt att skapa länken. Ifall man inte på annat håll kan få information om de läkemedel en patient har fått vid utskrivningen ska medicineringen dokumenteras i sammandraget av vårdarbetet med vårdarbetets funktion Läkemedelsterapi. Ett bra exempel på ett sammandrag av ett vårdarbete presenteras i FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas (Manual för klassificeringshelheten FinCC, Liljamo et al, 2012).

²⁹ För anteckningar som dokumenteras dagligen om vårdarbetet är en egen informationsstruktur som ska publiceras på Kodservern under förberedelse.

18 Hälsa- och vårdplan

Bra att veta

En hälsa- och vårdplan utarbetas patientcentrerat som stöd för planeringen och koordineringen av vården. Hälsa- och vårdplanen underhålls av alla de enheter som deltar i en patients vård. Dessutom är det bra att i hälsa- och vårdplanen dokumentera den enhet som bär ansvaret för koordineringen av vården.

I hälsa- och vårdplanen dokumenteras de behov av vård som man tillsammans med patienten identifierat och de mål som satts för vården. Med de gemensamma målen avser man att stärka patienten och dennas närstående så att de kan delta i genomförandet av vården. Patienten får en egen kopia av hälsa- och vårdplanen som utskrift eller kan i framtiden titta på planen i Mina Kanta-sidorna eller i den regionala elektroniska tjänsten. En yrkesutbildad person inom hälsa- och sjukvården är alltid ansvarig för underhållet av hälsa- och vårdplanen.

En hälsa- och vårdplan är ett patientspecifikt dokument som ska underhållas och i vilken man kan dokumentera information både som fri text och strukturerat med klassifikationer. Som ett dokument som ska underhållas lagras hälsa- och vårdplanen alltid i YHOS-vyn. När en hälsa- och vårdplan dokumenteras som fri text med rubriker lagras den i fortsättningen i THS-vyn (som läggs till Vy-klassificeringar). De klassifikationer som ska användas i hälsa- och vårdplanen är samlade i tabell 17.

Tabell 17. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av en hälsa- och vårdplan.

Klassifikationer för dokumentation
THL – Sjukdomsklassifikationen ICD-10
Kommunförbundet – ICPC Primärvårdsklassifikationen
ICF-klassifikationen för funktionsförmåga
Kommunförbundet – Klassifikation för näringsterapi
Kommunförbundet – Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder
FinLOINC – Fysiologiska mätningar
Kommunförbundet – Nomenklatur för laboratorieundersökningar
Kommunförbundet – Fysioterapiterminologi
Kommunförbundet – Klassifikation för talterapi
SC – Yrkesbeteckning

18.1 Syftet med hälsa- och vårdplanen

Hälsa- och vårdplanen (Komulainen et al, 2011; Virkkunen et al, 2014) är avsedd för fastställande och beskrivning av behovet av och målen för vården tillsammans med patienten och patientcentrerat. En hälsa- och vårdplan utformas för alla patienter vars vård kräver koordinering och som drar nytta av en uppgjord plan. Sådana patienter är särskilt långtidssjuka och patienter med flera sjukdomar, som man vill ge krafter och motivera till att sköta om sin egen hälsa. Nyttan av en hälsa- och vårdplan är inte beroende av patientens vårdplats eller av patientdatasystemet. Det är meningen att en rehabiliteringsplan ska bilda en del av hälsa- och vårdplanen.

Hälsa- och vårdplanen omfattar planerna mellan en patients vårdperioder och för den vårdperiodvisa planeringen används en vårdplan. När en hälsa- och vårdplan har gjorts för patienten dokumenteras inte någon plan för den fortsatta vården när vårdperioden är avslutad, utan i stället uppdateras hälsa- och vårdplanen. Om man i samband med en epikris dokumenterar en plan för fortsatt vård ska de här uppgifterna också dokumenteras i hälsa- och vårdplanen, när patienten har en gällande hälsa- och vårdplan.

Hälsa- och vårdplanen är ett dokument som ska underhållas i Informationshanteringstjänsten och som alla de som genomför hälsa- och sjukvård och deltar i vården av patienten underhåller gemensamt. Hälsa- och vårdplanen ska tas i bruk som en del av Informationshanteringstjänsten senast under 2017.

18.2 Principerna för hälsa- och vårdplanen

Hälsa- och vårdplanen utarbetas i samförstånd mellan patienten och en yrkesutbildad person inom hälsa- och sjukvården. Den ingår i patientjournalen, i vars underhåll alla de yrkespersoner som deltar i vården av patienten deltar. Den vårdande läkaren ansvarar för att vårdplanen görs³⁰.

För underhållet och koordineringen av hälsa- och vårdplanen står i första hand primärvården, särskilt när det gäller patienter som använder mycket service. Alla enheter som deltar i vården av en patient, inklusive den specialiserade sjukvården underhåller och bearbetar hälsa- och vårdplanen i fråga om den vård de ger. De huvudsakliga riktlinjerna i planen dras emellertid av patienten tillsammans med den koordinerande enheten.

En hälsa- och vårdplan görs för en patient exempelvis när en eller flera av villkoren nedan uppfylls:

- patienten använder mycket service (exempelvis mer än fem patientkontakter om året per organisation),
- patienten har en sjukdom eller ett hälsotillstånd som kräver långvarig uppföljning och/eller rehabilitering,
- patienten har ett akut besvär som kräver undersökningar och/eller vård av flera enheter (organisationer eller yrkesutbildade personer inom hälsa- och sjukvården) eller
- patienten vill ha en egen hälsa- och vårdplan.

18.3 Att fylla i en hälsa- och vårdplan

Den strukturerade informationen i en hälsa- och vårdplan består av sju huvudkomponenter, vilka är basuppgifterna i hälsa- och vårdplanen, behovet av vård, målet för vården, genomförandet av den planerade vården och metoderna, det planerade stödet, uppföljning och bedömning, den yrkesutbildade personen inom hälsa- och sjukvården och tilläggsuppgifter om hälsa- och vårdplanen.

Basuppgifterna i en hälsa- och vårdplan, det vill säga patientens personuppgifter, består av patientens namn och personbeteckning. Bland basuppgifterna dokumenteras också tidpunkten när hälsa- och vårdplanen är gjord eller daterad med en dags noggrannhet.

Första gången man fyller i en hälsa- och vårdplan lönar det sig att reservera tillräckligt med tid för att man ska hinna bekanta sig med patientens uppgifter på förhand och kunna lägga grunden för att ett förtroendefullt vårdförhållande ska uppstå vid mötet med patienten. Den tid som man använder i början kan man under vårdförhållandets gång få tillbaka i form av färre kontakter på grund av att patienten har fått krafter att sköta sin egen hälsa. Det är bra att på förhand skicka patienten exempelvis en enkät om egenvård^{31,32}, med vilken han eller hon kan orientera sig i utformningen av planen. De längst utvecklade systemen gör det möjligt för patienten att sköta ärenden elektroniskt, så att de uppgifter som fyllts i enkäten är lätta att använda när man utformar planen. Övriga alternativ kan vara att be klienten fylla i en elektronisk hälsokon-

³⁰ http://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatos.pdf/cff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4

³¹ http://www.potkuhanke.fi/images/stories/hallinto/omahoitolomake_N.pdf

³² [http://www.hameenlinna.fi/pages/385837/Omahoitokysely%20\(2\).pdf](http://www.hameenlinna.fi/pages/385837/Omahoitokysely%20(2).pdf)

troll³³ eller någon annan elektronisk test för funktionsförmågan och på förhand skicka den till den aktör som utformar planen.

I Potku-projektet³⁴ har flera material bearbetats som stöd för utformningen av en hälso- och vårdplan. Materialen finns bland annat på Innokylä³⁵ och är tillgängliga för alla.

18.3.1 Behov av vård

Under Behovet av vård kan man dokumentera vårdbehovet och behov som har med funktions- och arbetsförmågan att göra som fri text. De här kan bestå av ett eller flera behov som man har identifierat tillsammans med patienten. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan här dessutom dokumentera *orsaken till vård* med klassifikationerna ICD-10 eller ICPC-2, eller med klassifikationen av funktionsförmågan ICF. Dessutom kan man vid behov dokumentera *Specifikation av orsaken till vård* som fri text. Under vårdbehovet dokumenteras också den enhet som koordinerar patientens hälso- och vårdplan med namnet på yrkespersonen och serviceenheten. Uppgiften om serviceenhet baserar sig på SOTE-organisationsregistret. Eventuella tilläggsuppgifter dokumenteras vid behov som fri text.

Vårdbehovet ska utgå från patienten, och då kan man bistå patienten i att identifiera behovet exempelvis genom att be honom eller henne komplettera meningen: "Mitt behov av vård är ...". Syftet är att dokumentera sådant som är viktigt för patienten, exempelvis att syssla med barnbarnen. Det här främjar patientens engagemang i sin egen vård.

18.3.2 Målet för vården

Under Målet för vården dokumenteras som fri text de vårdmål som man identifierat tillsammans med patienten samt mål som har med funktions- och arbetsförmågan att göra. Som mål sätts det mål som man strävar efter med den vård man kommit överens om med patienten. De personer som har satt målet kan dokumenteras med fri text. För att dokumentera den faktor som specificerar målet kan en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården använda exempelvis klassifikationerna *Klassifikation för näringsterapi*, *Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder* eller *FinLOINC – Fysiologiska mätningar*. Nivån på mätaren av målet kan dokumenteras i fältet villkor för specificerande faktor och detta kan kompletteras som fri text i tilläggsinformationen för villkoret för specificerande faktor.

Ett fritt formulerat mål för vården är något som patienten själv är redo att förbinda sig till. Det är bra att knyta målet till en tidpunkt, så att man får en naturlig tidtabell för kontrollen av planen. Målet ska helst vara konkret och tillräckligt litet för att patienten själv ska kunna följa upp hur målet uppnås. Målet kan delas upp så att man sätter ett huvudmål och mindre mellanmål för det. Ett mål kan vara exempelvis "Jag kan själv hänga upp tvätten på tork" eller "Jag kan promenera till invigningen av köpcentrumet".

18.3.3 Den planerade vården och metoderna

Genomförandet av vården och metoderna dokumenteras patientorienterat med fri text. Tillsammans med patienten söker man de egenvårdsmetoder som patienten själv kan tillämpa. Metoderna ska helst vara så enkla och konkreta som möjligt, exempelvis att minska korvätandet från fem paket till ett paket i veckan eller att delta i gruppaktivitet en gång i veckan.

