HANDBOK FÖR STRUKTURERAD DOKUMENTATION AV PATIENTUPPGIFTER, DEL 1

Version 2018

Föråldrad

Taina Jokinen
Heikki Virkkunen
(red.)

Institutet för hälsa och välfärd (THL)

INNEHÅLL

Till läsaren version 2018 7
Till läsaren version 2015 8
Till läsaren 9
Sammandrag 10
1 Handbokens bakgrund och syfte 11
1.1 Handbokens syfte 11
1.2 Handbokens förhållande till andra handböcker och avgränsningar 12
1.3 Handbokens användning och struktur 13
2 Fördelar med strukturering 15
2.1 Fördelar för yrkesutbildade personer och organisationer 15
2.2 Fördelar för patienten 16
3 Ramar som sätts av lagstiftningen 17
3.1 Anteckningar i journalhandlingar 17
3.2 Integritet och behandling av patientuppgifter 17
3.3 Kanta-tjänsterna och införandet av dem 19
3.3.1 Centrala nationella aktörer och ansvarsfördelning 19
3.3.2 Patientdataarkivet och ett gemensamt regionalt patientregister 20
3.3.3 Recepttjänsten 20
3.3.4 Informationshanteringstjänsten och Mina Kanta-sidor 20
4 Journalhandlingar och patientjournalens strukturer 22
4.1 Allmänt om journalhandlingar 22
4.2 Principerna för strukturerad information 23
4.3 Strukturerna i den elektroniska patientjournalen 23
4.4 Användning av patientuppgifter från olika specialiteter och yrkesområden 26
5 Vyer 27
5.1 Tilläggsvyer 28
5.2 Specialitetsspecifika vyer 29
5.3 Tjänstespecifika vyer 30
5.4 Yrkesspecifika vyer 31
5.5 Allmänna vyer 32
5.6 Sammanställningar 33
5.7 Vyer med särskilt skydd 34
5.8 Vyer av blankettyp 34
5.9 Tekniska vyer 34
6 Faser i vårdprocessen samt rubriker 35
6.1 Faser i vårdprocessen 35

Föråldrad

6.2 Rubriker och tilläggsrubriker 37
6.3 Användning av rubriker i olika faser 38
7 Basuppgifter om patienten 48
7.1 En persons identifikationsuppgifter 49
7.2 En persons kontaktinformation 50
7.3 Kontaktperson 51
7.4 Försäkringsbolag 52
7.5 Spärrmarkering 52
7.6 Personuppgiftsblankett 52
7.7 Den fortsatta utvecklingen av personuppgifter 52
8 Uppgifter om vårdgivaren och servicehändelsen 53
8.1 Identifikationsuppgifter för den som gör en anteckning och för vårdgivaren 53
8.2 Identifikationsuppgifter för en servicehändelse 55
9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser 56
9.1 Ankomstorsak 57
9.2 Besöksorsak 58
9.3 Diagnos 59
9.4 Informationsinnehållen i en diagnos och en besöksorsak 59
9.4.1 Koder för diagnos och besöksorsak 59
9.4.2 Diagnosens eller besöksorsakens prioritet 60
9.4.3 Diagnosens eller besöksorsakens varaktighet 61
9.4.4 Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad 62
9.4.5 Informationskälla 63
9.4.6 Uppgifter om tidpunkt för fastställande av diagnos eller besöksorsak 63
9.4.7 Uppgifter om avslutad diagnos 63
9.4.8 Vårdepisod och diagnosens eller besöksorsakens episodbeteckning 64
9.5 Utnyttjande av tidigare anteckningar om diagnos och besöksorsak 65
9.5.1 Extrahering av tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker 65
9.5.2 Precisering av en diagnos eller besöksorsak 66
9.6 Sammanställning av diagnoser och besöksorsaker 66
10 Riskuppgifter 68
10.1 Riskuppgifternas informationsinnehåll 69
10.1.1 Typ av riskuppgift och riskkod 69
10.1.2 Riskens namn och fritt formulerade preciseringar 70
10.1.3 Grad av risk 71
10.1.4 Strukturerade preciseringar av en risk 72
10.1.5 Uppgifter om konstaterandet av en risk 72
10.1.6 Uppgifter om upphörandet av en risk 72
10.2 Dokumentation av olika risktyper 73

Föråldrad

10.2.1 Läkemedelsreaktioner och -allergier 73
10.2.2 Andra allergier 73
10.2.3 Risksjukdomar och -behandlingar 74
10.2.4 Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter 74
10.2.5 Behandlingar som kräver särskilt beaktande 74
10.2.6 Transplanterade vävnader och konstmaterial 75
10.2.7 Mikrober och isoleringsbehov 76
10.2.8 Vårdbegränsningar 76
10.2.9 Risker i anslutning till beteendet 77
10.2.10 Andra risker 77
10.2.11 Dokumentation av uppgift om graviditet 77
10.3 Sammanställning av riskuppgifter 77
11 Hälsopåverkande faktorer 79
11.1 Dokumentation av hälsopåverkande faktorer 81
11.2.2 Hälsopåverkande faktorer och mätare av dem 81
11.2.1 Rökning 81
11.2.2 Berusningsmedel och droger 82
11.2.3 Motion 82
11.2.4 Graviditet 83
11.2.5 Nutrition 83
11.2.6 Mun- och tandhälsa 83
12 Undersökningar och mätningar 84
12.1 Fysiologiska mätningar 86
12.1.1 Dokumentation av fysiologiska mätvärden 86
12.1.2 Sammanställningar av fysiologiska mätningar 86
12.2 Laboratorieundersökningar 87
12.2.1 Begäran om laboratorieundersökning 87
12.2.2 Resultat av och utlåtanden om laboratorieundersökningar 88
12.2.3 Sammanställningar av laboratorieundersökningar 89
12.3 Avbildningsundersökningar 89
12.3.1 Begäran om avbildningsundersökning 90
12.3.2 Utförda avbildningsundersökningar 90
12.3.3 Utlåtanden om avbildningsundersökningar 91
12.3.4 Bilder tagna med hjälp av synligt ljus 91
12.3.5 Exponering för strålning 92
12.3.6 Sammanställningar av avbildningsundersökningar 92
13 Åtgärder 94
13.1 Dokumentation av åtgärder 95
13.2 Sammanställning av åtgärder, åtgärdsrapport och sammandragsinformation 96

Föråldrad

13.3 Fotografier och andra bilder som hänför sig till åtgärder 97
14 Läkemedelsbehandling 98
14.1 Medicineringsuppgifter och utvecklingen av dem under åren 2015–2022 99
14.2 Dokumentation av medicineringsanteckningar 100
14.2.1 Uppgifter om läkemedelsförskrivaren 100
14.2.2 Basuppgifter om läkemedel 100
14.2.3 Läkemedelsdos 101
14.2.4 Läkemedelsförpackning och förskriven mängd 102
14.2.5 Användningsändamål 102
14.2.6 Ändring av läkemedel 102
14.2.7 Läkemedelsbiverkning 103
14.2.8 Dokumentation av risker förknippade med läkemedel 103
14.2.9 Läkemedels utbytbarhet 103
14.2.10 Informationskälla 104
14.2.11 Dokumentation av läkemedelsadministrering 104
14.3 Kontroll av medicinering 104
14.3.1 Partiell kontroll av medicineringen 105
14.3.2 Kontroll av den totala medicineringen 106
14.3.3 Anvisningar om läkemedelsbehandling 108
15 Förebyggande vård och vaccinationer 109
15.1 Förebyggande hälsovård 109
15.2 Vaccinationsuppgifter 110
15.3 Vaccinationssammandrag och vaccinationsregister 112
16 Utlåtanden och intyg 114
16.1 Standardiserade blankettstrukturer 114
16.2 Fritt formulerade utlåtanden 115
16.3 Begäran om handräckning och andra specialsituationer 115
17 Sammanfattande anteckningar och dagliga anteckningar 117
17.1 Sammanfattning av en servicehändelse 117
17.2 Slut- och mellanvärderingar 117
17.3 Dagliga anteckningar 118
18 Hälso- och vårdplan 119
18.1 Syftet med hälso- och vårdplanen 120
18.2 Principer för hälso- och vårdplanen 120
18.3 Ifyllande av hälso- och vårdplanen 120
18.3.1 Vårdbehovet 121
18.3.2 Målet för vården 121
18.3.3 Genomförandet av den planerade vården och metoderna 122
18.3.4 Planerat stöd, uppföljning och utvärdering 122

