



# Handbok om dokumentation

## Handbok om dokumentation – Hälsoundersökning för arbetslösa

Leini Sinervo, Nora Hauhio, Sari Nissinen och Anne Ålander

1.0

6/2023



Institutet för  
hälsa och välfärd

# Innehåll

<b>VERSIONSHANTERING</b> .....	<b>3</b>
<b>TILL LÄSAREN</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2 STRUKTUREN I EN ELEKTRONISK PATIENTJOURNAL</b> .....	<b>6</b>
2.1 VY .....	6
2.2 FAS I VÅRDPROCESSEN SAMT RUBRIK.....	6
<b>3 BASUPPGIFTER</b> .....	<b>8</b>
3.1 GRUNDLÄGGANDE UPPGIFTER OM KONTAKTEN .....	8
3.2 KUNDENS BASUPPGIFTER .....	9
<b>4 FÖR- OCH BAKGRUNDSUPPGIFTER</b> .....	<b>10</b>
4.1 UTBILDNING OCH YRKE.....	10
4.2 ARBETE.....	11
4.3 BOENDE.....	11
4.4 FAMILJ OCH SOCIALA RELATIONER .....	12
4.5 EKONOMISK SITUATION .....	12
4.6 FRITID .....	13
4.7 SLÄKTANAMNES .....	13
4.8 SJUKDOMS- OCH VÅRDHISTORIA .....	13
4.9 TIDIGARE VACCINATIONER .....	13
4.10 MEDICINERING.....	14
<b>5 LEVNADSVANOR SOM PÅVERKAR HÄLSAN</b> .....	<b>15</b>
5.1 KOSTVANOR .....	15
5.2 SÖMN OCH SÖMNVANOR .....	15
5.3 MOTIONSVANOR .....	16
5.4 ANVÄNDNING AV TOBAKSPRODUKTER .....	16
5.5 ANVÄNDNING AV ALKOHOL OCH DROGER.....	16
5.6 MEDIEANVÄNDNING .....	17
5.7 MUN- OCH TANDHÄLSA .....	17
<b>6 STATUS</b> .....	<b>18</b>
6.1 DIAGNOSER SOM KONSTATERATS UNDER BESÖKET .....	18
6.2 FYSIOLOGISKA MÄTNINGAR .....	18
6.3 SOMATISKT TILLSTÅND .....	18
6.4 PSYKISKT TILLSTÅND .....	18
<b>7 ARBETS- OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA</b> .....	<b>20</b>
7.1 FRÄMJANDE AV ARBETS- OCH FUNKTIONSFÖRMÅGAN .....	20
7.2 REHABILITERING .....	21
<b>8 FORTSATT PLAN</b> .....	<b>23</b>
8.1 FORTSATT VÅRD .....	23
8.2 PLAN INFÖR FÖLJANDE BESÖK .....	23
8.3 REHABILITERINGSPLAN OCH FORTSATT ÅTGÄRDER .....	24
<b>KÄLLOR</b> .....	<b>25</b>

# Versionshantering

Version och publiceringsdatum	Ändringar
1.0 4/2023	Första publicerade versionen

# Till läsaren

Handboken om dokumentation vid hälsoundersökning för arbetslösa ingår i THL:s serie av handböcker om dokumentation och kompletterar Den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter vad gäller tjänsten för hälsoundersökning för arbetslösa. Syftet med handböckerna är att stöda och handleda yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i enhetliga rutiner för strukturerad dokumentation av patientuppgifter. Detta förbättrar möjligheterna till sam användning mellan olika organisationer och yrkesutbildade personer samt gör det möjligt att utnyttja uppgifterna även för sekundär användning.

[Den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter](#) är avsedd för alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. 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 kods system i samband med strukturerna. Handboken har utvidgats med specialitets- och tjänstespecifika handböcker som preciserar de allmänna dokumentationsanvisningarna för de särskilda behoven inom olika specialområden och tjänster.

Handboken om dokumentation vid hälsoundersökning för arbetslösa är avsedd för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som dokumenterar kund- och patientuppgifter. Syftet med handboken är att ge anvisningar för och förenhetliga dokumentationspraxisen på olika håll i landet. Handboken innehåller central information som ska dokumenteras strukturerat samt information om den riksomfattande datainsamlingen inom statistik- och registerverksamheten. Uppgifternas struktur och hur obligatoriska de är syns i datainnehållsdefinitionen som publicerats på den nationella kodservern: [THL/Tietosisältö - Työttömän terveystarkastus](#) (THL/Informationsinnehåll - Hälsoundersökning för arbetslösa).

Datastrukturen har utarbetats av specialplanerare Nora Hauhio, utvecklingschef Kaisa Mölläri, specialsakkunnig Sanna-Mari Saukkonen, överläkare Heikki Virkkunen och utvecklingschef Leini Sinervo vid Institutet för hälsa och välfärd, av produktchef Kirsi Lappalainen, överläkare Kimmo Tarvainen och specialist Tuulia Varanka-Ruuska vid Arbetshälsoinstitutet, av hälsovårdare Minna Friman och företagshälsovårdare Sari Ljungman inom kommunernas primärvård samt av Lasse Mäkelä vid CGI.

Anvisningen har utarbetats av Leini Sinervo, Nora Hauhio, Sari Nissinen och Anne Ålander. Vi tackar Taina Kauvo, Kaisa Mölläri, Heikki Virkkunen, Aki Vuokko samt Sanna Pitkälä och Sari Ljungman för anvisningarna och kommentarerna.

# 1 Inledning

Hälsoundersökningen för arbetslösa är en lagstadgad tjänst enligt [13 § i hälso- och sjukvårdslagen](#). Vårdsområdet ansvarar för att ordna tjänsten. Tjänsten fokuserar på kundens välfärd och hälsa samt på att utreda och främja arbets- och funktionsförmågan. I tjänsten kartläggs hälsotillståndet i den mån det påverkar sysselsättningen samt arbets- och funktionsförmågan. I tjänsten identifieras dessutom utmaningar som berör kundens arbets- och funktionsförmåga, vård-, rehabiliterings- och stödbehov samt inleds nödvändiga vård- och servicevägar. Hälsoundersökningen för arbetslösa uppfattas inom hälso- och sjukvården som en förebyggande hälsotjänst, men samtidigt uppfattas den också som en tjänst som stöder sysselsättningen inom sysselsättningstjänsterna. Sektorsövergripande samarbete över förvaltnings- och yrkesgränserna garanterar en lyckad service.

Syftet med den här handboken är att stöda yrkesutbildade personer som utför hälsoundersökningar för arbetslösa i dokumentationen och att främja att anteckningarna är enhetliga. Handboken är avsedd för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som i sitt arbete använder, dokumenterar och sparar patientuppgifter. Handboken kan också utnyttjas av representanter för informationsförvaltningen och vårdsområdets dokumentationskoordinatorer samt systemleverantörer. Vid strukturerad dokumentation utnyttjas nationellt enhetligt överenskomna datainnehåll, såsom kodsystem och klassificeringar.