Genomförandet av den planerade vården och metoderna omfattar de dokumentationer som anknyter till en verksamhetsenhet och service inom hälso- och sjukvården. I verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården dokumenteras uppgifter enligt SOTE-organisationsregistret om serviceenheten, yrkesbeteckningen för den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården dokumenteras enligt *Yrkesklassifikationen* och tilläggsinformationen om vårdplatsen som fri text. Specifikationen av innehållet i servicen dokumenteras exempelvis med klassifikationerna *Nomenklatur för laboratorieundersökningar*, *Klassifikation av radiolo-*

³³ www.minunterveyteni.fi, www.omahoitopolut.fi

³⁴ <http://www.potkuhanke.fi>

³⁵ <http://www.innokyla.fi/web/hanke79780>

giska undersökningar och åtgärder, Fysioterapiterminologi, Klassifikation för talterapi och/eller Klassifikation för näringsterapi. Dokumentationen av servicen preciseras med koden för en arbetsreservation, en uppgift om servicens status (planerad, begärd, utlovad, föreslagen, beställd, reserverad, pågående eller genomförd) och tidpunkt och med eventuell tilläggsinformation som fri text samt med villkoret för servicen. Villkoret för servicen kan beskrivas med fri text. Dessutom kan man precisera villkoret för servicen med en kod, som exempelvis dokumenteras med klassifikationerna *Nomenklatur för laboratorieundersökningar* och/eller *FinLOINC – Fysiologiska mätningar* samt preciseras med det villkorliga värdet på undersökningens resultat.

18.3.4 Planerat stöd, uppföljning och utvärdering

Det planerade stödet, uppföljningen och utvärderingen dokumenteras som fri text, med vilken man beskriver vad de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården gör för att stöda patienten i att uppnå målen. Stödet kan exempelvis bestå av ett samtal med egenvårdaren eller ett elektroniskt meddelande en gång per vecka, månatliga gruppträffar eller vid behov kontakt med egenvårdaren. När man dokumenterar uppgifterna är det bra att se till att patienten också i verkligheten får det utlovade stödet och att patienten tillräckligt lätt får kontakt med den koordinerande enheten.

Den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården dokumenteras med namn och personbeteckning, yrkesbeteckningen med klassifikationen *Yrkesbeteckning* och tilläggsinformationen, såsom yrkespersonens ansvarsområde, med fri text. Den yrkesperson som har dokumenterats här bär ansvaret för underhållet och koordineringen av hälso- och vårdplanen, om den koordinerande enheten inte har beskrivits i samband med vårdbehovet.

18.3.5 Ytterligare information i hälso- och vårdplanen

Diagnos- och/eller medicineringslistor underhålls inte via hälso- och vårdplanen. Bland tilläggsuppgifterna i hälso- och vårdplanen kan man i textform lagra diagnos- och/eller medicineringslistorna för tidpunkten när patientens plan utformades eller uppdaterades, exempelvis genom att kopiera dem från diagnos- och medicineringslistorna i patientsammandraget. I underhållet av hälso- och vårdplanen kan det vara nödvändigt att parallellt granska både den aktuella listan, som sammanställts för patientsammandraget, och den lista som lagrats under det föregående vårdtillfället.

18.4 Exempel på en hälso- och vårdplan

Nedan finns ett exempel på en hälso- och vårdplan som har skrivits strukturerat och sammanfattats i fri textform för patienten.

Datum: 1.10.2012

Namn: Paulina Patient

Personbeteckning: 230462-4321

Jag har nämnt som mitt behov av vård: Rökning och slarv med användningen av läkemedel.

Koordinerande enhet: Hälsovårdscentral

Koordinerande yrkesutbildad person: Vera Vårdare

Koordinerande serviceenhet: Tjänster för hälsonytta

Som mål har jag satt: att sluta röka och att iaktta regelbunden läkemedelsterapi.

Läkaren Lasse Doktor har rekommenderat som målvärden för mig:

Viktmål mindre än 85 kg.

Målet för blodtrycksnivån lägre eller lika med 130/85 mmHg.

Målet för LDL-kolesterolnivån lägre eller lika med 3.0 mmol/l.

Annan faktor som specificerar målet: PEF, målnivå: högre eller lika med 380

För att nå målet har jag beslutat att: delta i gruppaktivitet med syfte att sluta röka. Dessutom ska jag minska med 1 cigarett per dag under en vecka. Följande vecka minskar jag igen 1 cigarett per dag. Jag tar vid behov i bruk ett preparat för tobaksavvänjning. Jag skaffar en dosett som stöder den orala läkemedelsterapin och samtidigt påminner mig om att ta de mediciner som ska inhaleras.

Enhet inom hälsa- och sjukvården: Hälsovårdscentral
Serviceenhet: Tjänster för hälsomytta

Som stöd för egenvården har följande överenskommit: Telefonmottagning hos sjukskötaren när tobaksgruppen avslutas. Via den elektroniska tjänsten berättar jag med en veckas mellanrum för min vårdansvariga hur mitt försök att minska tobaken lyckas.

Den här planen har utformats tillsammans med mig av:
Sjukskötaren Vera Vårdare
Identifierare som specificerar den yrkesutbildade personen: 12345678901

Ytterligare information:

Den undre gränsen för referensvärdet för pef enligt patientens ålder och kön är 380 l/min, vilket är målet.

Om pef underskrider 330 l/min, Symbicort dosering 3–4 doser x2/dygn, under 1–2 veckor, kontakt med den vårdande enheten.

Om pef underskrider 270 l/min, insättning av en Prednisolon-kur och kontakt med den vårdande enheten/jouren.

Vårdarkontroll och föregående uppföljning av responsen på pef-behandlingen 3–4 mån, till läkare 6–8 mån (spirometri, uppföljning av responsen på pef-behandlingen, blodtrycksmätningar i hemmet)
Vid behov preparatet NN mot abstinenssymtom vid tobaksavvänjningen.

Diagnoser:

J45.1 Icke allergisk astma
J44.8 Kronisk obstruktiv lungsjukdom
I10 Essentiell (primär) hypertoni
E03.9 Hypotyreoos, ospecificerad
Z72.0 Tobaksbruk

19 Utlämnande av patientdata

Bra att veta

Det finns bestämmelser i lag om utlämnandet av patientuppgifter från Patientdataarkivet, och en patient kan begränsa utlämnandet med dokument om samtycke respektive förbud. Utformandet av dokumenten förutsätter att man informerar patienten om de elektroniska datasystemtjänsterna inom hälso- och sjukvården och om den elektroniska behandlingen av patientuppgifter i samband med dem.

Dokumentet för information till en patient och för patientens samtycke till respektive förbud mot utlämnande är dokument som ska underhållas av Informationshanteringstjänsten. Patienten kan hantera innehållet i de här dokumenten i Mina Kanta-sidorna.

För hanteringen av användning och utlämnande av patientdata har egna blanketter för att bekräfta och hantera informationen till en patient och patientens samtycke till respektive förbud mot utlämnande publicerats i Patientdataarkivet. Dessutom dokumenteras eventuella förbud mot elektroniska recept i egna dokument. Strukturerna för utlämnande finns samlade i tabell 18. I den här handboken beskriver vi den information som ska ges i en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården samt dokumenteringen av uppgifter om samtycke respektive förbud. En person kan hantera sina uppgifter om utlämnande av patientdata via Mina Kanta-sidor.

Tabell 18. Klassifikationer som används i dokumentationen av hantering av utlämnande av patientdata.

Klassifikationer för dokumentation
eArkisto/Lomake - Potilaan informointiasiakirja (eArkivet/Blankett - Dokument om information till patienten)
eArkisto/Lomake - Suostumus ja suostumuksen peruutus (eArkivet/Blankett - Samtycke och återkallelse av samtycket)
eArkisto/Lomake - Luovutuskieto ja luovutusiellon peruutus (eArkivet/Blankett - Förbud mot utlämnande och återkallelse av förbudet)
epSOS/Lomake - Informointi ja suostumus (epSOS/Blankett - Information och samtycke)
Sähköinen lääkemääräys/Lomake - Lääkemääräystietojen luovutuskieto (Elektroniskt recept/Blankett - Förbud mot att lämna ut receptuppgifter)
SOTE-organisationsregistret
KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus (KanTa-tjänsterna - Registerkod för patientdokument)

19.1 Grundläggande begrepp för utlämnande av patientdata

Följande begrepp anknyter till utlämnandet av patientdata från Patientdataarkivet:

Utlämnande av patientdata är att förmedla patientuppgifter med hjälp av de riksomfattande datasystemtjänsterna eller på annat sätt till en annan tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster. Utlämnandet ska basera sig på patientens samtycke eller på en bestämmelse i lag som berättigar till utlämnande.

Samtycke är en frivillig, specificerad och medveten viljeyttring, med vilken en patient godkänner behandling av sina personuppgifter. Den som ger sitt samtycke ska veta i vilka sammanhang hans eller hennes samtycke behövs och vad han eller hon samtycker till.

Förbud gäller en situation där en patient begränsar utlämnandet och användningen av sina patientuppgifter för andra än den registerförare som har tagit fram uppgifterna.

19.2 Utlämnandet av patientdata baserar sig på lagen

Ett samtycke är en skriftlig eller muntlig viljeyttring som en patient frivilligt har givit medveten om att uppgifter kommer att lämnas, vem mottagaren är, vilka uppgifter som lämnas samt vilket ändamål uppgifterna lämnas ut för och betydelsen av att de lämnas (Patientlagen 13 §).

Hantering av utlämnandet av en patients uppgifter som finns i Patientdataarkivet baserar sig på lagen om klientuppgifter. Hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) innehåller dessutom en beskrivning av en samtyckespraxis som gäller det egna gemensamma patientdataregistret. Modellen för information, samtycke och förbud enligt lagen om klientuppgifter och modellen för information och förbud enligt hälso- och sjukvårdslagen har definierats enhetligt (SHM 2012). Hantering av uppgifter som ingår i ett elektroniskt recept beskrivs också i lagen om elektroniska recept. Dessutom beskrevs informering av en patient och patientens samtycke till europeiskt gränsöverskridande utbyte av patientinformation i eSOS-piloten (2011–2014).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan patientdata i ett sjukvårdsdistrikts gemensamma patientdataregister användas i ett vårdförhållande mellan olika registerförare eller verksamhetsenheter utan separat samtycke av patienten. Det här förutsätter att patienten är informerad om praxis i fråga om utlämnande av patientdata och om möjligheten att begränsa utlämnandet, men att han eller hon inte har gjort ett förbud mot utlämnande. Utlämnande av patientdata gäller enligt lagen om klientuppgifter överlämnande av patientdata mellan tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster för hälso- och sjukvårdsändamål med hjälp av den riksomfattande datasystemtjänsten, när patienten har gett sitt samtycke till det. En förutsättning för samtycket är att patienten har informerats om de riksomfattande datasystemtjänsterna. En patient kan när han eller hon vill begränsa sitt samtycke med olika slags förbud som riktas mot en viss tjänsteleverantör, tjänsteleverantörens register eller en enskild servicehändelse.