Föråldrad

18.3.5 Tilläggsuppgifter om hälso- och vårdplanen 122
18.4 Exempel på en hälso- och vårdplan 122
19 Viljeyttringar 124
19.1 Livstestamente 124
19.2 Donationsvilja 124
20 Fullmakt för köpta tjänster 126
20.1 Förutsättningar för fullmakt för köpta tjänster 126
20.2 Upprättande av fullmakt för köpta tjänster 127
20.2.1 Åtkomst- och arkiveringsrättigheter vid fullmakter på befolkningsnivå 128
20.2.2 Åtkomst- och arkiveringsrättigheter vid fullmakter för enskilda patienter 128
20.3 Hantering av fullmakter för köpta tjänster 128
20.4 Behandling av journalhandlingar inom köpta tjänster 129
20.4.1 Sökning och användning av journalhandlingar 129
20.4.2 Arkivering, rättelse och makulering av journalhandlingar 130
21 Utlämnande av patientuppgifter 131
21.1 Grundläggande begrepp inom utlämnande av patientuppgifter 132
21.2 Utlämnandet av patientuppgifter grundar sig på lag 132
21.3 Informeringshandling 133
21.4 Samtyckeshandling 133
21.5 Förbudshandling 134
21.6 Kontroll av patientens uppgifter 134
22 Om standarden för dokumentationen 135
22.1 Den elektroniska patientjournalens standardstruktur 135
22.2 Visningsform och strukturerad form 136
22.3 Utförandet av CDA-dokument 137
22.4 Fältlängder vid strukturerad dokumentation 138
22.5 Dokumentation av datum och andra tidsstämplar 139
Källor 140
Bilaga 1: Centrala begrepp och uttryck 143
Bilaga 2: Journalexempel 146

Föråldrad

Till läsaren version 2018

Ur version 2018 av handboken för strukturerad dokumentation (del 1) har föråldrade anvisningar eller upptäckta fel tagits bort. Dessutom har vissa dokumentationsanvisningar vid behov preciserats eller annars uppdaterats. Handboken har uppdaterats för att i huvudsak motsvara situationen åren 2017–2020 med betoning på de datastrukturer som då är tillgängliga som stöd för användarna av Patientdataarkivet när de dokumenterar och arkiverar patientuppgifter. I handboken har man också strävat efter att beakta publiceringsplanen och tidsschemat för de nyaste och kommande informationsinnehållen i Kanta-tjänsterna.

I praktiken har dokumentationsanvisningarna uppdaterats i alla kapitel. I vissa kapitel är uppdateringarna mer omfattande och i andra mindre. Informationen i vissa kapitel har slagits ihop och till exempel har kapitel sex i version 2015 nu delats upp i kapitel 4, 5 och 6. Helt nytt är kapitel 20, som beskriver hur en fullmakt för köpt service görs upp och hur patientuppgifter som uppkommer på grundval av fullmakten används och dokumenteras.

I skrivande stund pågår beredningen av lagstiftning om behandling och dokumentation av patientuppgifter. Denna lagstiftning beaktas i nästa uppdatering (2019). Det kommer också att ske förändringar i de nationella vårdanmälningsuppgifterna (HILMO). Dessutom är en rad specifikationer av journaluppgifter under arbete, och dessa specifikationer påverkar de nuvarande dokumentationsanvisningarna i denna handbok (till exempel den riksomfattande medicineringslistan) och gör att patientuppgifter i fortsättningen kan dokumenteras strukturerat och utnyttjas bättre än tidigare.

Mer detaljerade separata anvisningar utarbetas i fortsättningen både för dokumentation inom enskilda specialiteter, serviceområden och yrkesområden samt för strukturerad dokumentation av vården av vissa patientgrupper. Anvisningar kommer bland annat att publiceras för mun- och tandvård, företagshälsovård, prehospital akutsjukvård, vård under graviditet och mödravård, barnrådgivning, skolhälsovård, studerandehälsovård, rehabilitering och funktionsförmåga, dagliga anteckningar inom vårdarbetet samt för specifikationer av information inom psykiatrin. Avsikten är att publicera dessa dokumentationsanvisningar vart efter som de blir färdiga (s.k. publikationer för del 2 av handboken).

Uppdateringen av del 1 av handboken för strukturerad dokumentation har huvudsakligen gjorts internt vid THL. Dessutom har sakkunniga inom olika områden från andra organisationer deltagit i uppdateringsarbetet. Ett stort tack till alla för samarbetet. Ett särskilt tack till Tuija Savolainen, Outi Lehtokari, Jonna Salonen och Kauko Hartikainen.

Helsingfors i juni 2018

Redaktörerna

Förlorad

Till läsaren version 2015

I det 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 i april 2015

Redaktörerna

Föråldrad

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 Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt (Ydintieto-opas, 2009, Standardiserat informationsinnehåll 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.

Förslag

Handbokens innehåll togs fram i en redaktion bestående av:

Jorma Komulainen	Duodecim
Tuija Savolainen	Kommunförbundet
Kauko Hartikainen	Kommunförbundet
Jari Numminen	Hämeenlinnan terveyspalvelut
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 i november 2013

Redaktörerna

Sammandrag

Jokinen, Taina och Virkkunen, Heikki (red.) Handbok för strukturerad dokumentation av patientuppgifter, del 1. Institutet för hälsa och välfärd (THL). 146 sidor. Helsingfors, 2018. (nätpublikation).

I en patientjournal dokumenteras all information om patienten som är nödvändig för att förebygga sjukdomar, följa upp hälsan, ställa diagnoser samt planera, genomföra och utvärdera vården. I handboken för strukturerad dokumentation beskrivs viktiga journalstrukturer i första hand ur den persons synvinkel som dokumenterar patientuppgifter. Med patientdatastrukturer avses i den här handboken de uppgifter som dokumenteras och sparas med hjälp av nationellt enhetliga datastrukturer. Strukturerad information kan oftast preciseras med hjälp av fritt formulerad text. Dokumentationens enhetlighet grundar sig på de krav som gäller tillhandahållandet av riksomfattande elektroniska tjänster inom hälso- och sjukvården. Datainnehåll som sparats i Patientdataarkivet är multiprofessionellt tillgängligt för hälso- och sjukvården oavsett tjänstetillhandahållare och system, inom ramen för de samtycken och förbud som patienten har meddelat. Patientjournalens informationsinnehåll kan användas till att dokumentera patientuppgifter men också exempelvis till att följa vårdens tillgänglighet och kvalitet, utvärdera och jämföra verksamhetens effektivitet samt stödja riksomfattande statistik och forskning. I handboken presenteras lagstiftningen som reglerar hur patientuppgifter kan dokumenteras, lagras och behandlas multiprofessionellt.

I enlighet med principerna för strukturerad dokumentation är de centrala delarna av vårduppgifterna enhetliga i patientdatasystemen inom primärvården respektive den specialiserade sjukvården. På samma sätt är också de centrala datastrukturerna enhetliga hos såväl offentliga som privata tillhandahållare av tjänster. I den elektroniska patientjournalen finns vyer där hälsovårdspersonalen dokumenterar patientuppgifter genom att dela upp helheterna i olika vårdfaser samt med hjälp av rubriker. Informationen under en rubrik kan struktureras ytterligare genom att använda kodverk och klassifikationer som är avsedda för dokumentation. Patientdatasystemet kan ta fram vissa uppgifter automatiskt, till exempel om fasen i vårdprocessen, vilket innebär att systemet assisterar dokumentationen så att den som inte dokumenterar själv behöver anteckna alla uppgifter i journalen. Informationshanteringstjänsten kan bilda sammanställningar av centrala patientuppgifter som dokumenterats av olika tillhandahållare av tjänster. Dessa sammanställningar visas för användaren i dennas eget patientdatasystem.

I den första delen av handboken för strukturerad dokumentation beskrivs följande helheter som gäller dokumentation av ett specifikt ärende: basuppgifter om patienten, identifikationsuppgifter för vårdaren och servicehändelsen, ankomstorsak, besöksorsak och diagnos, riskuppgifter, hälsopåverkande faktorer, undersökningar och mätningar, ingrepp, läkemedelsbehandling, prevention inklusive vaccinationer, utlåtanden och intyg, sammanfattande information samt hälso- och vårdplan. Handboken innehåller också anvisningar om praxis för hur man gör upp fullmakter för köpta tjänster och hur man agerar med fullmakt, hur man dokumenterar en patients viljeyttringar samt hur uppgifter om en patient lämnas ut för användning av olika tillhandahållare av tjänster. Handboken innehåller exempel på hur man dokumenterar patientuppgifter och sammanställer uppgifter. I bilagorna presenteras dessutom centrala begrepp och uttryck som används i handboken samt ges ett exempel på ett vårdsammandrag.

Nyckelord: Hälsovård, elektronisk patientjournal, patientuppgift, Kanta-tjänster, datastruktur, klassifikation, kodverk, vy, rubrik, fas i vårdprocessen, enhetlighet.

Förhandsversion

1 Handbokens bakgrund och syfte

1.1 Handbokens syfte

Det primära syftet med denna handbok är att ge stöd och anvisningar till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården vid strukturerad dokumentation av patientuppgifter och att främja att vårdanteckningarna i patientjournalen görs på ett enhetligt sätt. Den strukturerade dokumentationen av patientuppgifter kommer att preciseras med specialitets- eller tjänste- och yrkesspecifika anvisningar som stöd för de allmänna anvisningarna i den här handboken. Förenhetligandet och användningen av de strukturerade informationsinnehållen utvecklas i samarbete och multiprofessionellt mellan olika aktörer.