Vid mötet med kunden antecknas uppgifter som är nödvändiga och tillräckliga med tanke på kundens service. Uppgifterna kan dokumenteras på den struktureringsnivå som bedöms vara tillräcklig i varje enskilt fall. Den strukturerade informationen kan kompletteras med fri text. Enligt de grundläggande principerna för strukturerade uppgifter görs det inte nödvändigtvis en anteckning i alla datafält vid varje kontakt med kunden. Dokumentationspraxisen kan också preciseras av varje enskild organisation och med hjälp av manualerna för data-systemen.

Datainnehållet utnyttjas vid dokumenteringen av kundens servicehändelse. Dessutom stöder användningen av enhetliga datainnehåll uppföljningen och jämförelsen av verksamheten i organisationerna samt den riksomfattande statistikföringen och forskningen.

Datainnehållet och datainsamlingen inom hälso- och sjukvården beskrivs närmare i [Vårdanmälningshandboken för hälso- och sjukvården 2023](#) (på finska).

## 2 Strukturen i en elektronisk patientjournal

Den elektroniska patientjournalens struktur består av hierarkiska informationshelheter på olika nivåer, som struktureras med hjälp av vyer och tilläggsvyer, faser i vårdprocessen och rubriker. Dessa beskrivs i den [allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter](#). (Kauvo och Virkkunen, 2022) Vid dokumentationen i samband med hälsoundersökningar för arbetslösa följs anvisningarna i den allmänna handboken.

### 2.1 Vy

Anteckningarna i den elektroniska patientjournalen grupperas i ärendehelheter med hjälp av olika vyer. En uppdaterad förteckning över vyerna har publicerats på den Nationella kodservern under [AR/YDIN - Näkymät](#) (AR/YDIN - Vyer). Flera vyer kan väljas för samma anteckning. Hälsovårdaren kan till exempel anteckna sin egen vy som huvudvy och andra nödvändiga vyer som tilläggsvyer. (Kauvo och Virkkunen, 2022) En vårdare som utför hälsoundersökningar för arbetslösa kan dokumentera anteckningarna om mottagningen och sammandragen av vårdarbetet i vyn VÅRD och som tilläggsvyer använda lämpliga specialitets- eller tjänstespecifika eller andra yrkesgruppers journalvyer, till exempel vyn ALLMED som läkaren använder eller en tjänstespecifik vy för yrkesutbildade personer, såsom vyn FYST för fysioterapeuter eller vyn ERGO som ergoterapeuter använder.

### 2.2 Fas i vårdprocessen samt rubrik

Med fas i vårdprocessen anges om dokumentationen av ett besök gäller ankomstsituationen, planeringen av vården, genomförandet av vården eller utvärderingen av den. I regel görs en anteckning i bara en fas i vårdprocessen, men vid behov kan uppgifter som hänför sig till olika faser i vårdprocessen specificeras i anteckningen. Patientdatasystemet kan ta fram vårdprocessens fas automatiskt på basis av rubrikerna (Kauvo och Virkkunen, 2022)

Texten kan grupperas i ärendehelheter med hjälp av nationella rubriker och vid behov fritt formulerade tilläggsrubriker. Förutom för strukturering kan rubrikerna också användas som sökfaktorer när man söker uppgifter som hänför sig till ett visst sammanhang. Tilläggsrubriker kan inte användas ensamma utan hänför sig alltid till en nationell rubrik. Klassifikationen av rubriker har publicerats på den nationella kodservern under namnet [AR/YDIN - Otsikot](#) (AR/YDIN - Rubriker). (Kauvo och Virkkunen, 2022)

Nedan beskrivs ett exempel på hur en hälsoundersökning för arbetslösa visas i den hierarkiska strukturen i en elektronisk patientjournal. Hälsovårdaren kan utöver den VÅRD-huvudvy som används vid behov dokumentera den ALLMED-vy som läkarna använder som tilläggsvy. Fasen i vårdprocessen beskriver den huvudsakliga fasen i vården ur kundens eller patientens synvinkel. Utöver vårdprocessens fas struktureras texten med hjälp av rubriker, till exempel rubriken Status. Det rekommenderas att rubriken Hälsoundersökning preciseras med en tilläggsrubrik som preciserar hurdan hälsoundersökning det är fråga om (Kauvo och Virkkunen, 2022). Tilläggsrubrikerna är till strukturen fri text, och den som gör anteckningen kan då fritt skriva en preciserande rubrik. Texten grupperas också med hjälp av andra rubriker. I patientjournalens innehållsanteckningar dokumenteras strukturerade uppgifter med hjälp av strukturen i fråga och i övrigt med fri text.



**Bild 2.1** Hierarkisk bild av strukturen i den elektroniska patientjournalen, som exempel används en hälsoundersökning för arbetslösa. [Redigerad bild 4.1 \(Kauvo & Virkkunen 2022\).](#)

# 3 Basuppgifter

- [3.1 Grundläggande uppgifter om kontakten](#)
- [3.2 Kundens basuppgifter](#)

## 3.1 Grundläggande uppgifter om kontakten

I de grundläggande uppgifterna om kontakten finns uppgifter om kundens eller patientens besök inom hälso- och sjukvården.

- Besökstypen anges **med koden OAA68 Hälsoundersökning av arbetslösa** i [THL - Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation) (tidigare SPAT 1395).
- Besöksorsaken kan i klassifikationen [ICPC Perusterveydenhuolto](#) (ICPC-klassifikationen av primärvården) till exempel anges med: A98 Hälsovård eller förebyggande av sjukdom eller Z06 Arbetslöshetsproblem. I [THL - Tautiluokitus ICD-10](#) (THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10): Z10.8 Rutinmässig allmän hälsokontroll av andra definierade befolkningsgrupper eller Z00.8 Andra allmänna undersökningar av person utan besvär eller utan att diagnos registrerats.
- Serviceformen anges med klassifikationen [PTHAVO – Palvelumuoto](#) (PTHAVO – Serviceform). Vid hälsoundersökningar för arbetslösa används serviceformen T24 Annan rådgivningsservice eller vid behov till exempel T58 Socialt arbete inom hälsovården (detta hänvisar till information, handledning och rådgivning, ansökningar, ordnande av tjänster samt anskaffning av ersättningar. Tillämpas bland annat av socialhandledare och socialrådgivare).
- Med kontaktsätt avses information om interaktionssättet mellan kunden eller patienten och den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården, som anges med klassifikationen [Hilmo – Yhteystapa](#) (Hilmo – Kontaktsätt).
- Med besökargrupp avses antalet kunder och yrkesutbildade personer som är närvarande i servicesituationen och händelsens integritetsgrad, som anges med klassifikationen [PTHAVO - Kävijäryhmä](#) (PTHAVO - Besökargrupp). Dessa är 1 Individuellt besök eller 2 Gruppomfattning, det vill säga en servicesituation mellan en kund och minst två yrkesutbildade personer. OBS! Gruppomfattning kan användas vid sektoröverskridande möten, där det förutom kunden även finns flera yrkesutbildade personer med.
- Yrkeskategorin för en yrkesutbildad person anges med klassifikationen [Valvira - Ammattioikeudet](#) (Valvira - Yrkesrättigheter).
- Den yrkesutbildade personens yrke, det vill säga befattningsbeskrivningen för en yrkesutbildad person inom social- och hälsovården, anges med klassifikationen [TK - Ammattiluokitus](#) (Statistikcentralen - yrkesklassificering).