Samtycket gäller inte sökning av patientuppgifter i Patientdataarkivet som har uppkommit i tjänsteleverantörens egen verksamhet. Då är det fråga om användning av "organisationens egen" information. Principerna för utlämnande av patientdata har beskrivits närmare i *Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset* (Fall av användning av patientdatasystem, FPA 2014) och i *Yhteisrekisterin määrittely* (Definition av det gemensamma registret, Vuokko et al, 2014). De dokument som gäller utlämnande av patientdata är dokument som ska underhållas av Informationshanteringstjänsten, vilket betyder att alla som deltar i vården av en patient är skyldiga att underhålla dem.

Elektroniska dokument om hur en patient ska informeras om de riksomfattande elektroniska tjänsterna samt om hur patienten ger samtycke och förbud eller återkallar dessa har publicerats på kodservern under rubrikerna *Potilaan informointiasiakirja* (Dokument om information till patienten), *Suostumus ja suostumuksen peruutus* (Samtycke och återkallelse av samtycket) och *Luovutuskielto ja luovutuskiellon peruutus* (Förbud mot utlämnande och återkallelse av förbudet). De här dokumenten används när en patient vill ge eller återkalla sitt samtycke och/eller hantera sina språkuppgifter vid ärenden hos serviceleverantören. Patienterna har dessutom möjlighet att hantera sina samtycken och förbud med hjälp av Mina Kanta-tjänsten. Nedan beskrivs informationsinnehållet i dokumenten som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ser det.

19.3 Informeringsdokument

Den information en patient får om de riksomfattande elektroniska tjänsterna inom hälso- och sjukvården och om behandlingen av patientdata antecknas i ett informeringsdokument i patientdatasystemet, och när dokumentet lagras innebär det att informationen också överförs till Patientdataarkivet, Mina Kanta-sidorna och Informationshanteringstjänsten. I informeringsdokumentet kan man lagra det som patienten informerats om enligt temaområde:

- Patienten har informerats om sjukvårdsdistriktens gemensamma patientdataregister.
- Patienten har informerats om Kanta-tjänsterna och Patientdataarkivet.
- Patienten har informerats om Kanta-Receptcentret.

Informeringsdokumentet innehåller patientens namn och personbeteckning. Informeringen dokumenteras enligt tema, såsom "Informering om Kanta-arkivet", i fältet ja/nej. Informationen kan preciseras med en uppgift om huruvida informeringen av en minderårig patient getts till vårdnadshavaren (fältet ja/nej). Do-

kumentet innehåller också en uppgift om den som har dokumenterat informeringen (namn och personbeteckning), tidpunkten och serviceenheten där informeringen har dokumenterats.

I informeringsdokumentet kan man precisera i ja/nej-fälten om patienten har mottagit informationen muntligt eller skriftligt. Patienten kan informeras en gång per temaområde. En informering kan inte återkallas.

För det gemensamma registret räcker det att patienten enbart informeras om de elektroniska tjänsterna, inget separat samtycke behövs.

19.4 Samtyckesdokument

En patients Kanta-samtycke och eventuell återkallelse av det dokumenteras i ett samtyckesdokument i patientdatasystemet, och när dokumentet lagras innebär det att informationen också lagras i Patientdataarkivet, varvid uppgiften om utlämnande också kan användas i Informationshanteringstjänsten och Mina Kanta-sidorna. För elektroniska recept kommer ett eget, separat samtyckesdokument att tas i bruk.

Samtyckesdokumentet innehåller patientens namn och personbeteckning. Bland patientens uppgifter kan man dessutom dokumentera en uppgift om att patienten inte är förmögen att underteckna samtycket eller en återkallelse av det på grund av en sjukdom eller skada. Uppgiften kan dokumenteras i *ja/nej*-fältet och kompletteras som fri text i motiveringsfältet.

I underteckningen till samtycket dokumenteras tidpunkten med klockslagets noggrannhet. När en laglig representant för patienten, såsom en minderårig patients vårdnadshavare eller intressebevakare, undertecknar samtycket ska dennas personuppgifter fogas till dokumentet. När en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar ett samtycke eller en återkallelse av det i ett patientdatasystem ska uppgifter om yrkespersonens namn, personbeteckning och tjänsteleverantör enligt *SOTE-organisationsregistret* också fogas till dokumentet.

19.5 Förbudsdokument

En patients eventuella förbud mot utlämnande och återkallelse av dessa dokumenteras i ett elektroniskt dokument i patientdatasystemet, och när dokumentet lagras i Patientdataarkivet betyder det samtidigt att uppgiften om förbud mot utlämnande också finns tillgänglig i Informationshanteringstjänsten och Mina Kanta-sidorna. Samma förbud styr utlämnande av uppgifter från det gemensamma registret. För ett elektroniskt recept beskrivs ett eget separat förbudsdokument.

Patienten kan inrikta sitt förbud mot utlämnande på en enskild servicehändelse eller i vidare bemärkelse på tjänsteleverantören och dennas register. Ett förbud mot utlämnande som är i kraft reglerar utlämnandet av patientdata från Patientdataarkivet till en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. När patienten har ett gällande förbud mot utlämnande kan man inte lämna information som omfattas av förbudet till en yrkesperson, och denna får inte heller information om att patienten har ett gällande förbud mot utlämnande.

I dokumentet om förbud mot utlämnande består patientens basuppgifter av namnet och personbeteckningen. Bland patientens uppgifter kan man dessutom dokumentera en uppgift om att patienten inte är förmögen att underteckna förbudet eller en återkallelse av det på grund av en sjukdom eller skada. Uppgiften kan dokumenteras i *ja/nej*-fältet och kompletteras som fri text i motiveringsfältet.

Tjänsteleverantörerna inom hälso- och sjukvården och deras register, som patientens förbud inriktar sig på, kan dokumenteras med användning av *SOTE-organisationsregistret*. Förbudet till tjänsteleverantörens register kan dokumenteras med klassifikationen *Registerkod för patientdokument*. En servicehändelse som man vill förbjuda dokumenteras med hjälp av tidpunkten och OID-identifieraren för servicehändelsen.

I underteckningen till förbudet mot utlämnande eller återkallelsen av detta dokumenteras tidpunkten med klockslagets noggrannhet. I dokumentet om förbud mot utlämnande kan man lägga till ett villkor om att de förbjudna uppgifterna kan lämnas ut i en nödsituation (*ja/nej*-fältet). När en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar ett förbud mot utlämnande ska uppgifter om yrkespersonens namn, personbeteckning och tjänsteleverantör enligt *SOTE-organisationsregistret* också fogas till dokumentet.

19.6 Kontroll av en patients uppgifter

Man kan alltid kontrollera en patients gällande samtycke eller vid behov informering i Informationshanteringstjänsten. Informationshanteringstjänsten filtrerar automatiskt bort de uppgifter som begränsats av ett förbud från den information som returneras från Patientdataarkivet eller från Informationshanteringstjänsten. Receptcentret filtrerar på motsvarande sätt bort de uppgifter som förbudet gäller från den receptinformation som ska returneras. En patient kan inte med förbud mot utlämnande hindra att recept på HCI- och narkotiska medel syns när en läkemedelsförskrivare skriver ut recept på HCI- och narkotiska medel³⁶.

³⁶ Det här förutsätter att läkemedelsförskrivaren gör en ny sökning av recept på HCI- och narkotiska medel i Receptcentret.

20 En patients viljeyttringar

Bra att veta

En patient kan med ett livstestamente och en donationsvilja uttrycka riktlinjer för sin egen vård. För en patients viljeyttringar, eller viljeförklaringar, finns det elektroniska dokument som möjliggör en hantering av viljeyttringarna även i KanTa-tjänsterna. Patienten kan själv hantera sina viljeyttringar via Egna uppgifter.

20.1 Livstestamente

Med ett livstestamente uttrycker en patient sina önskemål om den kommande vården för den händelse att patienten inte kan delta i vårdlösningarna på grund av medvetslöshet, ålderdomssvagheter eller annan motsvarande orsak. Livstestetamentet beskrivs närmare i specifikationen av Informationshanteringstjänsten (Virkkunen et al, 2014). Livstestetamentet är ett dokument som ska underhållas av Informationshanteringstjänsten, vilket betyder att alla som deltar i vården av en patient är skyldiga att underhålla det. En person kan också själv underhålla sitt livstestamente via Mina Kanta-sidor, men i den här handboken beskriver vi dokumentationen av ett livstestamente enbart med avseende på dokumentationer av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Modifiering av ett livstestamente förutsätter inte ett vårdförhållande. För att man ska kunna titta på ett giltigt livstestamente måste man emellertid stå i ett vårdförhållande till patienten.

Strukturen i ett dokument om livstestamente innehåller följande uppgifter. Av patientens basuppgifter dokumenterar man namnet och personbeteckningen i livstestetamentet. Det egentliga livstestetamentet består av fälten "Jag återkallar mitt giltiga livstestamente" och "Jag upprättar ett livstestamente enligt följande" samt av den egentliga beskrivningen av innehållet i livstestetamentet, som kan dokumenteras som fri text. Till underteckningen fogas en uppgift om tidpunkten och platsen för viljeyttringen samt, när livstestetamentet dokumenteras av en tjänsteleverantör inom hälso- och sjukvården, en uppgift om serviceenheten enligt *SOTE-organisationsregistret*.

Viljeyttringen skrivs ut till patienten och lagras i det egna patientdatasystemet och samtidigt i Informationshanteringstjänsten, där den kan sökas vid behov. Dessutom ska patientens giltiga livstestamente synas bland riskuppgifterna, även om det inte dokumenteras som riskuppgift.