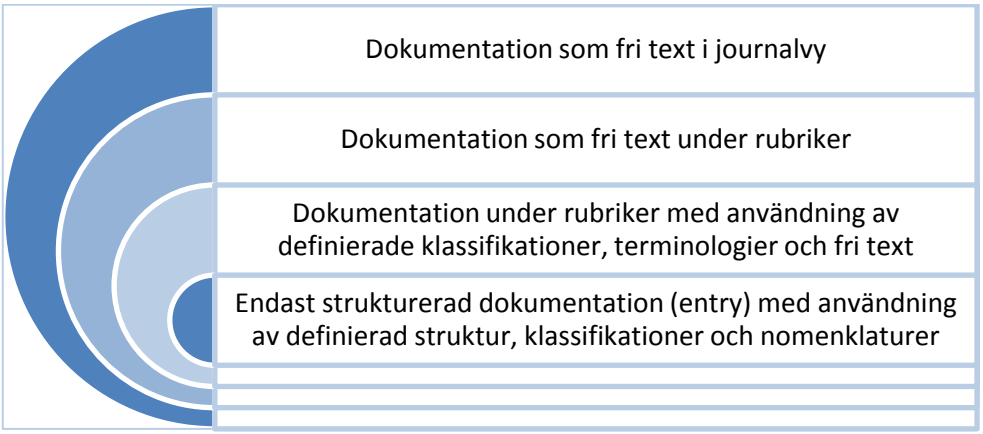
Dokumentationen av journalanteckningar styrs av en rad lagar och förordningar samt anvisningar och handböcker som handlar om tillämpningen av dem. Som exempel ger *Handboken om journalhandlingar* (SHM 2012) allmänna anvisningar som baserar sig på författningarna och gäller produktion av uppgifter för patientjournaler samt behandling och lagring av journalhandlingar. I den här dokumentationshandboken preciseras hur den som dokumenterar ska tillämpa de lagstadgade anvisningarna och använda det nationellt överenskomna informationsinnehållet vid dokumentationen av uppgifter i patientjournalen.

Vid vården av varje patient dokumenteras behövliga och tillräckliga uppgifter om hälso- och sjukvården samt andra uppgifter som är nödvändiga för vården av patienten. Vid dokumentationen av patientuppgifter utnyttjas nationellt överenskomna och enhetliga datastrukturer, med vilka vi i den här handboken avser strukturer i den elektroniska patientjournalen, såsom rubriker och vyer samt övriga kodverk, klassifikationer och terminologier.

Användningen av enhetliga datastrukturer i journalhandlingar underlättar dokumentationen och gör uppgifterna lättare att hitta. Uppgifter som redan en gång dokumenterats kan också utnyttjas på nytt för olika aktörers behov. När patientuppgifterna är i strukturerad form minskar behovet av att manuellt kopiera uppgifter från ett system, en handling eller en visad text till ett annat, då det exempelvis räcker med enbart en länkning till uppgifterna. Patientdatasystemet kan erbjuda användaren en viss datastruktur som standardval, till exempel fas i vårdprocessen eller rubrik. Strukturerad information kan också utnyttjas i olika processer som stöd för beslut eller i applikationer. Strukturerad dokumentation ger också i framtiden möjlighet att utnyttja principerna om engångsdokumentation vid framtagningen av riksomfattande statistik- och registerinformation.

Enhetliga datastrukturer i journalhandlingarna är en förutsättning för att man ska kunna använda och utnyttja de riksomfattande elektroniska informationstjänsterna (Kanta-tjänsterna). Strukturering av uppgifter består av olika nivåer (figur 1). Patientuppgifterna kan dokumenteras på den struktureringsnivå som bedöms vara tillräcklig i varje enskilt fall.

Förslag



Figur 1. Struktureringsnivåer

Förändrad

1.2 Handbokens förhållande till andra handböcker och avgränsningar

Anvisningar om strukturerad dokumentation och kraven i samband därmed finns förutom i denna handbok även i andra anvisningar och publikationer. Många myndigheter har sina egna handböcker som bl.a. preciserar behandlingen av patientuppgifter ur en viss speciell synvinkel (t.ex. anmälan om biverkningar eller om farlig händelse/incident). Anvisningarna för myndigheternas agerande preciserar också tillsynen och anmälningsskyldigheten inom hälso- och sjukvården.

Manualer för användningen av olika strukturer eller klassifikationer är andra handböcker som rör dokumentation. Exempel på sådana manualer är bruksanvisningarna för ICD- och ICPC-klassifikationerna och för THL-Åtgärdsklassifikationen samt Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (2012). Mer information finns på adressen https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/terveydenhuollon-rakenteinen-kirjaaminen

Utöver dessa har det utarbetats specialitets- eller tjänste- och yrkesspecifika dokumentationsanvisningar gällande användningen av kodverk, klassifikationer och nomenklaturer. Också många fackföreningar eller förbund har gjort upp rekommendationer som stöd för dokumentationsarbetet.

Den här handboken innehåller ingen närmare beskrivning av funktionella specifikationer eller kravspecifikationer för informationssystem gällande uppgifter som sparas i Patientdataarkivet eller användningen av dem. Dessa beskrivs i egna publikationer på THL:s webbplats Informationshantering inom social- och hälsovården (https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/maaraykset-ja-maarittelyt) samt på kanta.fi. I handboken utvärderas inte heller tillgängligheten hos strukturerad information, om tillgängligheten inte har specificerats på nationell nivå. Tillgängligheten är i hög grad beroende av implementeringen av patientdatasystemet.

Den här handboken ger inte heller anvisningar om sekundär användning av strukturerat dokumenterade patientuppgifter för statistik- och registerändamål. Anvisningar om det finns på adressen https://thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut

1.3 Handbokens användning och struktur

Handboken för strukturerad dokumentation del I, version 2018 kompletterar tidigare utgåvor av den här handboken samt de övriga anvisningarna om dokumentation och användning av patientuppgifter. Handboken utgör en fortsättning på kapitel 1-6 i handboken *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* (nedan Handboken om kärnuppgifter) som publicerades 2009. Fortsättningen på handboken (del 2) kompletterar de övriga kapitlen och de tidigare kärnuppgiftsspecifikationerna i publikationen i fråga.

En elektronisk patientjournal omfattar utöver patientjournalinformation också uppgifter från flera andra system, såsom informationssystem för bilddiagnostik, jour, prehospital akutsjukvård och intensivvård samt från digitala mätinstrument. Också för anteckningar i uppgifter som dokumenteras i dessa (separata) system samt för lagring av dem i Patientdataarkivet och användning av dem kommer det att publiceras närmare nationella specifikationer och dokumentationsanvisningar.

I Handboken om journalhandlingar (SHM 2012) beskrivs också de allmänna anvisningar som grundar sig på lag och som gäller produktion av uppgifter för patientjournaler samt behandling och förvaring av journalhandlingar. Dokumentationspraxis för den strukturerade dokumentationen bör också preciseras organisationsvis och med hjälp av manualer för informationssystemen.

Handboken för strukturerad dokumentation är framför allt avsedd för yrkesutbildade personer eller studerande inom hälso- och sjukvården som använder och dokumenterar patientuppgifter i sitt dagliga arbete och sparar dem i Patientdataarkivet. Handboken kan också utnyttjas av aktörer som ger utbildning om dokumentation av patientuppgifter (t.ex. läroanstalter) samt av informationssystemens administratörer eller representanter för informationsförvaltningen vilka ansvarar för införandet av elektroniska patientjournaler, utbildningen om detta och för möjligheterna att utnyttja journaluppgifterna inom vården av patienterna. Handboken fungerar också som hjälp för systemleverantörer när de planerar implementeringen av strukturerad dokumentation i sina informationssystem. Handboken kan även utnyttjas av personer i ledande ställning i social- och hälsovårdsorganisationerna samt av forskare eller andra aktörer som behöver patientuppgifter i sitt arbete.

Förslag

Den första delen av Handboken för strukturerad dokumentation innehåller den nationella, enhetliga strukturen för elektroniska patientjournaler; vyer, faser i vårdprocessen, rubriker samt informationsinnehållen för de mest centrala uppgifterna i journalhandlingarna och dokumentationen av dem. De första kapitlen (1-4) i handboken beskriver fördelarna med strukturerad dokumentation, lagstiftningen som styr dokumentationen och behandlingen av patientuppgifter samt de gemensamma principerna för användning och utnyttjande av journalhandlingarnas strukturer. Kapitel 5 och 6 ger en närmare beskrivning av grundstrukturerna i en elektronisk patientjournal: vyerna, faserna i vårdprocessen samt rubrikerna. Kapitel 7 och 8 beskriver basuppgifterna och identifikationsdata om patienten, vårdgivaren och servicehändelserna.