## 3.2 Kundens basuppgifter

Basuppgifterna om kunden kommer i huvudsak till patientdatasystemet från befolkningsregistersystemet, men den som dokumenterar bör ändå försäkra sig om att uppgifterna stämmer. Det väsentliga är att kunden kan identifieras och vid behov kontaktas.

- Kundens namn och adress. Det är bra om den som dokumenterar uppgifterna försäkras om att de är uppdaterade. De uppdateringar av basuppgifterna som en yrkesutbildad person gör i patientdatasystemet ska alltid dokumenteras så att datum och uppgifter om den som gjort uppdateringen anges. Den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården som har uppdaterat personuppgifterna identifieras med personbeteckningen.
- Kundens civilstånd kan dokumenteras strukturerat med klassifikationen [TK - Siviilisäätty](#) (Statistikcentralen - Civilstånd).
- Basuppgifterna om kunden är vägledande information som kan genomföras i hälso- och sjukvårdens patientdatasystem enligt organisationens behov. I basuppgifterna kan man enligt behov anteckna till exempel behovet av tolk och kontaktspråket.

# 4 För- och bakgrundsuppgifter

- [4.1 Utbildning och yrke](#)
- [4.2 Arbete](#)
- [4.3 Boende](#)
- [4.4 Familj och sociala relationer](#)
- [4.5 Ekonomisk situation](#)
- [4.6 Fritid](#)
- [4.7 Släktanamnes](#)
- [4.8 Sjukdoms- och vårdhistoria](#)
- [4.9 Tidigare vaccinationer](#)
- [4.10 Medicinering](#)

I för- och bakgrundsuppgifterna antecknas de uppgifter kunden eller patienten angett i fråga om utbildning och yrke, arbets- och arbetslöshetshistoria samt konstaterad arbetsförmåga, boende, familj och sociala relationer samt den ekonomiska situationen och aktiviteter på fritiden som kan påverka kundens eller patientens jobbsökning eller sysselsättningsförmåga.

I för- och bakgrundsuppgifterna antecknas uppgifter om kundens eller patientens hälsa, långvariga sjukdomar och hälsoproblem, sjukdomar i den närmaste släkten, vaccinationer och medicinering som kunden eller patienten själv har angett eller som samlats från tidigare patientjournaler.

För- och bakgrundsuppgifterna kan också ha samlats in före hälsoundersökningen eller på en anamnesblankett som fylls i som en del av den. Om uppgifterna på anamnesblanketten inte överförs till den elektroniska patientjournalen kan de uppgifter på blanketten som är väsentliga och nödvändiga dokumenteras. För- och bakgrundsuppgifter dokumenteras under den nationella rubriken Anamnes. Förhandsuppgifterna kan struktureras närmare med tilläggsrubriker.

## 4.1 Utbildning och yrke

Uppgifter om kundens eller patientens utbildning och yrke.

Vad gäller **utbildning** dokumenteras strukturerade uppgifter om utbildningsområde med klassifikationen [Sosiaalihuolto – Koulutusala](#) (Socialvård - Utbildningsområde) och utbildningsgraden med klassifikationen [Sosiaalihuolto - Koulutusaste](#) (Socialvård - Utbildningsnivå). Tilläggsuppgifter om kundens eller patientens utbildnings- och studiehistoria eller examina och uppgifter om anpassning eller avbrytande av utbildningen kan antecknas fritt i punkten **tilläggsuppgifter om utbildningen**. Det är viktigt att anteckna de utbildnings- och studieuppgifter som påverkar bedömningen av kundens eller patientens behov av rehabiliteringstjänster eller planeringen av övriga sysselsättningsfrämjande tjänster för kunden eller patienten. Till exempel kan man i tilläggsuppgifterna anteckna om man med kunden eller patienten har diskuterat studieframgångarna och eventuella utmaningar i lärandet eller orsakerna till att studierna avbrutits eller om kunden eller patienten har genomgått neuropsykologiska test.

Vad gäller **yrke** dokumenteras på ett strukturerat sätt uppgifter om det senaste yrket eller den senaste arbetsuppgiften eller den yrkesuppgift personen sökt med klassifikationen [TK - Ammattiluokitus](#) (Statistikcentralen - yrkesklassificering). Uppgifter om kundens eller patientens senaste yrken eller arbetsuppgifter kan i nödvändig

omfattning dokumenteras med fri text under punkten **tilläggsuppgifter om yrket**. Vid bedömningen av kundens eller patientens arbetsförmåga och sysselsättningsförmåga är det väsentligt att veta i vilket yrke och i vilka arbetsuppgifter personen har arbetat och vilket yrke eller vilken uppgift personen söker sig till eller vilken bransch personen är intresserad av. Dessutom kan man anteckna uppgifter om kundens eller patientens erfarenheter av tidigare arbetsuppgifter och deras meningsfullhet.

## 4.2 Arbete

Uppgifter om kundens eller patientens arbetssituation, arbetshistoria, senaste anställningsförhållande, arbetslöshetens varaktighet och upprepning. Utöver uppgifter om det senaste arbetet kan man anteckna uppgifter om nuvarande tjänster som stöder arbetsförmågan samt om eventuella bedömningar av hur personen klarar sig i arbetet. Tjänster som stöder arbetsförmågan kan vara till exempel arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, arbetsträning och yrkesinriktad rehabilitering.

I **arbetshistorien** antecknas i nödvändig omfattning uppgifter om kundens eller patientens arbetshistoria och tidigare anställningsförhållanden. I punkten för **senaste arbete** anges med fri text uppgifter om kundens eller patientens senaste arbetsuppgift, arbetsprövning eller arbetspraktik. Vid behov kan man ange uppgifter om bedömningar av hur personen klarar sig i arbetet, till exempel information om respons vid utvärderingen av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte eller arbetsprövning, så att den vid behov kan utnyttjas vid bedömningen av arbets- och funktionsförmågan. Strukturerat dokumenteras med koden [AR/YDIN - Kyllä/EI/Ei tietoa](#) (Ja/ Nej/ Ingen information) uppgifter om huruvida kunden eller patienten hör till arbetskraften och närmare information om kundens eller patientens arbetssituation eller ställning på arbetsmarknaden med klassifikationen [THL - Työvoimaan kuuluminen](#) (THL - Arbetskraftstillhörighet). Som datum dokumenteras **startdatumet** med anknytning till kundens eller patientens ställning på arbetsmarknaden och den dag personen själv angett att **arbetslösheten, permitteringen eller sjukfrånvaron inletts**. De uppgifter om **arbetslöshetens varaktighet** som kunden eller patienten själv har angett eller som fåtts från den remitterande instansen dokumenteras med fri text precis som tilläggsuppgifter om sådana **orsaker till kundens eller patientens arbetslöshet** som kan påverka servicebehovet vad gäller stöd för arbetsförmågan. I den fria texten kan man också ange uppgifter om tidigare orsaker till arbetsförmågan och dess varaktighet, rehabilitering, pensionsansökningar eller utlåtanden i anslutning till dessa som har ett samband med att arbetslösheten drar ut på tiden. Dessutom kan man anteckna uppgifter om kundens eller patientens stödåtgärder för arbetsförmågan, såsom ändringar i arbetsbeskrivningen eller uppföljning inom företagshälsovården.