20.2 Donationsvilja

Lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål (101/2001) ändrades den 1 augusti 2010. Den nya lagen betonar en människas egen vilja att donera organ för vården av en annan människa. I lagändringen ändrades principen i bestämmelsen om samtycke till tagande av organ och vävnader från en avlidna givare. Nu kan man ta organ om det inte finns uppgifter om eller skäl att anta att den avlidna under sin livstid hade motsatt sig ett sådant ingrepp. Donationsviljan beskrivs närmare i specifikationen av Informationshanteringstjänsten (Virkkunen et al, 2014). Donationsviljan är ett dokument som ska underhållas av Informationshanteringstjänsten, vilket betyder att alla som deltar i vården av en patient är skyldiga att underhålla det. En person kan också själv underhålla sin donationsvilja via Mina Kanta-sidor, men i den här handboken beskriver vi dokumentationen av en donationsvilja enbart med avseende på dokumentationer av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Modifiering av en donationsvilja förutsätter inte ett vårdförhållande. För att kunna se uppgiften om donationsvilja måste man emellertid stå i ett vårdförhållande till patienten.

Strukturen i ett dokument om donationsvilja innehåller följande uppgifter: Patientens namn och personbeteckning. Patientens vilja (Ja, jag donerar mina organ och vävnader. /Nej, jag donerar inte vare sig mina organ eller vävnader.) dokumenteras som en ja/nej-uppgift. En eventuell kompletterande anmärkning kan dokumenteras som fri text. I underteckningsinformationen dokumenterar man också ort och tid. När den

som lagrar dokumentet är en tjänsteleverantör inom hälso- och sjukvården dokumenterar man dennas uppgifter enligt *SOTE-organisationsregistret*. Viljeytringen skrivs ut till patienten och lagras i det egna patientdatasystemet och samtidigt i Informationshanteringstjänsten.

21 Om standard i dokumentationen

Bra att veta

De patientjournalanteckningar som ska dokumenteras i den elektroniska patientjournalen och lagras i Kantas Patientdataarkiv består av fri text och strukturerade data. Den elektroniska patientjournalen följer den internationella CDA-standarden. Patientjournalens CDA-dokument fördelar sig på två huvuddelar: metadata, som berättar om kontexten kring dokumentets uppkomst, och det egentliga innehållet. I allmänhet behöver en användare bara dokumentera innehållet, patientdokumentanteckningarna.

När en användare av den elektroniska patientjournalen dokumenterar patientdata strukturerat betyder det att platsen för varje uppgift är definierad i CDA-dokumentet. I den strukturerade informationen kan man urskilja den visningsform som kan läsas av en människa och den strukturerade form som systemet kan tyda, entry. Båda formerna uppstår genom en och samma dokumentation. Det kan alltså inte finnas någon konflikt mellan dem.

I det här kapitlet preciserar vi anvisningarna för dokumentationen. Man behöver inte känna till CDA-standarden eller XML-schemat när man dokumenterar, men i det här kapitlet kan man vid behov få mer information om CDA-standarden och principerna för den.

21.1 Standardstrukturen hos den elektroniska patientjournalen

Som strukturer för informationsöverföring och arkivering i den elektroniska patientjournalen har CDA-standarden (Clinical Document Archive) valts. Utifrån den internationella standarden har riksomfattande anvisningar för genomförande definierats för olika delhelheter i patientdatasystemet. Detaljerade handböcker för lokalisering och tillämpning finns i HL7-föreningens dokumentarkiv³⁷ och på Kanta-tjänstens sidor³⁸ (se kap. 4.5). I det här kapitlet beskriver vi CDA-standarden, principerna för den och utnyttjandet till de delar CDA-standarden påverkar dokumentationen av patientjournalanteckningarna.

CDA-definitionerna följer XML-standarden. Det innebär att de förvarings- och processeringslösningar som är avsedda för behandling av XML-filer också kan utnyttjas i samband med CDA-definitionerna.

Ett CDA-dokument består av två huvuddelar: metadata (header eller beskrivande uppgifter, specificerande uppgifter) och innehåll (body). **Metadata** är information som beskriver det egentliga innehållet i dokumentet och kontexten kring dess uppkomst, såsom information om den genomförare av en tjänst och person som har tagit fram dokumentet, tiden för skapandet av dokumentet och tidpunkten för servicehändelsen. Det är normalt att patientdatasystemet automatiskt tar fram metadata i dokumentets header-del, och användaren behöver inte dokumentera dem manuellt (se figur 13).

I CDA-standarden har en mängd metadata definierats internationellt, och de kompletteras av de metadata som definierats som nödvändiga i den finländska verksamhetsmiljön. Metadata anger den kontext i vilken dokumentets innehåll har skapats. Patientdokumentens metadata har beskrivits närmare i olika publikationer, såsom *Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset* (Fall av användning av patientdatasystem, Kanta 2015) och i *Medical Records* (HL7 2015).

³⁷ www.hl7.fi

³⁸ www.kanta.fi

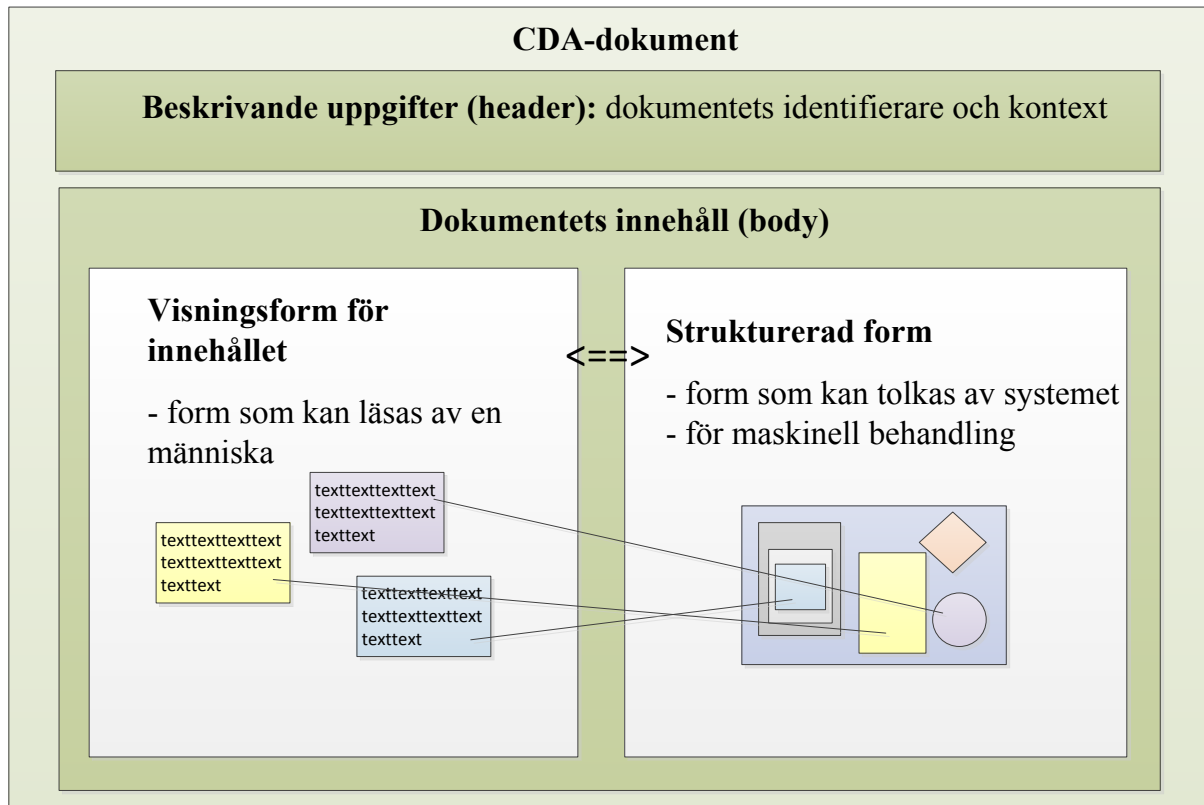


Bild 13. De elektroniska patientdokumenten har tagits fram utifrån HL7:s CDA-dokumentstruktur.

21.1.1 Visningsform

Innehållet i ett dokument och dokumentationen av innehållet fördelar sig på visningsformen och den strukturerade formen (se figur 13). Visningsformen, *narrative block* är dokumentets presentationsform och motsvarar visning av information i patientdatasystemen. Syftet med visningsformen är att garantera att dokumentet är läsbart på ett sätt som är oberoende av systemet. Det gör det samtidigt lättare för användaren att tolka patientdokument som producerats i något annat patientdatasystem.

Uppgifterna lagras både i visningsform och i strukturerad form. Informationen behöver emellertid inte dokumenteras två gånger, utan patientdatasystemet kan också ta fram visningsformen på basis av den dokumenterade informationsstrukturen. Grunden för dubbel lagring av information är att all information syns i visningsformen, även om systemet inte kan utnyttja alla strukturer. CDA-standarden definierar inte hur strukturerade data skapas i ett dokument. Strukturen kan i princip skapas med ett program för analys av naturligt språk (NLP) eller på något annat sätt. Det finns emellertid inte något separat program för behandling av det finska språket, så för närvarande matas de strukturerade uppgifterna direkt från systemens användargränssnitt.

21.1.2 Strukturerad form

Den strukturerade formen, *entry*, innehåller information avsedd för patientdatasystemen. I strukturerad form presenteras alla så definierade uppgifter som ingår i journalanteckningarna och andra centrala uppgifter, såsom teknisk information eller systemspecifika strukturer. CDA-standarden definierar att det inte får finnas ömsesidigt motstridiga uppgifter i struktur- respektive visningsformen.

För den som dokumenterar är det väsentligt att samma uppgift inte matas in två gånger. En diagnosuppgift kan exempelvis i patientdatasystemändan dokumenteras med hjälp av klassifikationen ICD-10. Patientdatasystemet fyller då i namnet enligt den diagnoskod (kodvärde) som systemet använder och den kod som dokumentatören använder. Dokumentatören kan dessutom modifiera namnet enligt diagnoskoden eller komplettera diagnosuppgiften med en fritt formulerad text.

21.2 Utförande av ett CDA-dokument

I finländska handböcker om tillämpning av CDA-standarden beskrivs det i detalj hur de dokument som ingår i en patientjournal ska presenteras med hjälp av standarden. Tillämpningssättet är förknippat med dokument av två grundläggande typer: en fortlöpande journaltext och formbundna blanketter. Både i blanketterna och i journaltexten finns det hänvisningar till vyer enligt den riksomfattande vyklassificeringen.

Inom hälso- och sjukvården används olika slags **intyg och blanketter**, med hjälp av vilka information tidigare har strukturerats i en pappersbaserat system. I blanketterna har informationen grupperats till helheter, som innehåller enskilda fält för dokumentation av en uppgift, såsom fälten adress och telefonnummer i en patients kontaktuppgifter. Fälten kan innehålla text eller kodad information, det finns egna klassifikationer för att dokumentera exempelvis modersmål och kön. En blankett och i synnerhet ett intyg bildar en informationshelhet som man vill behandla som ett enskilt dokument och eventuellt foga till en annan patientjournal eller helhet.