Därefter går handboken i kapitel 9-18 igenom dokumentationen av patientuppgifter tema för tema: ankomstorsak, besöksorsak och diagnos, riskuppgifter, hälsopåverkande faktorer, undersökningar och mätningar, ingrepp, läkemedelsbehandling, prevention inklusive vaccinationer, utlåtanden och intyg, sammanfattande information och dagliga anteckningar samt hälso- och vårdplan. I kapitel 19 beskrivs patientens viljeyttringar och i kapitel 21 dokumentation av blanketter som ingår i hanteringen av utlämnanden av patientuppgifter.

Kapitel 20 i handboken är nytt och berättar om hur man gör upp en fullmakt för köpta tjänster och om andra funktioner i samband med detta. Kapitel 22 i handboken är tilläggsmaterial för

basanvändare av patientdatasystemet eller för dem som gör anteckningar och berättar om dokumentstandarden för den elektroniska patientjournalen och de principer som hänför sig till denna. Handboken har dessutom två bilagor som beskriver de viktigaste begrepp och uttryck som använts i handboken (bilaga 1), samt ett journalexempel på en slutvärdering (epikris) (bilaga 2).

Föråldrad

2 Fördelar med strukturering

BRA ATT VETA

Syftet med strukturering av patientjournaler är att underlätta användningen och sökningen av patientuppgifter och uppföljningen av vården samt att göra dokumentationen enhetlig. Möjligheten att utnyttja uppgifter som dokumenterats som fri text är mer begränsad, särskilt när man snabbt och exakt vill söka uppgifter eller när uppgifter sammanställs t.ex. i en annan skärmvisning eller i ett sammandrag. Den största fördelen med strukturerad dokumentation är att uppgifterna bara behöver dokumenteras en gång – efter det kan de användas på nytt i den egna organisationen eller informationssystemet samt i andra fall. Detta förbättrar också patientsäkerheten. Strukturerad information stöder vårdpersonalens beslutsfattande t.ex. i form av vårdanvisningar, påminnelser samt meddelanden om fel eller faror. När uppgifterna dokumenteras på ett enhetligt sätt förbättras också patientuppgifternas kvalitet. Med hjälp av tjänsten Mina Kanta-sidor som ingår i Kanta-tjänsterna kan patienten se sina egna uppgifter. Dessutom kan patienten i framtiden delta i sin vård genom att själv producera information som kan utnyttjas i vården. Patientens egenproducerade uppgifter om sitt välbefinnande sparas i Datalagret för egna uppgifter på Mina Kanta-sidor.

Föråldrad

2.1 Fördelar för yrkesutbildade personer och organisationer

För yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården väntas den strukturerade dokumentationen förbättra kvaliteten på patientuppgifterna i den egna organisationen eller i patientdatasystemet, när dokumentationen av uppgifter blir mer enhetlig. Användningen av gemensamt överenskomna datastrukturer gör det lättare att hitta och vidareutnyttja uppgifterna. Med hjälp av den elektroniska patientjournalen och de riksomfattande informationstjänsterna kan den uppdaterade informationen utnyttjas vid olika verksamhetsställen eller hälso- och sjukvårdsorganisationer och i olika patientdatasystem, oavsett vem som har producerat informationen.

Möjligheten att utnyttja och samanvända uppgifterna har tidigare försvårats bland annat av att det finns flera patientdatasystem och olika versioner av dem, då många olika datamodeller och -strukturer har använts vid uppbyggnaden och utvecklingen av dem. När graden av strukturering har varit lägre eller när patientuppgifter huvudsakligen har dokumenterats som fri text har möjligheterna att samanvända och vidareanvända uppgifterna varit mindre.

Strukturellt dokumenterad information kan framför allt utnyttjas i det dagliga patientarbetet, men också i vidare utsträckning, vare sig det rör sig om elektroniska recept, remisser, svar i vården, vårdanmälningar eller lagstadgade registeranmälningar. Användningen av strukturerad information ger också möjlighet att till den elektroniska patientjournalen foga ett stöd för beslutsfattandet som exempelvis erbjuder vårdanvisningar och varnar för eventuella fel eller farliga situationer.

De strukturerade patientuppgifterna kan också utnyttjas i organisationerna i andra syften än direkt vård och behandling av en patients sjukdom eller hälsa. På organisationsnivå ger strukturerad dokumentation möjlighet att bättre utvärdera de genomförda tjänsterna samt styra och följa upp organisationens verksamhet, när rapporteringen kan automatiseras. Likaså underlättas den lagstadgade tillsynen och uppföljningen på riksnivå. Informationen kan även användas sekundärt för klinisk forskning, kvalitetsbedömning och kostnadsuppföljning.

2.2 Fördelar för patienten

Den strukturerade formen i en elektronisk patientjournal förbättrar kvaliteten i vården av patienten, när patientuppgifterna är enhetligare och bättre jämförbara samt bättre tillgängliga och lättare att hitta än förut. Med tanke på vårdkvaliteten är det bra om dokumentationen samtidigt styr personalen att följa vårdprocessen eller vårdrekommendationerna.

Snabb tillgång till aktuell information oavsett i vilken organisation vården ges ökar patientsäkerheten. Överföringen av patientuppgifter i elektronisk form förbättrar också patientens rättsskydd, eftersom användningen av uppgifterna kan följas upp noggrannare än i pappersjournalen och den gemensamma begreppsapparaten minskar eventuella oklarheter vid tolkningen.

Patienten kan läsa sina egna patientuppgifter och recept via Mina Kanta-sidor och kan samtidigt kontrollera att informationen som samlas där är riktig. Av den strukturellt dokumenterade informationen går det också att ta fram komprimerad information för patienten själv i form av sammandrag.

I framtiden kan patienten själv producera hälsouppgifter i Datalagret för egna uppgifter på Mina Kanta-sidor, t.ex. före ett besök i vården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska i detta fall alltid godkänna den information som patienten producerat för patientjournalen som grund för vårdbeslutet. Att patienten med hjälp av webbtjänster själv är delaktig i att producera uppgifter kan både öka känslan av egenmakt och göra patienten mer involverad i vården. Delaktigheten kan också göra vårdprocessen smidigare ur patientens synvinkel och indirekt öka hälso- och sjukvårdens produktivitet.

Förslag

3 Ramar som sätts av lagstiftningen

BRA ATT VETA

I Finland har det genom lagstiftning föreskrivits hur anteckningar ska göras i patientjournaler, hur handlingarna ska förvaras och vem som har rätt att läsa dem. Lagstiftningen styr också hanteringen av patientregister. Klientuppgiftslagen (159/2007) styr införandet av Kanta-tjänsterna, som sker successivt. I skrivande stund är flera lagändringar på gång, bland annat i klientuppgiftslagen. En ny lag om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården är också på väg. Lagarna som rör social- och hälsovårdsreformen, landskapsreformen och valfriheten kommer att ha betydande inverkan på behandlingen och hanteringen av patientuppgifter. Lagarna väntas träda i kraft under 2018. Detta kapitel uppdateras när lagändringarna träder i kraft.

Förändrad

3.1 Anteckningar i journalhandlingar

Enligt *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* (559/1994) är yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skyldiga att föra och förvara journalhandlingar samt iaktta tystnadsplikt i fråga om uppgifterna i dem i enlighet med vad som föreskrivs i *lagen om patientens ställning och rättigheter* (785/1992). I *social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar* (298/2009, nedan journalhandlingsförordningen) föreskrivs om de basuppgifter som ska dokumenteras i en patientjournal och om de anteckningar som ska göras om vården.

Journalhandlingsförordningen ställer krav på journalhandlingarnas innehåll. I journalhandlingarna 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 tryggande av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga och när de görs får bara allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar användas.

Verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård och de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke ska föra en patientjournal över varje patient i fortlöpande och kronologisk form. Patientjournalen ska innehålla basuppgifter om patienten, t.ex. patientens namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och kontaktinformation, och i journalen ska det göras anteckningar om patientens samtliga servicehändelser. Av denna information ska framgå ankomstorsak, anamnes, status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser samt planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet samt en slutvärdering (epikris). Social- och hälsovårdsministeriet har publicerat en handbok som baserar sig på journalhandlingsförordningen (SHM: 2012). Handboken ger en närmare beskrivning av upprättandet av journalhandlingar och den övriga behandlingen av patientuppgifter samt registerföringen.

3.2 Integritet och behandling av patientuppgifter

Behandlingen av patientuppgifter baserar sig på *personuppgiftslagen* (523/1999). Syftet med lagen 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. Användningen och registerföringen av patientuppgifter preciseras också 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, nedan *klientuppgiftslagen*) och *lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet* (621/1999).

Journalhandlingarna bildar ett logiskt personregister enligt personuppgiftslagen. Till samma personregister hör alla de uppgifter som gäller en patient och är i den registeransvariges besittning och används för samma ändamål oavsett hur, när och var de har lagrats. Registeransvarig är en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en självständig yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. (SHM 2012) Användning av patient- eller klientuppgifter förutsätter alltid en klient- eller patientrelation eller någon annan saklig anknytning.