Om uppgifter finns tillgängliga bör tidigare **orsaker till arbetsförmågan** som har betydelse för arbetsförmågan dokumenteras strukturerat antingen med klassifikationen [Tautiluokitus ICD-10](#) (Klassifikation av sjukdomar ICD-10) eller alternativt med klassifikationen [Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus](#) (Kommunförbundet - Klassifikation av primärvården). En sjukdom, en skada, en funktionsnedsättning, en skadlig effekt av ett kemiskt ämne, en skadlig effekt av en behandling, en incident eller ett hälsoproblem som orsakat kundens eller patientens arbetsförmåga kan dokumenteras med klassifikationen ICD-10 och ett hälsoproblem eller annan orsak som orsakat arbetsförmågan kan också anges med klassifikationen ICPC-2. Som **startdatum för arbetsförmågan** anges det datum då kundens eller patientens arbetsförmåga började. Som **slutdatum för arbetsförmågan** anges det datum då kundens eller patientens arbetsförmåga upphörde. Om de exakta datumen inte är kända kan uppgiften antecknas med en månads eller ett års noggrannhet.

## 4.3 Boende

Uppgifter om boendet dokumenteras med fri text under punkten **tilläggsuppgifter om kundens eller patientens boende**. I anslutning till boendet antecknas sådana uppgifter som kan påverka sysselsättningen eller

sysselsättningsförmågan, till exempel om personen har en stadigvarande bostad eller andra servicebehov i anslutning till boendet. Med klassifikationen THL – **Asumismuoto** (Boendeform) \* kan man strukturerat dokumentera uppgifter om kundens eller patientens boendeform.

\* Utarbetandet av klassificeringen pågår fortfarande. Klassificeringen läggs till i datainnehållet när den är klar.

## 4.4 Familj och sociala relationer

Uppgifter om det sociala stödnätverket och den sociala livssituationen dokumenteras om de påverkar kundens eller patientens välfärd och hälsa, jobbsökning och sysselsättningsförmåga eller behovet av andra tjänster. I samband med **anamnesen för sociala relationer som påverkar hälsan** dokumenteras uppgifter om sociala relationer och sociala situationer som påverkar kundens eller patientens hälsa, jobbsökning och sysselsättningsförmåga. Vid behov antecknas uppgifter om kundens behov av socialhandledning eller socialservice.

Vad gäller **socialt stödnätverk** kan man fritt dokumentera uppgifter om kundens eller patientens människorelationer och antalet minderåriga barn samt det sociala stödnätverket eller avsaknaden av ett sådant. Till exempel information om huruvida kunden eller patienten har familj, håller kontakt med barn som flyttat hemifrån, om kunden eller patienten har vänner och ett socialt liv utanför hemmet. I fråga om **upplevelsen av ensamhet** kan man vid behov fritt dokumentera uppgifter om kundens eller patientens upplevelse av ensamhet. Samtidigt antecknas uppgifter om kundens behov av social handledning eller andra tjänster inom socialt stöd som välfärdsområdet, kommunen eller organisationer erbjuder. I punkten **Särskilt att beakta i de sociala relationerna** kan man vid behov fritt anteckna sådant som särskilt behöver observeras, till exempel information om huruvida patienten eller kunden sköter om sina föräldrar eller om det finns behov av att utreda kundens eller patientens minderåriga barns angelägenheter närmare tillsammans med kunden. Man kan också anteckna om barnrådgivningen eller skolhälsovårdaren behöver kontaktas. Vad gäller den **sociala situationen** kan man fritt dokumentera uppgifter om kundens eller patientens socioekonomiska situation och sociala livssituation, särskilt om den påverkar jobbsökningen eller sysselsättningsförmågan. Den socioekonomiska situationen beskrivs till exempel av arbetsmarknadssituationen – arbetslös, uppsagd och permitterad.

## 4.5 Ekonomisk situation

Kundens ekonomiska situation förs på tal. En eventuell kundrelation inom utkomststödet och uppgifter om skuldsanering antecknas, om dessa påverkar jobbsökningen eller sysselsättningsförmågan.

I punkten **huvudsaklig utkomst** antecknas med klassifikationen [Sosiaalihuolto - Asiakkaan tulon laji](#) (Socialvård - Klientens inkomstslag) information om var kunden eller patienten får sin huvudsakliga utkomst. Informationen kan påverka kundavgifterna, om välfärdsområdet har fattat beslut om att inte ta ut kundavgifter av kunder inom utkomststödet. I punkten om **kundens ekonomiska svårigheter** dokumenteras information om huruvida kunden eller patienten har ekonomiska svårigheter och på grund av detta behöver till exempel utkomststöd, social kreditgivning eller skuldrådgivning. Dessutom görs och dokumenteras en hänvisning till tjänster enligt behov. I punkten **Tilläggsuppgifter om den ekonomiska situationen** kan man med fri text anteckna tilläggsuppgifter om kundens eller patientens ekonomiska situation.

Obs! Om kunden eller patienten är kund inom utkomststödet och välfärdsområdet har fattat beslut om att sänka eller eftersänka avgifterna för kunder som får utkomststöd, är det bra att ge kunden eller patienten en anvisning om detta. Välfärdsområdet ska sänka eller eftersänka den inkomstrelaterade avgiften för hälso- och sjukvård om avgiften äventyrar kundens eller kundens familjs utkomst eller förmågan att sörja för den lagstadgade underhållsskyldigheten. Avgiften sänks eller eftersänks primärt innan utkomststöd beviljas. [SHM:s styrbrev 31.3.2021](#)

## 4.6 Fritid

Aktiviteter på fritiden som stöder hälsan och välfärden och som kan ha betydelse för jobsökningen eller sysselsättningsförmågan kan antecknas med fri text i punkten **Hobbyer och fritidsaktiviteter**. Man kan också dokumentera om kunden eller patienten har varit tvungen att avstå från någon hobby som är viktig för personen i fråga och om så är fallet, om kunden eller patienten anser att orsaken till detta är till exempel det fysiska eller psykiska hälsotillståndet, den ekonomiska situationen eller sociala relationer.

## 4.7 Släktanamnes

Vad gäller släktanamnesen, det vill säga ärftliga faktorer, dokumenteras uppgifter om faktorer med anknytning till kundens eller patientens arvsanlag och som påverkar hälsan. I punkten **Sjukdomar i den närmaste släkten** antecknas fritt vilka sjukdomar som finns i den närmaste släkten och som ska beaktas i uppföljningen av kundens eller patientens hälsa.

## 4.8 Sjukdoms- och vårdhistoria

Uppgifter om tidigare konstaterade sjukdomar och symtom antecknas i sjukdoms- och vårdhistoriken. Uppgifter om konstaterade **långvariga sjukdomar eller hälsoproblem** dokumenteras strukturerat med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/ Nej/ Ingen information). Uppgifter om kundens eller patientens **sjukdom eller hälsoproblem som påverkar jobsökningen eller sysselsättningsförmågan** dokumenteras med fri text. Samtidigt antecknas uppgifter om huruvida sjukdomen eller symtomet har konstaterats av personen själv eller av en läkare och huruvida det för närvarande medför olägenheter eller begränsningar. Dessutom kan man dokumentera information om den vårdande instansen eller vårdkontakten och vid behov precisera orsaken till att vården avslutats eller avbrutits.