Informationsinnehållet i blanketterna kan struktureras i sin helhet, och i patientdatasystemen har en egen vy definierats för de flesta blanketter. I tillämpningen av CDA-standarden har man velat utnyttja den arbetsinsats som har använts i utvecklingen av blanketterna. Figur 14 åskådliggör hur definitionen av en blankettstruktur ser ut. I tabellen specificeras varje uppgiftsfält, för vilket man beskriver informationstypen, obligatoriet, fältets upprepning och så vidare. Varje blankettstruktur, såsom den inledande delen av blankettstrukturen i en hälso- och vårdplan som syns i figur 14, har en egen specificerande OID-kod. Likaså får de fält som definierats för en blankett en specificerande identifierare, som tas fram från förgreningen till blankettkoden (i figur 14 *uppgiftsfältkod oid*). I exemplet i figur 14 används HL7-informationstyper i blankettstrukturen såsom rubrik (Label, LB), kodat värde (CodedValue, CV), tidpunkt (PointInTime, TS), identifierare (InstanceIdentifier, II), personnamn (PersonName, PN) och sträng, dvs. ett fält för fri text (String, ST). Informationstypen anger hur en uppgift ska dokumenteras i ifrågavarande fält. Exempelvis består ett fält av informationstypen PN av delar av en persons namn, såsom förnamn och efternamn. Delarna i fältet har också tilläggsattribut, med vilka man bland annat kan uttrycka en persons tilltalsnamn. I ett fält där man dokumenterar ett kodat värde (CV) sker dokumentationen med hjälp av ett kodverk som är avsett för ifrågavarande fält. Därför kräver CV-fältet som tilläggsinformation en identifierare för kodverket, som beskrivs i strukturdefinitionen som *kodverkshänvisning*.

CodeId	A:Långt_namn	ParentId	HierarchyLevel	A: Typ av uppgift	A: Uppgiftstypens kod	A: Fältet obligatoriskt	A: Upprepning av fältet
1	Hälso- och vårdplan		0	Label	LB		
2	Patientens personuppgifter		1	Label	LB		
3	Patientens namn	2	2	PersonName	PN	P	
4	Personbeteckning	2	2	InstanceIdentifier	II	P	
5	Datum	2	2	PointInTime	TS	P	
100	Behov av vård		1	Label	LB		
101	Behov av vård	100	2	String	ST	EP	
102	Behov i fråga om funktions- och arbetsförmåga	100	2	String	ST		
111	Orsak till vård	100	2	CodedValue	CV		T
112	Servicehelhet	111	3	CodedValue	CV		
113	Specifikation av orsaken till vård	111	3	String	ST		
114	Koordinerande enhet	111	3	String	ST		
115	Koordinerande yrkesperson	114	4	PersonName	PN		
116	Koordinerande serviceenhet	114	4	InstanceIdentifier	II		

Bild 14. Definition av informationsstrukturen, som exempel inledningen till en hälso- och vårdplan.

När man dokumenterar ett fält med kodvärde behandlar patientdatasystemet uppgiften på basis av det kodvärde fältet får, medan användaren i allmänhet visas namnet enligt koden. I XML-formen av blanketten används CDA-standardelementet Observation i vilken identifieraren för ifrågavarande fält och den XML-struktur med värden som fältet definierar ingår. På blanketternas visningsform har man inte fäst någon särskild uppmärksamhet i HL7-standarden. CDA-visningsformen kan exempelvis vara en enkel listning av fält och deras informationsinnehåll.

En annan central dokumenttyp är **den fortlöpande journaltexten**, som kan presenteras med typiska strukturer för CDA-standarden. Ett CDA-dokument består av sektioner (section), inom vilka finns en visningsform som förstås av människor och strukturerade data som förstås av systemet. Dokumentets meta-data beskriver dokumentets tillkomstkontext, men i dokumentet kan man också vid behov hoppa över kontextdefinitionerna sektionsvis. Den som dokumenterar dokumentet kan exempelvis vara antecknad som upphovsperson till dokumentet, men i vissa delar av dokumentet kan dokumentatören exempelvis vara en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Figur 13 visar hur ett CDA-dokument består av visningsform och strukturerad form. Med andra ord ingår båda formerna i ett CDA-dokument. Till en sektion i dokumentet hör en helhet i visningsform och ett varierande antal strukturerade uppgifter, deras inbördes förhållanden och yttre hänvisningar. Presentationen av en visningsform sker enligt CDA-standarden med hjälp av ett separat XML-schema. Strukturerade data visas i sin tur med hjälp av CDA-entryn, som baserar sig på modellen Clinical Statements i HL7 V3 -standarden. Entry motsvarar en anteckning, och i den är uppgifterna strukturerat uttryckta så att patientdatasystemet kan behandla den dokumenterade informationen.

21.3 Fältlängder i strukturerad dokumentation

Patientdatasystemen behandlar uppgifter som CDA-standardens XML-dokument. Det finns inga egentliga storleksbegränsningar i de element och attribut som XML-filerna innehåller. Eftersom XML i sig inte sätter gränser för storleken, och man i patientdatasystemen i vilket fall som helst kan göra egna kontroller av uppgifterna, är det i allmänhet inte nödvändigt att i Handboken för strukturerad dokumentation definiera fältens längder.

Fältlängderna för de patientdata som ska dokumenteras strukturerat finns beskrivna i de CDA R2-definitioner av utförandet av Patientdataarkivet som har samlats på Kanta-sidorna i fråga om de uppgiftsfält för vilka det är relevant. Begränsningar av fältlängderna är i allmänhet en följd av de randvillkor i fil- och operativsystemen enligt olika programmeringsspråk och i XML-behandlarnas utföranden där en maxistorlek definieras för elementen och attributen i systemlösningarna. Dessutom bör man observera att mycket av patientjournaldokumentationerna görs som fri text. Det är inte meningsfullt att sätta gränser för längden på en uppgift som ska dokumenteras i ett textfält med fri text, men i vissa lösningar, såsom i CDA R2-bestämningarna av elektroniska recept, är också längden av textfält med fri text begränsad på grund av begränsningarna i receptmeddelandet.

En användare bör emellertid helst vara förberedd på problem på systemnivå, som beror på inkompatibla uppgiftsfält av olika mått. I kontrollen av informationsöverföringen undersöker man om den information som ska tas emot fyller de kriterier som datasystemet sätter bland annat för längd och innehåll. Om informationen inte kan tillämpas för behandling eller lagring kan kontrollprogrammet orsaka ett felläge eller modifiera informationen så att den går att lagra. Felläget kan i praktiken leda till att hela den information som ska mottas förkastas – informationen lagras då inte på det planerade sättet. Modifiering av informationen i den mottagande ändan för att korrigera situationen kan å sin sida utplåna information som kommer från den ursprungliga källan.

21.4 Dokumentation av datum och andra tidsstämplar

I strukturerad dokumentation lagras datum eller annan tidsstämpel i formen yyyymmddhhmmss enligt den internationella ISO-standarden, där:

yyyy	är	årtalet,
mm	är	månaden,
dd	är	datumet,
hh	är	timmen (enligt 24 timmar),
mm	är	minuten och
ss	är	sekunden.

I allmänhet avses med tidsangivelse i datastrukturer datums noggrannhet. Vilken noggrannhet datum eller annan tidsstämpel dokumenteras med beror på informationens natur och användningsändamålet. Användaren bör därför veta att en uppgiftstyp enligt CDA-standarderna i sig inte begränsar dokumentationen. Exempelvis kan tidpunkten för inledandet av en medicinering anges med datums noggrannhet, men i sjukhusvård och i synnerhet i intensivvård anges tidpunkten för inledandet av en medicinering i allmänhet noggrannare (klockslaget med en minuts eller en sekunds noggrannhet). Å andra sidan kan man också behöva mindre exakta uttryck, exempelvis om man i patientdokumentanteckningarna dokumenterar den egenvårdsmedicinering som en patient uppger. I tidsstämplar som är avsedda för teknisk användning bör man använda den exaktare tidsstämpelformen (exempelvis sekund eller millisekund). Organisationer och programleverantörer inom hälso- och sjukvården kan beroende på användningsändamål överväga med vilken noggrannhet respektive tidsangivelse ska anges.

Med tanke på datastrukturernas interoperabilitet är det nödvändigt att definitionen av datumuppgiften eller någon annan tidsstämpel i patientdatasystemet stämmer överens med definitionerna enligt CDA R2 i Patientdataarkivet. CDA-standarderna fastställer hur olika tidsangivelser presenteras i XML-dokument. CDA-standarderna följer modellen hos standardorganisationen ISO, som tillåter en varierande noggrannhet i tidpunkter från år till bråkdelar av en sekund.