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 ska alla övriga faser i behandlingen av uppgifter definieras och beskrivas för att datasystemen och deras strukturer ska kunna planeras och genomföras på behörigt sätt för alla behandlingsfasers del med avseende på de funktionella, tekniska och rättsliga kraven. Kraven ska också beaktas i utbildningarna och instruktionerna för personalen.

Lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården trädde i kraft i juli 2007 och har sedan dess ändrats flera gånger, senast 2015 (255/2015). Lagen innehåller bestämmelser om allmänna krav på den elektroniska behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården, bland annat beträffande information till patienten samt patientens samtycke och förbud, vilka reglerar användningen av patientuppgifter. Syftet med lagen är att säkerställa de här uppgifternas tillgänglighet och integritet samt bevarandet av dem, samt klientens integritetsskydd. Med hjälp av de allmänna krav som ställs på behandlingen av klientuppgifter skapas en grund för korrekt elektronisk behandling av uppgifter, där en enhetlig nivå på informationssäkerheten förutsätts i alla stadier av behandlingen av en klients uppgifter.

I klientuppgiftslagen (159/2007) görs som bäst nya ändringar. En ny *Lag om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården* (RP 159/2017) är också på väg. I början av 2018 inleddes också beredningen av en ny allmän lag, lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen. I lagen sammanställs samt förnyas och harmoniseras bestämmelser från offentlighetslagen, arkivlagen och informationsförvaltningslagen. Ingen av dessa lagändringar hade trätt i kraft när den här versionen av handboken skrevs.

Inom de närmaste åren kommer ny lagstiftning också att tillämpas på ordnandet, utvecklingen och styrningen av samt tillsynen över den offentliga social- och hälsovården. Med offentlig social- och hälsovård avses verksamhet där landskapet i framtiden svarar för ordnandet och finansieringen (Regionreformen 2018). Flera lagar är under beredning i anslutning till den här reformen. Centrala lagar är lagen om ordnande av social- och hälsovård (RP 15/2017), införandelagen och landskapslagen. Avsikten är att dessa samt valfrihetslagarna ska behandlas samtidigt våren 2018 så att de skulle kunna träda i kraft under 2018. Dessa lagar medför behov av ändringar inte bara i lagen om ordnande av social- och hälsovårdstjänster utan också i klientuppgiftslagen (159/2007).

Förlåtad

3.3 Kanta-tjänsterna och införandet av dem

Patientdataarkivet är en del av de riksomfattande informationstjänsterna, Kanta-tjänsterna. I Patientdataarkivet ingår arkiveringstjänsten för journalhandlingar samt Informationshanteringstjänsten. Andra Kanta-tjänster är Recepttjänsten, Läkemedelsdatabasen, Mina Kanta-sidor och Klientdataarkivet för socialvården. Under utveckling är också tjänsten Datalagret för egna uppgifter på Mina Kanta-sidor, där medborgarna om de så önskar kan föra in uppgifter om sitt eget välbefinnande. Andra nya Kanta-tjänster är arkivering av gamla patientuppgifter, förfrågnings- och förmedlingstjänsten för intyg och utlåtanden, införandet av det riksomfattande arkivet över bildmaterial (fr.o.m. 2018) samt utvecklingen av ett datalager för prehospital akutsjukvård. Tidsplanen för införandet av Kanta-tjänsterna beskrivs i förordningen om informationstjänster *(Social- och hälsovårdsministeriets förordning om riksomfattande informationstjänster inom hälso- och sjukvården,* 1257/2015). På webbplatsen kanta.fi finns också en mer detaljerad, uppdaterad publiceringsplan (Kantajulkaisu 2018).

3.3.1 Centrala nationella aktörer och ansvarsfördelning

De centrala aktörerna vid implementeringen av riksomfattande informationstjänster är SHM, THL, FPA, 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 informationssystemtjänster med vars hjälp patientuppgifter kan förvaras, behandlas och lämnas ut i elektronisk form utifrån enhetliga grunder och säkerhetslösningar i hela landet. FPA sköter Patientdataarkivet, Informationshanteringstjänsten, Mina Kanta-sidor och Receptcentret för tillhandahållarna av social- och hälsovårdstjänsters räkning. FPA ansvarar också för förvaringen av utlämningsloggregistren som en del av det tekniska underhållet av arkiveringstjänsten och Kodtjänsten.

- **Institutet för hälsa och välfärd** (THL) har i uppdrag att specificera de informationsinnehåll och -strukturer som krävs för implementeringen av de riksomfattande informationstjänsterna. THL ansvarar för innehållet i Kodtjänsten. Dessutom ansvarar THL för planeringen, styrningen och uppföljningen av den elektroniska behandlingen av klientuppgifter inom social- och hälsovården, informationshanteringen i anslutning till den samt för användningen och implementeringen av de riksomfattande informationstjänsterna och de gemensamma datalagren för respektive förvaltningsområde.

- **Befolkningsregistercentralen** (BRC) är certifikatutfärdare enligt lagen om stark autentisering och betrodda elektroniska tjänster 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 samt kodverk i anslutning till tjänsterna.

Förändrad

Vård- och landskapsreformen kommer att medföra förändringar i de här aktörerna och deras ansvarsområden. Förändringarna beskrivs närmare i detta kapitel efter att de har säkerställts.

3.3.2 Patientdataarkivet och ett gemensamt regionalt patientregister

Kanta-tjänsterna baserar sig på en centraliserad tjänst för förvaring och förmedling av patientuppgifter och på en lagstadgad skyldighet att ansluta sig. Patientdataarkivet är ett lager för patientuppgifter i aktiv användning som samtidigt fungerar som ett centraliserat långtidsarkiv för patientuppgifter. Handlingar och uppgifter som fås från arkivet ska kunna läsas och utnyttjas på samma sätt som användaren använder uppgifter som finns i användarens eget patientdatasystem. Patientdataarkivet tas i bruk successivt i enlighet med förordningen (1257/2015).

Syftet med dels klientuppgiftslagen (159/2007) och dels *hälso- och sjukvårdslagen* (1326/2010) är att i samband med vårdrelationen ge personalen som vårdar patienten tillgång till så aktuell och heltäckande information som möjligt om patientens hälsotillstånd och om de undersökningar patienten genomgått. I sin nuvarande form föreskriver 9 § i lagen om ett gemensamt patientdataregister för den kommunala hälso- och sjukvården i ett sjukvårdsdistrikts område. Användningen av uppgifterna i ett gemensamt patientregister och hanteringen av utlämnande av uppgifter kan genomföras med hjälp av Kanta-tjänsterna. Användningen av uppgifterna förutsätter att patienten fått information om det gemensamma registret, men kräver inte separat samtycke. Patienten kan begränsa utlämnandet av sina uppgifter genom förbud. Förbudet förhindrar att uppgifter lämnas ut både från Patientdataarkivet och inom sjukvårdsdistriktets gemensamma patientregister.

Förhandsversion

3.3.3 Recepttjänsten

Implementeringen och användningen av Recepttjänsten styrs och preciseras av särskild lagstiftning. Recepttjänsten används på basis av *lagen om elektroniska recept* (61/2007) samt i den form tjänsten har beskrivits i lag 2014 (251/2014). Pappers- eller telefonrecept kan i fortsättningen bara göras upp undantagsvis, till exempel på grund av ett driftsavbrott i det elektroniska systemet. Recepten sparas i Receptcentret, som FPA är registeransvarig för. Receptcentret innehåller alla recept samt apotekens expedieringsanteckningar i dem. Läs mer om utvecklingen av medicineringsuppgifter i kapitel 14 i den här handboken.

3.3.4 Informationshanteringstjänsten och Mina Kanta-sidor

Som en del av Kanta-tjänsterna upprätthålls även Informationshanteringstjänsten (Virkkunen m.fl. 2016). Med hjälp av Informationshanteringstjänsten returneras de centrala uppgifter som behövs i vården i form av färdiga sammandrag samt den senaste hälso- och vårdplanen från Patientdataarkivet till den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården. De returnerade uppgifterna visas för den yrkesutbildade personen i enlighet med implementeringen i det egna patientdatasystemet.

Informationshanteringstjänsten innehåller även anteckning om att patienten har fått information om Kanta-tjänsterna och det gemensamma registret samt anteckning om patientens samtycke till användning eller utlämnande av uppgifter och om eventuella förbud. Informationshanteringstjänsten innehåller också andra viljeyttringar som är viktiga för patientens vård, till exempel donationsvilja eller livstestamente.