Informationen om kundens eller patientens hälsoproblem dokumenteras med nomenklaturen [THL/SNOMED CT - Terveysongelmat ja kontaktien syyt](#) (THL/SNOMED CT - Hälsoproblem och orsaker till kontakt). Information om vilka kontinuerliga eller upprepade symtom kunden eller patienten har dokumenteras med klassifikationen [THL - Tautiluokitus ICD-10](#) (THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10) eller [Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus](#) (Kommunförbundet - ICPC Klassifikation av primärvården). Uppgifter om **kundens eller patientens kontinuerliga och upprepade symtom och förändringar i hälsotillståndet** kan antecknas i fri text i tilläggsuppgifterna, särskilt om de påverkar jobsökningen eller sysselsättningsförmågan.

Uppgifter om allergier som påverkar jobsökningen eller sysselsättningsförmågan kan dokumenteras med koden [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/ Nej/ Ingen information). Uppgifterna kompletteras med fri text om det ämne eller de exponeringsfaktorer som orsakar allergi och hur sysselsättningen påverkas samt hur allergenen har konstaterats, om den har konstaterats av kunden själv och om kunden har symtom eller inte. Dessutom kan man anteckna om det har förekommit exponeringsfaktorer, såsom buller/damm/asbest/nattarbete, i arbetet och om personen med anledning av detta har genomgått periodiska undersökningar inom företagshälsovården. Vid behov kan en läkare ta ställning till ytterligare utredningar.

## 4.9 Tidigare vaccinationer

Uppgifter om tidigare vaccinationer dokumenteras enligt den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter: [15 Förebyggande vård och vaccinationer](#). Obs! Uppgifter om vaccinationer dokumenteras i strukturerad form i samband med administreringsanteckningen, antingen i en vy i den fortlöpande patientjournalen under rubriken Förebyggande vård (prevention) eller i vyn Vaccinationer (VACC).

## 4.10 Medicinering

Kundens eller patientens medicinering eller behov av medicinering. Innan den riksomfattande medicineringslistan införs (i slutet av 2024) dokumenteras strukturerade läkemedelsanteckningar i patientdatasystemets medicineringsmodul (LÄK-vyn). Aktuell medicinering dokumenteras (som text) i MEDIC-vyn och den visas också för medborgaren i Mina Kanta-tjänsterna. Vyn för aktuell medicinering (MEDIC) kan uppdateras eller granskas i samband med besök inom den öppna vården. En sjukskötare kan kontrollera att patientens medicineringslista är uppdaterad när sjukskötaren utreder vilka läkemedel patienten använder. Den slutliga bedömningen av ändamålsenlig medicinering för patienten görs alltid av en läkare. Läs mer i den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter: [14 Läkemedelsbehandling](#).

Uppgifter om den **medicinering som ordinerats** kunden eller patienten dokumenteras med fri text. Uppgifter om **egenvårdsläkemedel** eller naturläkemedel som kunden eller patienten använder dokumenteras med fri text.

# 5 Levnadsvanor som påverkar hälsan

- [5.1 Kostvanor](#)
- [5.2 Sömn och sömnvanor](#)
- [5.3 Motionsvanor](#)
- [5.4 Användning av tobaksprodukter](#)
- [5.5 Användning av alkohol och droger](#)
- [5.6 Medieanvändning](#)
- [5.7 Mun- och tandhälsa](#)

Uppgifter om faktorer som påverkar hälsan beskriver personens levnadsvanor, såsom kost, sömn, vila och motion samt eventuella beroenden, till exempel användning av alkohol och droger. Levnadsvanor som påverkar hälsan dokumenteras under den nationella rubriken Hälsopåverkande faktorer. Under rubriken Hälsopåverkande faktorer kan även andra uppgifter än de som beskrivs här dokumenteras med fri text, såsom exempelvis observationer som berör den sexuella och reproduktiva hälsan eller andra beroenden, såsom spelproblem.

## 5.1 Kostvanor

I punkten **Måltider som intas dagligen eller nästan dagligen** dokumenteras strukturerat med klassifikationen **Syödyt ateriat päivittäin tai lähes päivittäin** (Måltider som intas dagligen eller nästan dagligen) \* information om vilka måltider kunden eller patienten äter dagligen eller nästan dagligen. Gällande **kosten** dokumenteras strukturerat med klassifikationen [THL - Erytyisruokavalion tyyppi](#) (THL - Typ av specialkost) information om vilken specialdiet kunden eller patienten har. I punkten **Tilläggsuppgifter om kosten** kan man med fri text anteckna preciserande tilläggsuppgifter om specialkosten.

I punkten **Hälsorådgivning om kost** antecknas uppgifter om den kostrådgivning som kunden eller patienten får eller har fått. **I ämnet för rådgivning** dokumenteras med [THL-Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation) ämnet för den rådgivning eller handledning som ska ges eller har getts. Använd endast koder mellan: OAB00–OAB99 (Handledning och rådgivning) och R2000–R2999 (Handledning som stöder rehabilitering). Med klassifikationen **Neuvontatapa** (rådgivningsätt) \* dokumenteras strukturerat information om på vilket sätt rådgivning eller handledning ska ges eller har getts till kunden eller patienten. Sätten är möte, telefonsamtal, distansförbindelse, skriftliga anvisningar, mobila enheter, applikation för egenvård, annat. I punkten **Rådgivning som getts** kan man med fri text ange en beskrivning av den kostrådgivning eller -handledning som kunden eller patienten får eller har fått. Under punkten **Tilläggsuppgifter om kost och kostvanor** kan man med fri text ge tilläggsuppgifter om kundens eller patientens kostvanor och kost. Obs. I tilläggsuppgifterna kan man vid behov också beskriva familjemedlemmarnas kostvanor.

## 5.2 Sömn och sömnvanor

Vad gäller **tillräcklig sömn** dokumenteras strukturerat med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) information om huruvida kunden eller patienten själv upplever sig sova tillräckligt eller inte. I **tilläggsuppgifterna** dokumenteras kundens eller patientens sömn- och vilovanor samt dygnsrytmen med fri text. Ämnet för den **rådgivning** eller handledning som ska ges eller har getts vad gäller hälsorådgivning om sömn och vila dokumenteras med [THL-Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation). Använd

endast koder mellan: OAB00–OAB99 (Handledning och rådgivning) och R2000–R2999 (Handledning som stöder rehabilitering). Med klassifikationen **Neuvontatapa** (rådgivningssätt)\* dokumenteras strukturerad information om på vilket sätt rådgivning eller handledning ska ges eller har getts till kunden eller patienten. I **tilläggsuppgifterna** kan med fri text anges en beskrivning av den rådgivning eller handledning som kunden eller patienten har getts eller som ska ges om sömn och vila.

### 5.3 Motionsvanor

I fråga om **motionsvanor** antecknas den genomsnittliga mängden lätt motion (vardags-/nyttomotion) som kunden eller patienten utövar i timmar per vecka, mängden rask motion i timmar per vecka i genomsnitt, antalet muskelkonditions- och rörelsekontrollövningar i timmar per vecka i genomsnitt och uppgifter om hur många timmar kunden eller patienten i genomsnitt sitter under ett dygn på fritiden. Tilläggsuppgifter om kundens eller patientens egna eller vid behov hela familjens motionsvanor kan dokumenteras med fri text.