Källor

- FCG 2012. Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja 2013 (Handbok om produktifiering av den specialiserade vården). Version 2013, 27.12.2012. FCG Tietojohdaminen Oy, Helsingfors. Tillgänglig på <http://www.norddrg.fi/sites/default/files/Kansallinen%20DRG%20-keskus%20Erikoissairaanhoidon%20tuotteistuksen%20k%C3%A4sikirja%20v.%202013.pdf> [12.11.2013].
- Hilmo 2014. HILMO Vårdanmälan för socialvården samt hälso- och sjukvården - Definitioner och anvisningar. Gäller från och med den 1 januari 2015. 19/2014, Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-795-0> [16.4.2015].
- HL7 2015. Kanta – eArkiston Medical Records (Kanta – Medical Records i eArkivet), version 2.00, 13.2.2015. Tillgänglig på <http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/Medical+Records+V200> [21.3.2015].
- Häkkinen, Pirjo, 2012. Uppföljning av tillgången till vård inom den specialiserade sjukvården – Definitioner och anvisningar 2013 Klassifikationer, terminologi och statistikanvisningar 8/2012 Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-876-6> [7.11.2013].
- Kanta 2013. KanTa – eArkiston Kertomus ja lomakkeet (KanTa – Journal och blanketter i eArkivet), version 4.62, 8.7.2013. Tillgänglig på http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/Kertomus+ja+lomakkeet_Kela_v462/1df707fd-7d27-4be5-bc01-00de2c23aa0a [18.8.2013].
- Kanta 2015, eArkivet. Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset (Fall av användning av patientdatasystem) Version 2.9, 6.3.2015. Tillgänglig på <http://www.kanta.fi/documents/12105/3458358/eArkisto+PTJ-kayttotapaukset.pdf/5a4bb936-c568-4d2e-82e4-e539d262f0c9> [21.3.2014].
- Kanta 2011. Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne (CDA R2-struktur i anteckningar om medicinering) Version 4.3, 16.3.2011. Tillgänglig på <http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/L%C3%A4%C3%A4kityksmerkinn%C3%A4t+V+4.30.zip/c79437b9-98d3-4941-893f-64c7706a88e6> [18.8.2013].
- Komulainen, Jorma, 2012 (red). Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (2012) (Finländsk handbok om registrering av sjukdomar) THL. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6> [18.8.2013].
- Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka och Mäkelä, Matti, 2011. Rakenteinen terveyst- ja hoitosuunnitelma (Strukturerad hälso- och vårdplan) Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet – Klassifikationer, terminologi och statistikanvisningar 7/2011, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285> [6.11.2013].
- Kvist, Mårten och Savolainen, Tuija, 2010 (red.). ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (ICPC-2 Internationell klassifikation inom primärvården) Kommunförbundet. Tillgänglig på <http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/p20100309095440223.pdf> [3.4.2015].
- Kärkkäinen, Anna (under arbete). Valtakunnallinen potilastiedon arkisto (Det riksomfattande patientdataarkivet). Funktionella principer för patientdataarkivet. Ohjous-sarja (serien Handledning), Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors.
- Liljamö, Pia, Kinnunen, Ulla-Mari och Ensio, Anneli, 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas - SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0 (Manual för klassificeringshelheten FinCC. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0.) Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet – Klassifikationer, terminologi och statistikanvisningar 2/2012, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5> [6.11.2014].
- Mäkelä-Bengs, Päivi, Virkkunen, Heikki och Vuokko, Riikka (2015). Lääkemerkin tekeminen ja tietosisältö 2016 (Dokumentering av läkemedelsanteckningar och deras strukturerade datainnehåll 2016). Funktionell specifikation, version 2015. Handledning 1/2015, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9> [21.3.2015].
- Mäki, Päivi, Wikström, Katja, Hakulinen-Viitanen, Tuovi och Laatikainen, Tiina, 2011. Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården: Metodhandbok. Opas 14, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors. Tillgänglig på finska på <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085455> [12.11.2013].
- Mölläri, Kaisa och Saukkonen, Sanna-Mari, 2014. AvoHILMO - Anmälan om öppen primärvård 2015. Definitioner och anvisningar. Handledning 16/2014, Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116922/URN_ISBN_978-952-302-335-2.pdf?sequence=1 [11.11.2014].
- SHM 2012. Patientdokumenthandbok. Upprättande och hantering av journalhandlingar. Handbok för hälso- och sjukvården. SHM:s publikationer 20/2014 Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3544-0>.
- SHM 2006. Säker läkemedelsbehandling. Nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2007:15 Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226645>
- Tautiluokitus ICD-10 – Klassifikation av sjukdomar, 2011. Tautiluokitus ICD-10 – Klassifikation av sjukdomar, 3 uppl. Klassifikationer, terminologi och statistikanvisningar 5/2011 Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423> [18.8.2013].

- Ydintieto-opas 2009 (Handbok om kärnuppgifter) Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt (Standardiserat datainnehåll i en nationell elektronisk patientjournal). Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa, v. 3.0.(Handbok om kärnuppgifter, rubriker och vyer samt om specialitets- och yrkesspecifika strukturerade data i en elektronisk patientjournal, v. 3.0). Tillgänglig på http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf [21.3.2013].
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012 (Tobaksberoende och avvänjning). Käypä hoito (God medicinsk praxis), version 19.1.2012. Finska Läkarföreningen Duodecim och Allmänmedicinska föreningen i Finland. Tillgänglig på <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020> [6.11.2013].
- Ydintiedot 2009 (Kärnuppgifter). Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot, v. 4.0, 18.5.2009 (Kärnuppgifter i en elektronisk patientjournal). Tillgänglig på http://www.kanta.fi/documents/10180/3437462/Ydintietomaarit_ykset.pdf [21.3.2013].
- Virkkunen, Heikki, Mäkelä-Bengs, Päivi, Suhonen, Jari och Vuokko, Riikka, 2014. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely – versio 2014 (Principer och specifikation av funktionen för Informationshanteringstjänsten – version 2014) Ohjaus 18/2014 (Handledning), Institutet för hälsa och välfärd. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-345-1> [11.11.2014].
- Vuokko, Riikka, Komulainen, Jorma, Mäkelä, Matti och Meriläinen, Outi, 2012. Rakenteinen potilaskertomus 2010 -hankkeen tuottamia määritelmiä (Specifikationer framtagna av projektet för strukturerade patientjournaler). Rapport 32/2012. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Helsingfors. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085284> [4.4.2012].
- Vuokko, Riikka, Suhonen, Jari, Hyppönen, Konstantin och Porrasmaa, Jari, 2014. Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan - Versio 2014 (Samtyckeshantering av patientuppgifter och migration av sjukvårdsdistriktets gemensamma register över patientuppgifter i Kanta, version 2014). Handledning 20/2014, Institutet för hälsa och välfärd (THL). Helsingfors. Tillgänglig på <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-357-4> [24.11.2014].

BILAGA 1: De viktigaste begreppen och uttrycken³⁹

Hjälpmedel (apuväline) är ett redskap, apparat eller motsvarande som främjar och upprätthåller en persons funktionsförmåga och deltagande när de här funktionerna är nedsatta på grund av skada, sjukdom eller åldrande.

Dokument (asiakirja) är en teknisk upptagning specificerad med en identifierare och i vilken officiell dokumentär information finns samlad. Patientuppgifter lagras i Patientdataarkivet i form av dokument.

CDA, Clinical Document Architecture är en standard definierad av HL7 för dokumentens struktur (*här* patientdokument) och för delning av dokument. CDA-strukturen följer XML⁴⁰-standarderna.

Diagnos (diagnoosi) är en beskrivning som fastställer existensen av en sjukdom och sjukdomens kvalitet. En diagnos uttrycker en medicinskt definierad sjukdom.

Organdonation (elinluovutus) betyder överlåtelse av organ, vävnader och celler för medicinskt bruk. En person kan uttrycka sin egen vilja att begränsa en organdonation med en donationsvilja.

Episod, vårdepisod (hoitoepisodi, episode of care) är en tidsmässigt framskridande vårdhelhet i samband med ett visst hälsoproblem hos en patient, i vilken flera vårdhändelser kan ingå.

Specialitet (erikoisala) är det område inom medicinen som har huvudansvaret för vården av en patient. Specialiteterna är allmänmedicin och de kliniska områdena inom den specialiserade sjukvården.

Anamnes (esitiedot) är information som patienten, hans eller hennes anhöriga eller representanter gett eller som samlats från tidigare patientjournalanteckningar om hur patientens sjukdom började, dess symtom och förlopp samt om andra väsentliga sjukdomar och problem som påverkar vården.

Fysiologiska mätningar (fysiologiset mittaukset) beskriver de klinisk-fysiologiska fynden hos en patient.

Personregister (henkilörekisteri) är en datamängd som innehåller personuppgifter och som består av anteckningar som hör samman på grund av sitt användningsändamål, och som helt eller delvis behandlas med automatisk databehandling eller har ordnats som ett kartotek, en förteckning eller på ett annat motsvarande sätt så att information om en bestämd person kan erhållas med lätthet och utan oskäligen kostnader (523/1999).

Utvärdering av vården (hoidon arviointi) innebär en bedömning av de förändringar som inträffat i en patients mående och den genomförda vården i förhållande till de huvudmål som satts i planen, såsom förändringar förknippade med undersökningar, åtgärder, läkemedelsterapi, funktionsförmåga och vårdarbetets funktioner.

Planering av vården (hoidon suunnittelu) innebär verksamhet där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, patienten och vid behov en anhörig eller en representant för patienten i samarbete planerar målen, metoderna och sätten för vården av patienten.

³⁹ Motsvarande finskt begrepp inom parentes.

⁴⁰ **XML, eXtensible Markup Language** är en rekommendation av World Wide Web Consortiumin (<http://www.w3.org/>) om hur strukturerade data ska presenteras i elektronisk form.

Orsak till vård (hoidon syy) är det som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, annan än en läkare, bedömer vara orsaken till att en patient sökte sig till vård.

Behov av vård (hoidon tarve) innebär redan befintliga problem i en patients hälsotillstånd eller problem som kan uppkomma i framtiden. När man lägger upp en hälso- och vårdplan består behovet av vård av ett eller flera hälsoproblem som patienten identifierar, också med hjälp av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Mål för vården (hoidon tavoite) betyder den förändring i en patients hälsotillstånd som patienten och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med en gemensam överenskommelse strävar efter.

Genomförande av vården (hoidon toteutus) innebär de sätt och metoder, såsom undersökningar, åtgärder, funktioner inom vårdarbetet, läkemedelsterapi och vaccinationer samt exempelvis en läkares ordinationer om näring och motion som valts för att man ska uppnå målen för vården. En legitimerad läkare beslutar om den medicinska undersökningen av en patient, om diagnostiseringen och om den vård som ska ges.

Vård (hoito) omfattar de åtgärder av en patient och den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården som siktar till att främja och upprätthålla patientens välmående och hälsa eller till att undersöka, lindra eller avlägsna problemen i patientens hälsotillstånd.

Vårdperiod (hoitajakso) är en tidsperiod när en patient eller en klient är inskriven som mottagare av öppen eller sluten vård.

Vårdprocess (hoitoprosessi) omfattar en serie systematiska funktioner som bildas av vårdhändelser som riktar sig mot ett bestämt problemkomplex hos en patient.

Vårdförhållande (hoitosuhde) är en interaktion mellan en patient och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kopplad till ett visst vårdansvar.

Livstestamente (hoitotahto) är en viljeförklaring med vilken en patient uttrycker sina önskemål om den kommande vården för den händelse att patienten inte kan delta i vårdlösningarna på grund av medvetslöshet, ålderdomssvaghet eller annan motsvarande orsak.

Indikation (indikaatio) betyder motiv, motiv för vård, såsom orsak att inleda medicinering eller använda medicin.

Kanta-tjänsterna (Kanta-palvelut) (Kanta = Det nationella hälsoarkivet) består av de riksomfattande elektroniska datasystemtjänsterna, Patientdataarkivet, den elektroniska receptförmedlingen, Läkemedelsdatabasen, Receptcentralen, Receptarkivet, den elektroniska tjänsten för allmänheten, dvs. Mina Kanta-sidorna, och den elektroniska tjänsten för professionella, dvs. Informationshanteringstjänsten, i fortsättningen också användargränssnittstjänsten för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården.