Patientens rätt till information underlättas med hjälp av Mina Kanta-sidor. Via Mina Kanta-sidor kan patienten läsa sina patientuppgifter som lagrats i Patientdataarkivet samt sina recept och utlämningslogguppgifter som hänför sig till användningen av dessa, samt meddela samtycke till användning av patientuppgifterna och/eller meddela förbud som begränsar användningen eller utlämnandet av uppgifter. På Mina Kanta-sidor kan patienten också uttrycka sin donationsvilja eller göra upp ett livstestamente och begära att få ett recept förnyat. De vårduppgifter som visas på Mina Kanta-sidor utvidgas successivt samtidigt som informationsinnehållet som lagras i Patientdataarkivet utvidgas. Ju mer den strukturerade informationen ökar, desto mer användbara blir också Mina Kanta-sidor.

Föråldrad

4 Journalhandlingar och patientjournalens strukturer

BRA ATT VETA

Den elektroniska patientjournalen är uppbyggd av informationshelheter på olika nivåer, som struktureras med hjälp av vyer, faser i vårdprocessen samt rubriker. Till de uppgifter som är viktigast för patientens vård och som ska dokumenteras med hjälp av kodverk eller klassifikationer hör bland annat diagnoser, åtgärder, medicinerings- och riskuppgifter samt de viktigaste fysiologiska mätningarna som beskriver patientens tillstånd, såsom blodtryck, vikt och längd. Godkända informationsinnehåll som definierats som gemensamma, såsom blankettstrukturer, kodverk, klassifikationer och terminologier underhålls på den nationella Kodservern, därifrån de kan laddas ner till patientdatasystemen. De enhetliga kodverken baserar sig på nationella och internationella specifikationer och standarder, som har valts ut för användning i de finländska patientdatasystemen och i Kanta-tjänsterna. I den elektroniska patientjournalen sparas utförliga uppgifter som är väsentliga för planeringen, genomförandet och uppföljningen av vården. Uppgifterna kan dokumenteras i strukturerad form med hjälp av nationella datastrukturer, kodverk och klassifikationer som har specificerats för ändamålet. Den strukturerade dokumentationen kan också kompletteras med fri text.

Förslag

4.1 Allmänt om journalhandlingar

Journalhandlingarna (förordningen om journalhandlingar 298/2009) innefattar den fortlöpande patientjournalen och till den hörande remisser, handlingar och utlåtanden som gäller laboratorie- och avbildningsundersökningar samt övriga undersökningar, konsultationssvar samt intyg och utlåtanden som skrivits på basis av undersökning eller vård. Journalhandlingarna innefattar även uppgifter eller handlingar som gäller medicinsk undersökning av dödsorsak, liksom även andra uppgifter och handlingar som uppkommit i samband med att en patients vård ordnas och genomförs eller som erhållits någon annanstans ifrån. Behandlingen av journalhandlingar beskrivs närmare i handboken om journalhandlingar (SHM, 2014).

Undersökningar som gjorts för *medicinsk* utredning av dödsorsak hör till journalhandlingarna och uppgifterna arkiveras också i Patientdataarkivet. Det bör dock observeras att enligt lagstiftningen indelas patientuppgifterna i uppgifter som uppkommit före patientens död respektive i samband med dödsorsaksutredningen. Uppgifter som uppkommit vid medicinsk obduktion bör inte arkiveras i en eventuell sista servicehändelse före patientens död (t.ex. ett jourbesök eller en vårdperiod). Det är också möjligt att obduktion utförs på en avliden som inte har någon vårdrelation omedelbart före dödsfallet och inte heller någon tidigare servicehändelse i den organisation där dödsorsaken utreds. Det är tydligast att dokumentera och arkivera uppgifter som uppkommit i samband med medicinsk obduktion (utredning av dödsorsak) som en egen servicehändelse.

Däremot är uppgifter som uppkommit i samband med *rättsmedicinsk* obduktion inte uppgifter som hör till patientregistret och de förmedlas inte till Patientdataarkivet. Polisen ansvarar för rättsmedicinska dödsorsaksutredningar och ansvarar också för arkiveringen av de uppgifter som uppkommit i samband med utredningen.

Uppgifter om en person får inte sökas eller uppdateras i patientdatasystemen efter personens död, men så länge dödsorsaksutredningen pågår kan sökningar göras. *Lagen om utredande av dödsorsak* (459/1973) ger anvisningar om principerna för utlämnande av uppgifter. Vid den fortsatta utvecklingen av Kanta-tjänsterna kommer uppgifterna om avlidna personer att överföras till arkivet för s.k. passiva uppgifter, varifrån de kan lämnas ut inom ramarna för lagstiftningen.

4.2 Principerna för strukturerad information

De klassifikationer, terminologier och kodverk som hör till de centrala strukturerade patientuppgifterna inom hälso- och sjukvården har publicerats på den nationella Kodservern. De grundläggande principerna för de centrala strukturerade patientuppgifterna samt för den specialitets- och yrkesspecifika strukturerade informationen är följande:

1. Den strukturerade informationen sammanfaller till centrala delar i patientdatasystemen inom både primärvården och den specialiserade vården.

2. Datainnehållen sammanfaller också hos såväl offentliga som privata tillhandahållare av tjänster.

3. En patientjournal är multiprofessionell och tjänar ett ändamålsenligt genomförande av patientens vård- och serviceprocess samt behoven hos olika yrkesgrupper som deltar i produktionen av vård och service.

4. I en patientjournal dokumenteras all information om patienten som är nödvändig för att följa upp patientens/klientens hälsa samt planera, genomföra och utvärdera vården. Anteckningar görs inte nödvändigtvis i alla fält för strukturerad information i samband med varje vårdkontakt med patienten. Strukturerad information kan kompletteras med fri text.

5. På riksnivå har enhetliga centrala informationsinnehåll specificerats med avseende på vården samt utöver vården även datastrukturer för patientförvaltningen eller det övriga ordnandet av vård, såsom tidsbokning.

6. Patientjournalens informationsinnehåll kan också utnyttjas för uppföljning av tillgången till vård och vårdens kvalitet, utvärdering av verksamhetens smidighet, effekter och jämförbarhet samt för annan nationell statistik och forskning.

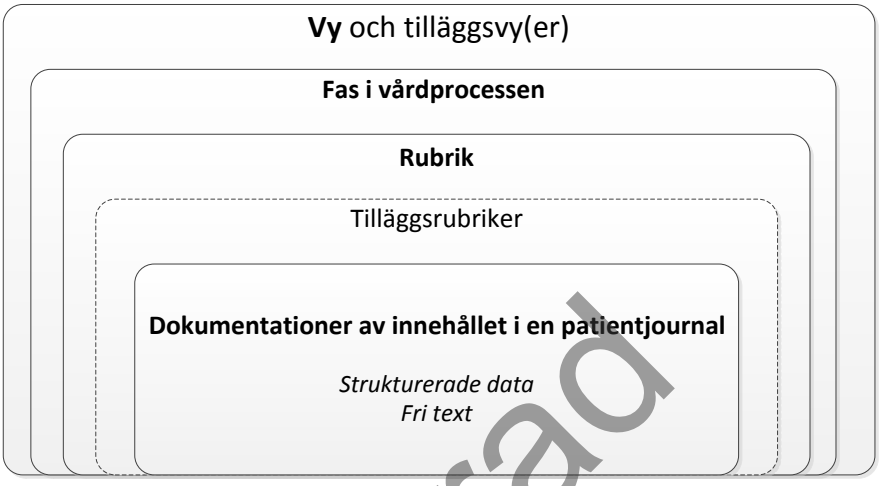
7. Utnyttjandet av strukturerad information i olika situationer och olika patientdatasystem samt i tillhörande programvara utvecklas på riksnivå bland annat som en del av specifikationerna för Kanta-tjänsterna, och ibruktagandet av den strukturerade informationen och dess funktion bedöms exempelvis i regionala pilotprojekt.

4.3 Strukturerna i den elektroniska patientjournalen

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården dokumenterar patientuppgifter i informationssystemet i strukturerad form och/eller som fri text (narrativ). Den som dokumenterar kan oftast komplettera den strukturerade informationen med fri text. Datainnehållet kan också bestå av enbart anteckningar i strukturerade fält. Den elektroniska patientjournalen är uppbyggd av hierarkiska informationshelheter på olika nivåer, som

Föråldrad

struktureras med hjälp av vyer och tilläggsvyer, samt med faser i vårdprocessen och rubriker (figur 2).



Figur 2. Hierarkisk bild av strukturerna i den elektroniska patientjournalen. Vyerna, faserna i vårdprocessen, rubrikerna och den strukturerade informationen följer specificerade strukturer. Tilläggsrubrikerna och den fritt formulerade texten är fri text som skapats av användaren själv.

Förårdrad

Anteckningarna i den elektroniska patientjournalen grupperas i ärendehelheter med hjälp av olika vyer. Till exempel använder läkare som huvudvy i regel en vy för deras egen specialitet medan övriga yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården använder tjänste- eller yrkesspecifika vyer. För samma anteckning kan man välja tilläggsvyer, och anteckningen syns då i uppgifterna i samtliga valda vyer. En organisation kan också använda egna vyer som är specifika för organisationen, men i patientdatasystemen ska uppgifter som dokumenterats i dem länkas till de nationella vyerna innan uppgifterna skickas till Patientdataarkivet.