Vad gäller rådgivning kring motionsvanor som kunden eller patienten har getts eller ska ges i anslutning till sin egen eller hela familjens motion dokumenteras med [THL-Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation) **ämnet för den rådgivning eller handledning som getts eller ska ges**. Använd endast koder mellan: OAB00–OAB99 (Handledning och rådgivning) och R2000–R2999 (Handledning som stöder rehabilitering). Med klassifikationen **Neuvontatapa** (Rådgivningssätt)\* dokumenteras information om på vilket sätt rådgivning eller handledning ska ges eller har getts till kunden eller patienten. Dessutom dokumenteras med fri text en beskrivning av den rådgivning eller handledning som kunden eller patienten har getts eller ska ges.

### 5.4 Användning av tobaksprodukter

**Det kunden själv uppger om tobaksrökning** eller exponering för sådan dokumenteras strukturerat med klassifikationen [AR/YDIN – Tupakointistatus](#) (AR/YDIN - Rökningssstatus). Tobaksberoende kan dessutom beskrivas med **Fagerströms test för nikotinberoende**, varvid uppgifter om att kunden eller patienten gjort Fagerströms test för nikotinberoende som består av två frågor och om resultaten av testet dokumenteras. Uppgifter om vilka tobaksprodukter anteckningen gäller dokumenteras strukturerat med klassifikationen [THL – Tupakkatuote](#) (THL - Tobaksprodukt). Vid behov dokumenteras **med fri text** tilläggsuppgifter om tobaksprodukten.

Vad gäller information om den hälsorådgivning eller handledning som kunden eller patienten har getts eller ska ges om att sluta använda tobaksprodukter dokumenteras **ämnet för rådgivningen** med [THL-Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation). Använd endast koder mellan: OAB00–OAB99 (Handledning och rådgivning) och R2000–R2999 (Handledning som stöder rehabilitering). Med klassifikationen **Neuvontatapa** (Rådgivningssätt)\* dokumenteras information om på vilket sätt rådgivning eller handledning ska ges eller har getts till kunden eller patienten. Dessutom dokumenteras med fri text en beskrivning av den rådgivning eller handledning om tobaksrökning som kunden eller patienten har getts eller ska ges.

### 5.5 Användning av alkohol och droger

Uppgifter om användning av alkohol och droger dokumenteras med informationshelheten **Berusningsmedelspecifik användning**. Med klassifikationen [Pompidou - Päihdeluokitus](#) (Pompidou – Rusmedel) kan man strukturerat dokumentera information om användningen av det rusmedel som anteckningen gäller, till exempel alkohol eller användning av narkotika och läkemedel. Med klassifikationen Päihdestatus (Rusmedelsstatus)\* dokumenteras strukturerat information om huruvida kunden eller patienten använder eller har använt rusmedel. Man kan också med fri text dokumentera tilläggsuppgifter om det rusmedel anteckningen gäller eller dokumentera en fritt formulerad beskrivning av kundens eller patientens användning av alkohol och droger. Alkoholkonsumtionen kartläggs med ett AUDIT-C-test med tre frågor eller ett AUDIT-test med tio frågor. Testet om kundens



eller patientens alkoholkonsumtion och resultaten av testet dokumenteras med informationshelheten **Test-sammandrag**.

Information om kundens eller patientens rusmedelsberoende dokumenteras med informationshelheten **Bedömning av beroende**. Med klassifikationen Riippuvuuden kohde (Föremål för beroende) \* kan man strukturerat dokumentera information om vilket rusmedel som orsakar beroende hos kunden eller patienten. Dessutom kan man dokumentera en fritt formulerad beskrivning av kundens eller patientens rusmedelsberoende. Med klassifikationen **Riippuvuuden aste** (Grad av beroende) \* dokumenteras graden av kundens eller patientens rusmedelsberoende i strukturerad form separat enligt personens egen bedömning och en yrkesutbildad persons bedömning. Skala för att bedöma graden av beroende är icke-beroende, lindrigt beroende, medelsvårt beroende, svårt beroende.

I informationen om **rådgivning eller handledning om användning av alkohol och droger** som kunden eller patienten har fått eller ska få dokumenteras med klassifikationen [THL-Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation) **ämnet för rådgivningen**. Använd endast koder mellan: OAB00–OAB99 (Handledning och rådgivning) och R2000–R2999 (Handledning som stöder rehabilitering). Med klassifikationen **Neuvontatapa** (Rådgivnings-sätt)\* dokumenteras information om på vilket sätt rådgivning eller handledning ska ges eller har getts till kunden eller patienten. Dessutom dokumenteras med fri text en beskrivning av den rådgivning eller handledning som kunden eller patienten har fått eller ska få.

## 5.6 Medieanvändning

Bedömningen av kundens eller patientens **medieberoende** dokumenteras med informationshelheten Bedömning av beroende. Med klassifikationen Riippuvuuden kohde (Föremål för beroende) \* kan man strukturerat dokumentera information om vilket medium som orsakar beroende hos kunden eller patienten. Dessutom kan man dokumentera en fritt formulerad beskrivning av medieberoendet. Med klassifikationen Riippuvuuden aste (Grad av beroende) \* kan graden av kundens eller patientens medieberoende dokumenteras i strukturerad form separat enligt personens egen bedömning och enligt en yrkesutbildad persons bedömning. Skala för att bedöma graden av beroende är icke-beroende, lindrigt beroende, medelsvårt beroende, svårt beroende.

Uppgifter om **hälsorådgivning som getts om medieberoende** dokumenteras med informationshelheten Rådgivning och handledning. Ämnet för den rådgivning eller handledning som ska ges eller har getts dokumenteras strukturerat med klassifikationen [THL-Toimenpideluokitus](#) (THL - Åtgärdsklassifikation). Med klassifikationen **Neuvontatapa** (Rådgivnings-sätt)\* dokumenteras information om på vilket sätt rådgivning eller handledning ska ges eller har getts till kunden eller patienten. Dessutom kan man i tilläggsuppgifterna med fri text dokumentera en beskrivning av den rådgivning eller handledning kring beroende som kunden eller patienten har fått eller ska få.

## 5.7 Mun- och tandhälsa

Behovet av tjänster inom mun- och tandvården och uppgifter om ordnandet av tjänsterna dokumenteras strukturerat. Vad gäller **tidpunkten för den senaste hälsoundersökningen av munnen** antecknas uppgifter om när kunden eller patienten senast har besökt en munhygienist eller tandläkare. Obs! Uppgiften kan antecknas med ett års noggrannhet. Dessutom dokumenteras information om huruvida kunden eller patienten är i **behov av en hälsoundersökning av munnen**.

\* Utarbetandet av klassificeringen pågår fortfarande. Klassificeringen läggs till i datainnehållet när den är klar.

## 6 Status

- [6.1 Diagnoser som konstaterats under besöket](#)
- [6.2 Fysiologiska mätningar](#)
- [6.3 Somatiskt tillstånd](#)
- [6.4 Psykiskt tillstånd](#)

Status innehåller uppgifter om kundens eller patientens nuläge. Uppgifterna antecknas under den nationella rubriken Status.