De centrala strukturerade uppgifterna (keskeiset rakenteiset tiedot) betyder här de viktiga och nödvändiga uppgifter som ska dokumenteras om vården av en patient. Dokumenteringen sker riksomfattande med hjälp av enhetliga strukturer och mångprofessionellt. Strukturerna är då kongruenta i patientdatasystemen såväl inom primärvården som inom den specialiserade vården, både för offentliga och privata vårdgivare.

Förbud (kielto) (överlåtelseförbud, luovutuskielto) är en viljeförklaring med vilken en person förbjuder överlåtelse av sina patientdata till andra än den registerförare som tagit fram patientdata.

Dokumentation (kirjaus), *se* anteckning

Komplikation (komplikaatio) innebär en ny störning i ett tidigare sjukdomstillstånd eller vård eller behandling, som har betydelse för den fortsatta vården eller rehabiliteringen av en patient.

Konsultation (konsultaatio) betyder rådgivning av en serviceleverantör inom social- eller hälsovården till en annan eller mottagen rådgivning av en annan serviceleverantör i ett ärende som gäller en klient.

Kodtjänsten (Koodistopalvelu) är en riksomfattande tjänst som underhålls av THL och vars uppgift är att publicera och dela ut kodsystém, klassifikationer och termer som kan utnyttjas i social- och hälsovårdens elektroniska datasystem samt att föra registeruppgifter.

Sammanställningar (koosteet) (sammanställningsdokument, koosteasiakirjat) är patientspecifika informationshelheter som Informationshanteringstjänsten har samlat bland de viktigaste strukturerade uppgifterna i Patientdataarkivet⁴¹ och som Informationshanteringstjänsten returnerar till patientdatasystemen. En sammanställning innehåller en informationshelhet – diagnoser, åtgärder, riskuppgifter, bildundersökningar, laboratorieundersökningar, fysiologiska mätningar, vaccinationer eller medicinering.

Sammanställda sammandrag (koosteyhteenvetot) är presentationsformer bildade i patientdatasystemen av de sammanställningar Informationshanteringstjänsten returnerar och där uppgifterna i sammanställningarna filtreras och organiseras i en form som mer åskådligt kan presenteras för användaren. Patientdatasystemen kan komplettera en uppgift som ska visas med ett sammanställt sammandrag med de strukturerade data som finns i det egna patientdatasystemet och som ännu inte arkiverats i Patientdataarkivet.

- Sammanställda sammandrag är diagnossammandrag, riskuppgiftssammandrag, åtgärdssammandrag, bildundersökningssammandrag, sammandrag av fysiologiska mätningar, vaccinationssammandrag och medicineringssammandrag.
- För medicineringssammandrag används i den här publikationen benämningen Informationshanteringstjänstens medicineringslista eller kort Medicineringslista.

Utlåtande (lausunto) är en vanligen skriftlig åsiktsyttring, ställningstagande eller utredning som baserar sig på sakkunskap. Ett utlåtande kan vara en medicinskt motiverad bedömning av en läkarexpert om en patients tillstånd exempelvis till en myndighet eller ett försäkringsbolag.

Logiskt register (looginen rekisteri) betyder att man till samma personregister räknar alla de uppgifter som används för samma ändamål oberoende av hur och var uppgifterna har lagrats.

Slututvärdering (loppuarvio) är en beskrivning av förloppet av en patients vård, rehabilitering eller terapi, av slutresultatet, eventuella avvikelser och patientens tillstånd när denna skrivs ut från en vårdenhet.

Överlåtelse (luovutus) betyder överlämnande av patientdata med hjälp av de riksomfattande datasystemtjänsterna till en annan serviceleverantör inom hälso- och sjukvården. Överlåtelsen ska basera sig på patientens samtycke eller på en lag eller författning som berättigar till överlåtelse.

⁴¹ Med en medicineringssammanställning samlar man också data från Receptcentralen.

Läkemedel (lääke) avser ett generiskt benämnt medel som används för att bota, lindra eller förbygga en sjukdom eller symtom och som innehåller ett eller flera verksamma ämnen (exempelvis ibuprofen eller en kombination av paracetamol och kodein).

Läkemedelsterapi (lääkehoito) är den del av en vårdprocess som gäller ordination och genomförande av medicinering.

Medicinering (lääkitys) betyder alla de läkemedel en patient sammanlagt använder.

Fynd (löydös) är en kliniskt betydande upptäckt, exempelvis en avvikelse som upptäcks vid undersökning av en patient, i en laboratorieundersökning eller i en bildundersökning.

Anteckning (merkintä) är en helhet av patientdata som samtidigt dokumenteras av en användare från en enskild vy i en patientjournal eller som producerats av ett mätinstrument eller instrument för bilddiagnostik, bunden av samma metadata. Den är den minsta innehållshelhet eller dokumentära information som skapas i processerna inom hälso- och sjukvården.

Metadata (metatieto) (beskrivande information, kuvailutieto) är information som beskriver informationen och som specificerar den aktuella informationen och beskriver informationens ändamål och betydelse på något överenskommet sätt.

Vy (näkymä) betyder en informationshelhet eller en kontext i hälso- och sjukvårdens patientdatasystem som binder informationen till en viss innehålls- eller vårdhelhet såsom en specialitet inom medicinen, en yrkesgren eller en tjänst. Vyerna i en elektronisk patientjournal omfattar de patientdokument (journalhandlingar) som nämns i förordningen om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården.

Nuvarande tillstånd (nykytila) är en beskrivning av en patients allmänna mående som baserar sig på innehållet i de kliniska fynd och observationer som en yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården gör.

Problem (ongelma) är ett subjektivt eller objektivt symtom, avvikande fysiskt eller psykiskt fynd, socialt problem, undersökningsresultat eller säker diagnos.

Mina Kanta-sidor (Omakanta) är en datasystemtjänst med vilken en person kan granska sina viljeförklaringar, såsom samtycken, förbud, livstestamente och donationsvilja samt vid behov hantera dem. En medborgare har dessutom möjlighet att titta på uppgifter som samlas om överlåtelse av patientdata samt på vissa av sina uppgifter som uppkommit i hälso- och sjukvården.

Rubrik (otsikko) används för att i patientdatasystemet strukturera en patientjournal i vissa ämnesgrupper och binda den till en kontext. Rubrikerna är ett grovt strukturerande av patientinformation.

Tjänsteleverantör (palvelunantaja) är en aktör som ordnar, producerar och genomför tjänster. Tjänsteleverantör är ett överordnat begrepp, som omfattar såväl tjänsteordnare och -producenter som -genomförare. En tjänsteleverantör kan vara en organisation eller en del av en sådan, exempelvis en verksamhetsenhet eller en enskild person.

Tjänsteordnare (palvelunjärjestäjä) är en aktör som har en i lag fastställd skyldighet att på ett ändamålsenligt sätt som tjänsteordnaren väljer se till att en viss befolkning eller befolkningsgrupp har tillgång till social- och hälsovårdstjänster. Tjänsteordnaren är registerförare för de patientdokument som uppkommer om vården av patienten.

Tjänstproducent (palveluntuottaja) är en aktör som åstadkommer tjänster antingen genom att tillhandahålla dem själv eller genom att beställa dem av en eller flera andra aktörer.

Den som genomför tjänster (palveluntoteuttaja) är en aktör som tillhandahåller tjänster för klienter på uppdrag av tjänstproducenten. Av patientdokumentanteckningarna ska det framgå vem som genomför en tjänst.

Servicehändelse (palvelutapahtuma) är ordnande eller genomförande av en enskild tjänst mellan hälso- och sjukvården och en patient samt de undersökningar, åtgärder, konsultationer och sammandrag som tidsmässigt och sakmässigt är kopplade till tjänsten.

Sammandrag av en servicehändelse (palvelutapahtuman yhteenveto) är en slututvärdering, annat sammandrag eller mellanbedömning som en yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården gör av undersökningen, vården och rehabiliteringen av en patient under servicehändelsen eller när den avslutas.

Serviceenhet (palveluyksikkö) är en enhet hos tjänstproducentens hälso- och sjukvård, som producerar patienttjänster. En serviceenhet kan till karaktären vara antingen en vårdenhet eller en vårdmässig stödenhet.

Patient (potilas) är en som anlitar hälso- och sjukvårdstjänster eller som annars är föremål för sådana tjänster.

Patientdokument (potilasasiakirja), eller journalhandling, är ett dokument som består av dokument eller tekniska upptagningar som ska användas, har gjorts eller inkommit i samband med att vården av en patient ordnas och genomförs och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter.

Patientjournal (potilaskertomus) är ett fortlöpande patientdokument som framskrider kronologiskt och som omfattar hälso- och sjukjournaler. För varje patient ska en patientjournal skrivas. Den kan bestå av anteckningar som gjorts på olika slags blanketter eller i olika slags filer av olika yrkesgrupper. Till en patientjournal hör också övriga elektroniska och pappersdokument som uppkommit när man har ordnat och genomfört vård, såsom remisser, laboratorie- och röntgenutlåtanden osv.

Patientregister (potilasrekisteri) är ett personregister med patientuppgifter. Det finns olika typer av patientregister, såsom den offentliga hälso- och sjukvårdens patientregister, den privata hälso- och sjukvårdens patientregister och företagshälsovårdens patientregister.

Patientdata (potilastieto) är uppgifter om en patient som ingår i ett patientdokument (en journalhandling) enligt patientlagen.

Patientdataarkivet (Potilastiedon arkisto) är ett riksomfattande elektroniskt arkiv för patientuppgifter.

Patientdatasystem (potilastietojärjestelmä) är ett datasystem avsett för lagring och behandling av patientuppgifter.

Prevention (preventio) betyder förebyggande av en sjukdom, sjukdomsförebyggande vård av eller rådgivning till en patient

Strukturerad form (rakenteinen muoto) är formen hos ett CDA-dokument, där informationen presenteras exempelvis i koder och som datasystemet förstår.

Strukturerade data (rakenteinen tieto) betyder information som dokumenteras och lagras med hjälp av en på förhand överenskommen struktur. Informationens strukturerade form kan variera exempelvis från fri text som dokumenteras under en överenskommen rubrik till dokumentation med en viss kod. Den strukturerade formen möjliggör automatisk behandling av informationen.