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 man i anteckningen specificera uppgifter som hänför sig till olika faser i vårdprocessen. Systemet kan automatiskt ta fram fasen i vårdprocessen på basis av rubrikerna. Texten grupperas i ärendehelheter med hjälp av rubriker och vid behov fritt formulerade tilläggsrubriker. Vid behov kan texten struktureras ytterligare med hjälp av nationellt specificerade datastrukturer, klassifikationer och kodverk.

De strukturerade innehållsanteckningarna i patientjournalen görs alltid med hjälp av nationellt specificerade strukturer för att uppgifterna ska vara enhetligt tillgängliga för alla oavsett patientdatasystem. Strukturerad information kan innehålla en hel del detaljerade uppgifter, av vilka datasystemet automatiskt tar fram en del medan användaren bara dokumenterar sådana uppgifter som har betydelse för vården och som datasystemet inte kan sluta sig till. De centrala strukturerade patientuppgifterna dokumenteras i regel under rubriker vid sidan av fri text. En del av den strukturerade informationen dokumenteras på egna dokumentationsunderlag, exempelvis medicinering och riskuppgifter.

Den strukturerade informationen är inte bunden till rubriker och kan tekniskt dokumenteras under vilken rubrik som helst. Innehållsmässigt hör uppgifterna emellertid ofta till en viss eller vissa rubriker och därför är anvisningen att dokumentera dem under dessa. Strukturerad information beskrivs närmare i separata kapitel (se kapitel 7–21).

Ett exempel på en journalstruktur visas nedan i figur 3. I patientjournalen kompletteras den strukturerade informationen vid behov med fri text – eller så beskrivs situationen enbart med fri text. Texten skrivs alltid under rubriker (och vid behov tilläggsrubriker). Den strukturerade informationen och den fria texten kan finnas i fri ordningsföljd under rubrikerna.

Föråldrad

JOUR Jour		[huvudvy]
NEU Neurologi		[tilläggsvy]
KIR Kirurgi		[tilläggsvy]
Ankomstsituation		[fas i vårdprocessen]
Ankomstorsak		[rubrik]
Fallit idag när höger sida av kroppen blivit kraftlös. Smärta i vänster höft.		[text]
Anamnes		[rubrik]
En 91-årig kvinna som har MCC och diabetes som behandlas med diet. 11/03 basal collumfraktur behandlad med DHS-skruvar. Patienten har rehabiliterat sig bra och klarar sig själv hemma.		[text]
Status		[rubrik]
Allmäntillståndet gott. Saklig. Smärta i vänster höft. Foten varm, de perifera pulserna känns. Krafterna i höger ben och höger arm klart försämrade.		[text]
Fysiologiska mätningar		[rubrik]
Temperatur, armhåla	36,8	[strukturerad uppgift]
Blodtryck	161/79	[strukturerad uppgift]
Diagnos		[rubrik]
I63.5 Cerebral infarkt, misstänkt, huvuddiagnos		[strukturerad uppgift]
S72.0 Kollumfraktur, misstänkt		[strukturerad uppgift]
Plan		[rubrik]
MRI av hjärnan… Dessutom …		[text]

Figur 3. Exempel på journalstrukturer.

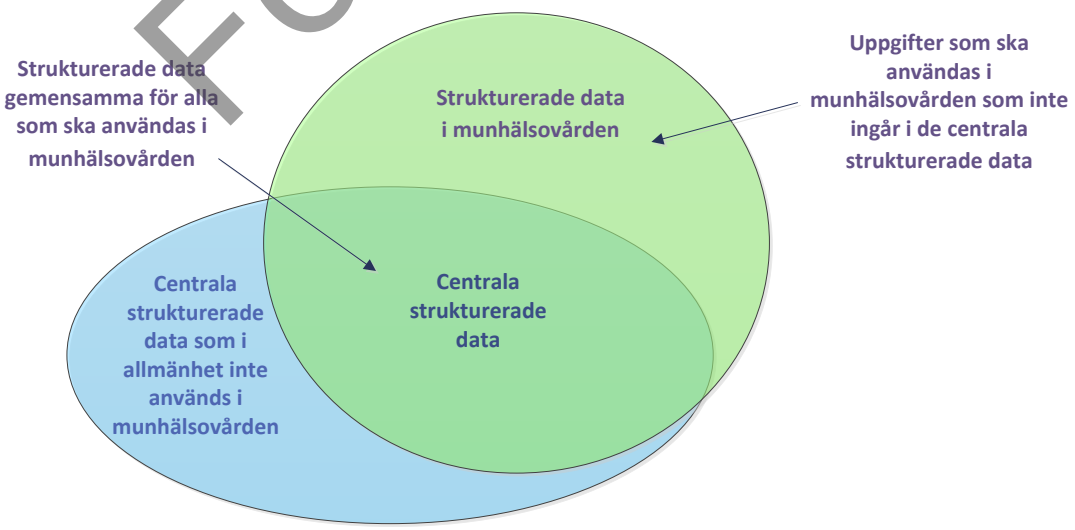
4.4 Användning av patientuppgifter från olika specialiteter och yrkesområden

Utöver de centrala patientuppgifterna har strukturerad information specificerats på nationell nivå för olika specialiteter och yrkesområden. Specifikationerna för olika specialiteter och yrkesområden innehåller central information inom en viss specialitet eller funktion, och denna information är inte nödvändigtvis av central betydelse inom andra delområden.

Utarbetandet av specifikationer för olika specialiteter och yrkesområden har gjorts med stöd av breda expertgrupper och specialitetsföreningar, bland annat i projekt där man tagit fram specifikationer för strukturerad patientjournalinformation för specialpersonal inom rehabilitering och vård, prehospital akutsjukvård och jour, företagshälsovård, mun- och tandvård, lungsjukdomar, mödravård, barns uppväxt och utveckling, psykiatri samt förebyggande av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. I dessa specifikationer har man beaktat den ifrågavarande specialitetens särdrag, som bör beaktas vid utvecklingen av den elektroniska patientjournalen.

Specialitets- och yrkesspecifika uppgifter omfattar den strukturerade information som krävs för delområdet i fråga och som inte ingår i de centrala patientuppgifterna. Den centrala strukturerade patientinformationen är information av central betydelse för vården oavsett specialitet, medan det t.ex. inom mun- och tandvården är nödvändigt att förmedla detaljerad strukturerad information om tänderna och munområdet till andra enheter för mun- och tandvård (se figur 4). När informationen från vårdarbetet, specialpersonal inom rehabilitering och vård samt olika specialiteter och yrkesområden harmoniseras kan denna information i fortsättningen samanvändas effektivare i den elektroniska patientjournalen. Dessa datastrukturer och -specifikationer beskrivs närmare i del 2 av Handbok för strukturerad dokumentation eller i andra separata publikationer.

Förslag



Figur 4. Exempel på förhållandet mellan central strukturerad information och specialitetsspecifik information. Exemplet visar mun- och tandvård.

5 Vyer

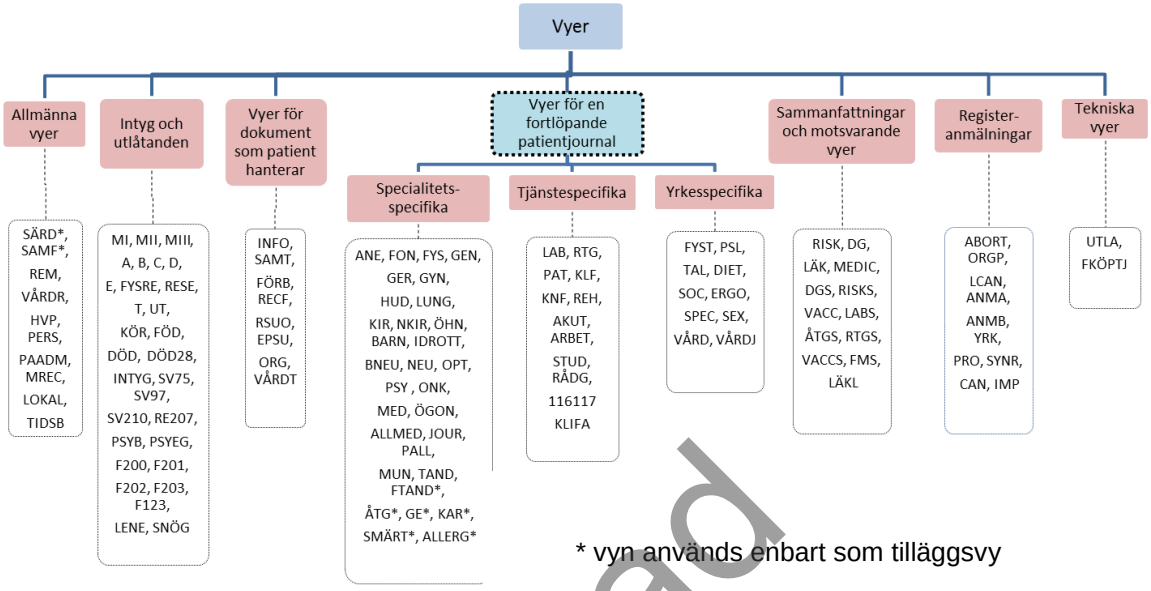
BRA ATT VETA

Anteckningarna i den elektroniska patientjournalen grupperas i ärendehelheter med hjälp av olika vyer. Läkare använder vyer för sina egna specialiteter medan övriga yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården använder tjänste- eller yrkesspecifika vyer. En del vyer används multiprofessionellt. För samma anteckning kan man välja flera vyer, och anteckningen syns då i uppgifterna i samtliga valda vyer. En organisation kan också ha egna vyer som är lokala eller specifika för organisationen, även om rekommendationen är att enbart använda de nationella vyerna. Uppgifter som dokumenterats i en organisationsspecifik vy ska i patientdatasystemen länkas till de nationella vyerna innan uppgifterna skickas till Patientdataarkivet.