### 6.1 Diagnoser som konstaterats under besöket

Den orsak kunden eller patienten själv har angett till att ta kontakt och anlita tjänsterna dokumenteras med fri text under rubriken Ankomstorsak. Orsaken till vårdkontakt som bedöms av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenteras alltid strukturerat antingen med ICD-10- eller ICPC-klassifikationen, antingen som diagnos (läkare) eller besöksorsak (övriga yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården). Diagnoser och besöksorsaker dokumenteras med samma datastruktur och deras innehåll har beskrivits i samma specifikation av information [Tietosisältö - Diagnosit](#) (Informationsinnehåll - Diagnoser). Läs mer i den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter: [9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser](#).

### 6.2 Fysiologiska mätningar

Fysiologiska mätresultat beskriver de klinisk-fysiologiska fynden hos en person. Alla fysiologiska mätningar dokumenteras strukturerat enligt [klassifikationen FinLOINC](#) (FinLOINC - Fysiologiska mätningar). De vanligaste uppgifterna som antecknas vid en hälsoundersökning för arbetslösa är grundläggande mätningar, såsom längd, vikt, midjemått, blodtryck, puls och PEF-mätning samt hörsel och synförmåga. Dessutom kan även andra fysiologiska mätningar antecknas. Läs mer i den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter: [12 Undersökningar och mätningar](#).

### 6.3 Somatiskt tillstånd

Anteckningar om kundens eller patientens somatiska tillstånd och hälsa kan gälla huden, stöd- och rörelseorganen, hjärtat och cirkulationsorganen, andningsorganen, matsmältningsorganen, urogenitalorganen, nerverna och sinnesorganen eller annan somatisk status. Uppgifter om att något avvikande har konstaterats i undersökningen av kunden eller patienten eller huruvida fyndet är normalt dokumenteras med koden [Mittaus-tai tutkimustuloksen poikkeavuus](#) (Avvikelse i mät- eller undersökningsresultat).

### 6.4 Psykiskt tillstånd

Anteckningar om kundens eller patientens psykiska tillstånd och hälsa kan gälla stress, humör, ångest eller annan psykisk status. Uppgifter om kundens eller patientens upplevda stress och sinnesstämning kan dokumenteras med fri text. Uppgifter om huruvida kunden eller patienten under den senaste månaden ofta har känt

nedstämdhet, depression eller hopplöshet dokumenteras strukturerat med [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/ Nej/ Ingen information). Uppgifter om huruvida kunden eller patienten under den senaste månaden ofta har känt brist på intresse eller likgiltighet dokumenteras strukturerat med [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/ Nej/ Ingen information). Uppgifter om kundens eller patientens övriga psykiska status dokumenteras med koden [Mittaus- tai tutkimustuloksen poikkeavuus](#) (Avvikelse i mät- eller undersökningsresultat). Tilläggsuppgifter om kundens eller patientens övriga psykiska status, såsom till exempel smärta eller paniksymtom, dokumenteras med fri text. Dessutom dokumenteras fritt formulerat uppgifter om hur den psykiska statusen har konstaterats, om den har konstaterats av kunden själv och om kunden har symtom eller inte.

# 7 Arbets- och funktionsförmåga

- [7.1 Främjande av arbets- och funktionsförmågan](#)
- [7.2 Rehabilitering](#)

Uppgifterna om arbets- och funktionsförmågan beskriver kundens eller patientens kroppsfunktioner och förmåga att klara sig och delta i verksamhetsmiljön samt personens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktionsförmåga. Informationen består av både objektiva fynd och observationer och kundens eller patientens egna erfarenheter. Åtgärder för att främja arbets- och funktionsförmågan antecknas under den nationella rubriken Funktionsförmåga.

## 7.1 Främjande av arbets- och funktionsförmågan

Kundens eller patientens arbets- och funktionsförmåga bedöms i förhållande till kraven i ett tidigare arbete eller i det arbete eller den utbildning personen eftersträvar eller i kundens eller patientens övriga verksamhetsmiljö, till exempel arbetsprövning eller arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte. Arbetsförmågan hos en kund som varit arbetslös länge kan också bedömas i förhållande till ett annat arbete som med beaktande av kundens utbildning, yrkesskicklighet och arbetshistoria kan anses vara ett vanligt eller jämförbart arbete. Uppgifterna om kartläggningen, bedömningen och främjandet av kundens eller patientens arbets- och funktionsförmåga dokumenteras.

**Kundens egen bedömning av sin arbetsförmåga och förmåga att klara sig i arbetet:** man dokumenterar uppgifter om kundens eller patientens bedömning av sin arbetsförmåga samt faktorer som förhindrar och främjar möjligheterna att klara sig i arbetet, återvända till arbetet och få ett arbete.

- **Arbetsförmågan nu jämfört med den bästa under personens livstid (poäng för arbetsförmågan):** man dokumenterar uppgifter om de poäng som kunden eller patienten har gett sin nuvarande arbetsförmåga. Obs! Poängen för arbetsförmågan kan vara helt arbetsoförmögen 0 – bästa möjliga arbetsförmåga 10.
- **Arbete i det nuvarande yrket om två år:** man dokumenterar uppgifter om huruvida kunden eller patienten bedömer sig kunna arbeta i sitt nuvarande yrke om två år. Obs! Alternativen är: 1 = klarar sig fullständigt, 2 = klarar sig delvis, 3 = klarar sig inte.
- **Hälsotillståndet påverkar jobsökningen:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) - (Ja/ Nej/ Ingen information) dokumenteras uppgifter om huruvida kunden eller patienten själv anser att hälsotillståndet påverkar jobsökningen.
- **Tilläggsuppgifter om hälsotillståndets inverkan på jobsökningen:** tilläggsuppgifter om hur kundens eller patientens hälsotillstånd påverkar jobsökningen dokumenteras med fri text. Obs! Jobsökning inbegriper det yrke, den arbetsuppgift eller den utbildning som söks. Man kan med fri text anteckna kundens egen syn på vilka möjligheter hen har att fortsätta i arbetslivet och hur kunden ser på sin nuvarande arbetsförmåga. Man kan beskriva hur utmaningarna i funktionsförmågan syns i vardagen, hemma eller i sociala situationer och om de utgörs av fysiska eller psykosociala utmaningar.

**Den yrkesutbildade personens bedömning av kundens arbetsförmåga och förmåga att klara sig i arbetet:** man dokumenterar uppgifter om den yrkesutbildade personens bedömning av kundens eller patientens arbetsförmåga samt faktorer som förhindrar och främjar möjligheterna att klara sig i arbetet, återvända till arbetet och få ett arbete.

- **Observationer om att klara sig i arbetet:** man dokumenterar med fri text den yrkesutbildade personens observationer om hur kunden eller patienten klarar sig i arbetet eller i arbetsliknande uppgifter, till exempel arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte eller arbetsverksamhet och utlåtanden om dessa.
- **Slutsats om förmågan att klara sig i arbetet:** man dokumenterar den yrkesutbildade personens bedömning av hur kunden eller patienten klarar sig i arbetet eller i arbetsliknande uppgifter. Obs! Alternativen är: 1 = klarar sig fullständigt, 2 = klarar sig delvis, 3 = klarar sig inte.
- **Bedömning av den nuvarande arbetsförmågan:** den yrkesutbildade personens bedömning av kundens eller patientens nuvarande arbetsförmåga dokumenteras med fri text. Uppgifterna kan också basera sig på information som producerats med olika mätare av arbets- och funktionsförmågan. Det rekommenderas att man vid rapporteringen av mätresultaten lägger till information om vilken mätare som använts och en slutsats om resultaten.