Registerförare (rekisterinpitäjä) är en eller flera personer, en organisation, inrättning eller stiftelse för vilken ett personregister bildas och som har rätt att bestämma om användningen av registret eller till vars uppgift registerföringen bestäms i lag.

Risk (riski) avser en kombination av sannolikheten för en skada och dess allvarlighet i samband med en farlig situation. En risk kan rikta sig mot människors eller omgivningens säkerhet, hälsa, egenskap eller andra ekonomiska faktorer.

Riskuppgifter (riskitiedot) eller riskinformation innebär (inom hälso- och sjukvården) uppgifter som ifall de inte uppmärksammas kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa. Uppgifterna används för att göra de personer som vårdar en patient uppmärksamma på att vården eventuellt måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala.

Vaccin (rokote) är ett preparat som gjorts för att förebygga sjukdomar orsakade av en mikroorganism.

Vaccination (rokotus) betyder tillförsel av ett vaccin i kroppen för att åstadkomma immunitet.

Samtycke (suostumus) är en frivillig, specificerad och medveten viljeyttring, med vilken en person godkänner behandling av sina personuppgifter. Den som ger sitt samtycke ska veta i vilka sammanhang hans eller hennes samtycke behövs och vad han eller hon samtycker till.

Faktorer som påverkar hälsan (terveyteen vaikuttavat tekijät) är sådana uppgifter som påverkar ett vårdbeslut och som beskriver levnadssätt och livssituationer som har att göra med en persons hälsa och sjukdom, såsom tobaksrökning, droger, motion eller vetskap om graviditet.

Yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (terveydenhuollon ammattihenkilö) är en person som avses i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är alla legitimerade yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbe-teckning som beviljats tillstånd.

Hälso- och sjukvårdsdokument (terveydenhuollon asiakirja) är ett dokument som innehåller patientdo-kument och andra dokument som producerats av en tjänsteleverantör (exempelvis dokument om ekonomi-förvaltning).

Verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården (terveydenhuollon toimintayksiköt) är verksamhets-enheter enligt 2 § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), alltså hälsovårdscentral enligt folkhälsolagen (66/1972), sjukhus och separata verksamhetsenheter för sjukvård enligt lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989). En verksamhetsenhet kan också vara en annan helhet med vårdansvar som har utsetts av samkommunen i ett sjukvårdsdistrikt, en enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990), ett arbetshälsoinstitut till den del den producerar hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om institutets för arbetshygien verksamhet och finansiering (159/1978), ett statligt sinnessjukhus enligt lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987), en sjukvårdsin-rättning enligt lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987) och ett sinnessjukhus för fångar, psykiatrisk avdelning vid fängelse samt ett annat anstaltssjukhus och sjukavdelning enligt förordningen om fångvårdsväsendet (134/1986) och poliklinik för fångar.

Yrkesutbildad person som genomför hälso- och sjukvård (terveydenhuoltoja toteuttava ammattihenkilö) betyder en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller annan person som deltar i vården.

Hälso- och vårdplan (terveys- ja hoitosuunnitelma) är ett skriftligt program för medicinskt och vårdmässigt arbete som gjorts för en namngiven person och där man dokumenterar det planerade behovet av vård, målet, genomförandet och sätten samt stödet, uppföljningen och utvärderingen av vården.

Hälsoundersökning (terveystarkastus) är en undersökning som görs oberoende av eventuella sjukdomssymtom närmast för att kontrollera det allmänna hälsotillståndet (exempelvis en allmän hälsoundersökning av en medelålders person) eller för att utesluta vissa sjukdomar (exempelvis en hälsoundersökning av en asbestarbetare) och där man strävar efter att säkra att hälsotillståndet eller funktionsförmågan är tillräcklig för en viss uppgift (exempelvis undersökningar vid uppbåd, för körkort eller för anställning).

Informationshanteringstjänsten (Tiedonhallintapalvelu) är en riksomfattande elektronisk tjänst som innehåller följande tjänster och funktioner: 1) uppgift om den information som getts en patient om de riksomfattande datasystemtjänsterna, 2) samtycken erhållna av en patient, 3) förbud som getts av en patient, 4) förbud mot organdonation och andra viljeförklaringar av en patient om organdonationer, 5) en patients livstestamente, 6) övriga viljeförklaringar av en patient om hälso- och sjukvård samt 7) via den kan man visa viktiga uppgifter med avseende på en patients hälso- och sjukvård, såsom uppgifter om åtgärder, vaccinationer, laboratorieresultat, fysiologiska mätningar, medicineringar, diagnoser, riskuppgifter samt om hälso- och vårdplanen.

Dokument som Informationshanteringstjänsten ska underhålla (Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävä asiakirja) är ett självständigt separat dokument som ger information om patientens tillstånd när dokumentationen görs. Användaren kan använda ett existerande dokument som underlag för att modifiera innehållet och lagra den modifierade versionen som ett nytt dokument för stunden.

Åtgärd (toimenpide) är en engångsfunktion eller helhet av funktioner med vilken man avser att utföra en bestämd uppgift.

Funktionsförmåga (toimintakyky) betyder en persons förmåga att klara av de fysiska, psykiska, sociala och kognitiva krav som de dagliga funktionerna ställer i personens egen livsmiljö enligt de mål som han eller hon satt.

Orsak till att söka vård (tulosyy) är den orsak till uppsökande av vård som patienten uppger eller som baserar sig på en iakttagelse av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

Ankomstsituation (tulotilanne) betyder utredning av orsaken till att en person kom till en organisation inom hälso- och sjukvården samt utförande av undersökningar och utredningar i samband med situationen och den information som uppkommer av dessa åtgärder.

Undersökningar (tutkimukset) är laboratorieundersökningar och radiologiska undersökningar som ger information om en persons hälsotillstånd eller med vilka man diagnostiserar sjukdomar.

Mellanbedömning (väliarvio) betyder en beskrivning av en väsentlig utveckling eller förändring som skett i en patients mående och vård under en vård, rehabilitering eller terapi i förhållande till anamnesen.

Det gemensamma patientdataregistret (yhteinen potilastietorekisteri) är en gemensam helhet av de patientdataregister som hör till registerförarna i ett sjukvårdsdistrikts område inom den kommunala hälso- och sjukvården, och som bildas direkt med stöd av hälso- och sjukvårdslagen.

BILAGA 2: Faser i vårdprocesser och rubriker som ska användas i olika vyer

I tabellen exempel på faser i vårdprocesser och rubriker och deras användning i olika vyer.

Vy ⁴²	SIS, YLE specialitetsspecifika vyer	RIS	LÄÄ VLÄÄ ⁴³	KUN, PUH, SOS, RAV, PSL, TOI, FYST, ERITYIS	RTG radiologi	LAB labora- torium	KLF klinisk fysiologi	KNF klinisk neurofysiologi	PAT patologi	NEUVO råd- givning	OPI skol- och studeran- dehälsovård	HOKE vårdjournal
Fas i vårdprocessen												
Ankomstsituation	x		x	x						x	x	x
Planering av vård	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Genomförande av vård	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Utvärdering av vården	x			x						x	x	x
Odefinierad		x										
Rubrik												
Hjälpmedel och vård- tillbehör	x			x						x	x	x
Diagnos	x									x	x	
Förebyggande (pre- vention)	x			x						x	x	
Anamnes	x			x						x	x	
Fysiologiska mätning-	x			x			x			x	x	

⁴² I blanketter som är olika slags intyg och utlåtanden används varken faser i vårdprocesser eller rubriker

⁴³ Läkemedelsförskrivningar är ankomstsituation eller vårdplaneringsfas och administration av läkemedel är genomförande av vård

ar												
Distanskontakt	x		x						x	x		
Orsak till vård	x		x						x	x	x	
Behov av vård	x		x									x
Mål för vården	x		x									x
Resultat av vården	x		x									x
Vårdtyngd												x
Vårdåtgärder	x		x						x	x		x
Konsultation /Remiss	x		x						x	x		
Rehabilitering	x		x						x	x		x
Utlåtande	x		x						x	x		
Slututvärdering (epikris)	x		x						x	x		x
Läkemedelsterapi	x								x	x		x
Annan anteckning			x									
Nuvarande tillstånd (status)	x		*						x	x		x
Daglig anteckning												
Riskuppgifter		x										
Plan	x		x						x	x		x
Hälsundersökning	x								x	x		
Faktorer som påverkar hälsan	x		x						x	x		x
Test- och bedöm- ningsresultat	x		x						x	x		x
Åtgärder	x		x	x					x	x		x
Funktionsförmåga	x		x						x	x		x
Orsak till att söka vård	x		x						x	x		x
Undersökningar	x				x	x	x	x	x	x		x
Mellanbedömning	x		x						x	x		x

BILAGA 3: JournalexempelLAS
YHTMats Modell
110397-1111

Utvärdering av vården

Slututvärdering

KYS, Barnsjukdomar, 2405
1.12.2006–3.12.2006

Orsak till att söka vård

E10.9 Typ 1 diabetes, pumpbehandling inleds

Anamnes

En pojke som haft diabetes i fyra år och vars sockerbalans har växlat med injektionsbehandling. Beslut att inleda avdelningsvård och pumpbehandling. Under de senaste månaderna lindrig trötthet i samband med växlingar i sockernivån. Dessutom lindrig smärta i högra knävecket under en vecka.

Nuvarande tillstånd (status)

Vid undersökning konstaterades en pojke i god kondition. En klinisk undersökning visade en lindrig palpationsömheter i höger knäveck och ett palpationsfynd som passar in på Bakercysta. Smärtan tolkades som en följd av cystan. I övrigt inget avvikande i status.

Vårdåtgärder

Mats och hans föräldrar undervisades i principerna för insulinpumpbehandling. Mats och föräldrarna lärde sig pumpbehandlingen bra. Man övergick till pumpbehandling. Insulindosen minskades 10 %.

Diagnoser

E10.9 Typ 1 diabetes (huvuddiagnos, sannolik eller säker, varaktig)
M71.2 Bakercysta (bidiagnos, misstanke, tidsbegränsad)
E03.8 Hypotyreos (bidiagnos, sannolik eller säker, varaktig)

Undersökningar

B-GHb-A1c 8.3 % (1.12.2006)
S-TSH 2,7 mmol/l (1.1.2006)

Plan

Vid utskrivning Novorapid basdos 9 enh, bolus 3+3+3+2 enh. Avtalad telefoni om 2 veckor och besök på HVC om 2 mån. Beträffande Bakercystan inget behov av åtgärder tills vidare, inte heller behov av smärtlindring.

4.12.2006
Lisa Läkare SV-12345
specialistläkare, barnendokrinolog