**Sjukdomar som påverkar arbets- och funktionsförmågan:** uppgifter om sjukdomar som för närvarande påverkar kundens eller patientens arbets- och funktionsförmåga dokumenteras.

- **Orsaker till arbetsförmåga (ICD-10):** med klassifikationen [THL - Tautiluokitus ICD-10](#) (Klassifikation av sjukdomar ICD-10) dokumenteras uppgifter om vilken sjukdom, skada, funktionsnedsättning, skadeverkan av ett kemiskt ämne, skadeverkan av en behandling (incident) eller hälsoproblem som orsakat kundens eller patientens arbetsförmåga. Obs! Alternativ: en ICPC-2-kod.
- **Orsaker till arbetsförmåga (ICPC-2):** med klassifikationen [Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus](#) (Kommunförbundet - ICPC Klassifikation av primärvården) dokumenteras uppgifter om vilket hälsoproblem eller vilken annan orsak som orsakat kundens eller patientens arbetsförmåga. Obs! Alternativ: en ICD-10-kod.
- **Startdatum för arbetsförmågan:** det datum då kundens eller patientens arbetsförmåga började.
- **Slutdatum för arbetsförmågan:** det datum då kundens eller patientens arbetsförmåga upphörde.
- **Egenvård av sjukdomar:** uppgifter om egenvård av kundens eller patientens sjukdomar dokumenteras med fri text.

## 7.2 Rehabilitering

Information om kundens eller patientens tidigare rehabiliteringsåtgärder, behovet av sådana eller överenskomna planer dokumenteras. Uppgifterna sparas i Patientdataarkivet under den mest lämpliga rubriken, till exempel Plan eller Mellanbedömning.

**Bedömning av rehabiliteringsbehov:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) dokumenteras information om huruvida en bedömning av rehabiliteringsbehovet har gjorts för kunden eller patienten.

- **Sektorsövergripande stöd för sysselsättningen:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) dokumenteras information om huruvida man med kunden eller patienten avtalat om eller gjort en plan för sektorsövergripande stöd för sysselsättningen.
- **Långvarig uppföljning/långvarigt stöd inom rehabiliteringen:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) dokumenteras information om huruvida man för kunden eller patienten ordnar långvarig uppföljning eller långvarigt stöd inom rehabiliteringen.
- **Samordning av tjänster och förmåner:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) dokumenteras information om huruvida man har samordnat kundens eller patientens tjänster och förmåner.

- **Plan för stödet för arbetsförmågan:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) dokumenteras information om huruvida det har utarbetats en plan för stödet för kundens eller patientens arbetsförmåga.

**En rehabiliteringsplan har antecknats i kundens vårdplan:** med klassifikationen [AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa](#) (Ja/Nej/Ingen information) dokumenteras information om huruvida en rehabiliteringsplan har antecknats i kundens vårdplan.

**Nätverkssamarbete:** information om det nätverkssamarbete som kundens eller patientens tjänster eller vård förutsätter och vad som avtalats kring detta dokumenteras med fri text.

# 8 Fortsatt plan

Information om planerad fortsatt vård av eller fortsatta åtgärder för kunden eller patienten efter servicehändelsen.

## 8.1 Fortsatt vård

Åtgärder för fortsatt vård som överenskommit med kunden eller patienten dokumenteras med klassifikationen [Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus \(SPAT\)](#) (Funktionsklassificering inom den öppna primärvården [SPAT]).

- SPAT 1334 Ingen plan för fortsatt vård. Ingen plan för fortsatt vård upprättades utifrån denna kontakt, kunden tar kontakt vid behov.
- SPAT 1335 Annan planering och ordnande av fortsatt vård eller behandling.
- SPAT 1336 Undersökningsremiss.
- SPAT 1340 Hänvisning till andra yrkesgrupper än läkare. Till exempel en psykiatrisk sjukskötare eller fysioterapeut.
- SPAT 1341 Hänvisning till läkare eller tandläkare.
- SPAT 1342 Remiss till specialistsjukvård. Till exempel begäran om konsultation.
- SPAT 1343 Remiss till privat undersökning eller vård inkl. servicesedel.
- SPAT 1344 Hänvisning till missbrukarservice.
- SPAT 1345 Hänvisning till medicinsk rehabilitering.
- SPAT 1346 Hänvisning till yrkesinriktad rehabilitering.

Vårdplaneringshandboken för hälso- och sjukvården 2023 [Liite 4 Tiedot jatkohoidosta](#) (Bilaga 4 Uppgifter om fortsatt vård).

## 8.2 Plan inför följande besök

Information om planen för följande besök antecknas med klassifikationen [Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus \(SPAT\)](#) (Funktionsklassificering inom den öppna primärvården [SPAT]).

- SPAT 1339 Ny mottagningstid.
- SPAT 1337 Avtal om telefontid.
- SPAT 1338 Avtal om elektronisk kontakt.

### 8.3 Rehabiliteringsplan och fortsatta åtgärder

Rehabiliteringsplanen eller fortsatta åtgärder antecknas i kundens eller patientens [hälso- och vårdplan](#). Om uppgifterna inte har antecknats i hälso- och vårdplanen kan de dokumenteras med fri text under rubriken Plan. Under rubriken kan man också anteckna till exempel vilka remisser som skickats utanför social- och hälsovården, såsom hänvisning till optiker, motionsrådgivning eller motionsrecept, och handledningsmaterial som kunden fått. Under rubriken kan man anteckna uppgifter om vad man har kommit överens om med kunden eller patienten i fråga om sektorsövergripande nätverksarbete eller om det är nödvändigt att göra en sektorsövergripande bedömning av servicebehovet tillsammans med kunden (till exempel TYP Sektorsövergripande samservice som främjar sysselsättningen). Dessutom antecknas information om när och hurdan respons om hälsan och arbetsförmågan som getts till den remitterande instansen. Om kunden är kund inom den sektorsövergripande samservicen som främjar sysselsättningen, kan responsen gällande planen som främjar hälsan och arbetsförmågan dokumenteras direkt i datasystemet TYPPI. Dessutom antecknas vilken instans som ansvarar för uppföljningen.



# Källor

Kauvo Taina och Virkkunen Heikki (red.), 2022. Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter 5.0 Institutet för hälsa och välfärd. 3/2022. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

Mölläri Kaisa, Hauhio Nora, Tuominen Pia och Järvelin Jutta, 2022. Vårdanmälningshandboken för hälso- och sjukvården 2023. Institutet för hälsa och välfärd. 12/2022  
<https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULHI22>

Ordlister för social- och hälsovården. <https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server> 13.2.2023

Hälso- och sjukvårdslagen (30.12.2010/1326). <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326>

Faktablad. Att dokumentera en hälsoundersökning för arbetslösa. Institutet för hälsa och välfärd, 2023.  
<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023030229234>