Med vy avses en informationshelhet eller ett sammanhang inom hälso- och sjukvården med vilket uppgifter som hör till en viss innehållslig helhet eller vårdhelhet, såsom en medicinsk specialitet, ett yrkesområde eller en tjänst, kan bindas samman i patientjournalen. En informationshelhet som hänför sig till en vy kan därmed innehålla uppgifter som förekommer på olika vyer eller ”flikar” i patientdatasystemet. Å andra sidan kan vyn ligga mycket nära en enskild skärmvisning i patientdatasystemet. Bland annat har flera blanketter ett utseende som påminner om skärmvisningen, och detsamma gäller vissa specialitetsspecifika vyer.

Vyerna i den elektroniska patientjournalen kan indelas i vyer i den fortlöpande patientjournalen, vyer av blankettyp, sammanställda vyer och tekniska vyer. Vyer i den fortlöpande patientjournalen är vyer för olika medicinska specialiteter, tjänstespecifika vyer och yrkesspecifika vyer samt en del av de allmänna vyerna. Vyer av blankettyp är bland annat intyg, registeranmälningar, vyer för handlingar som patienterna hanterar samt en del av de allmänna vyerna. Sammanställda vyer är vyer avsedda för att visa sammanställningar från informationshanteringstjänsten. 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 den Nationella kodservern som kodverket *AR/YDIN - Vyer*.

Förslag



Figur 5. Vyerna i den elektroniska patientjournalen. Grupperingen har gjorts enbart för åskådlighetens skull.

Föråldrad

5.1 Tilläggsvyer

Traditionellt har anteckningarna i patientjournalen alltid gjorts i en viss enskild vy. Om man har velat ha samma information i flera vyer har man kopierat den till de andra vyerna. Motsvarande funktion kan genomföras med hjälp av tilläggsvyer. Vyerna i den fortlöpande patientjournalen kan i regel, med undantag för de vyer som ska sparas som separata handlingar, förekomma som både huvud- och tilläggsvyer. Vyer som ska sparas som separata handlingar, sammanställningar, vyer av blankettyp och vyer i arkivhandlingar, kan enbart förekomma som huvudvyer och kan inte ha tilläggsvyer. I klassifikationen *AR/YDIN - Vyer* som publicerats på kodservern fastställs det för varje vy vilka vyer som kan förekomma som huvud- respektive tilläggsvyer och vilka som kan vara både och.

Med hjälp av tilläggsvyer kan

- en anteckning samtidigt fogas till flera vyer, när den som gör anteckningen väljer tilläggsvyer utöver huvudvyn
- anteckningar som hör till en huvudvy grupperas i snävare delhelheter
- vissa lösningar genomföras tekniskt
    - tilläggsvyer som specificerats av tekniska skäl är FTAND, SAMF och SÄRD

När den som gör anteckningen vill att informationen ska synas i flera specialitets-, tjänste- eller yrkesspecifika vyer, anger han eller hon sin egen vy som huvudvy och de övriga behövliga vyerna som tilläggsvyer. Om man till exempel vill att en konsultationsbegäran och ett konsultationssvar ska synas i vyn både hos den som begär konsultationen och den som svarar på den, anger den som begär konsultationen sin egen vy som huvudvy och svarspersonens vy som tilläggsvy (t.ex. MED+KIR). Personen som ger svar på konsultationen använder på motsvarande sätt sin egen vy som huvudvy och den begärande personens vy som tilläggsvy (KIR+MED). Då visas informationen på samma sätt i båda vyerna, trots att de har olika huvudvyer.

Vyerna för vissa specialiteter eller specialkompetenser, där vårdanteckningarna ofta är fast knutna till vård som påbörjats eller fortsatts av andra specialiteter, har bara specificerats som tilläggsvyer. Specifikationen har gjorts för att information som är knuten till samma vårdkontinuum (inom en viss specialitet) inte ska ”splittras upp” på flera olika vyer utan också alltid finnas på någon annan vy som är betydelsefull med tanke på den fortsatta vården. Ett exempel på en sådan vy är Smärtbehandling (SMÄRT). Den som gör anteckningarna väljer huvudvy enligt patientens sjukdom (t.ex. NEU) och använder sin egen vy (t.ex. SMÄRT) som tilläggsvy. Tidigare fick också vyerna Jour/ prehospital akutmedicin (JOUR) och Palliativ vård (PALL) på motsvarande sätt endast användas som tilläggsvyer, men den här begränsningen har slopats.

Det finns också tilläggsvyer där informationen är fast knuten till flera specialiteter. Bland annat är åtgärdsrapporterna alltid knutna till någon specialitet. Den som dokumenterar väljer som huvudvy för den här informationen sin egen specialitetsspecifika vy (t.ex. ÖNH) och vyn OPER (åtgärdsrapport) som tilläggsvy. En annan motsvarande kombination skulle kunna vara HUD+ALLERG.

Även om målet är att i patientjournalerna enbart använda vyer som specificerats i den nationella klassifikationen av vyer, kan det i hälso- och sjukvårdsorganisationerna regionalt och/eller lokalt förekomma vyer som begränsar den informationshelhet som dokumenteras till en snävare nivå än de nationella vyerna. Ett sådant exempel är vyn Reumatologi (REU) som används lokalt och hör till vyn Inremedicin (MED). När lokala vyer används dokumenteras en vy enligt den nationella klassifikationen som huvudvy och informationen länkas till denna vy på systemnivå, medan den lokala vyn, t.ex. MED+REU, används som tilläggsvy. Den information som dokumenterats på dessa lokala och snäva (tilläggs)vyer för delhelheter visas i Patientdataarkivet på de huvudvyer som informationen länkats till.

Förslag

5.2 Specialitetsspecifika vyer

De specialitetsspecifika vyerna är huvudsakligen avsedda för journalanteckningar som görs av läkare. Ett undantag är till exempel vyerna Tand-, mun- och käksjukdomar (MUN) samt Arbetsmedicin (ARBET), där anteckningar görs multiprofessionellt. De specialitetsspecifika vyerna kan också användas som tilläggsvy med anteckningar som gjorts av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, när det finns behov av att visa informationen också i samband med informationen som gäller den enskilda specialiteten. Exempelvis kan en vårdare i anteckningen om ett besök hos vårdare som ersätter ett läkarbesök på hälsostation ange den huvudvy hen använder, alltså vyn ALLMED som tilläggsvy till vyn VÅRD.

Vyerna för medicinska specialiteter har huvudsakligen specificerats enligt den grövsta nivån i *HILMO – Specialiteter inom hälso- och sjukvården*. Till vissa delar har man avvikit från den nämnda klassifikationen, för att information som hänför sig till vården av samma sjukdom hos en patient inte onödigtvis ska spjälkas upp på olika vyer bl.a. på grund av patientens ålder (t.ex. har de separata vyerna för barn- och ungdomspsykiatri slopats). När det rör sig om journalanteckningar som omfattar flera specialiteter har det dessutom specificerats särskilda tilläggsvyer som gör informationen lättare att hitta (jfr kapitel 5.1).

Inom primärvården används huvudsakligen vyn ALLMED. Å andra sidan använder t.ex. en hälsocentralläkare i regel vyn ALLMED vid mottagningsbesök, men delvis även tjänstespecifika vyer, t.ex. vyn RÅDG inom rådgivningsverksamheten. Som vy för journalanteckningar inom socialvården, t.ex. när det gäller patienter som kommit in från serviceenheter för vård av personer med funktionsnedsättning används beroende på situationen och läkarens specialitet en specialitetsspecifik vy, eller om det är fråga om någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, en tjänste- eller yrkesspecifik vy, t.ex. vyn BARN, RÅDG, ALLMED eller REH.

5.3 Tjänstespecifika vyer

De tjänstespecifika vyerna är inte specifika för vissa yrkesgrupper så som t.ex. de specialitets- eller yrkesspecifika vyerna, utan är huvudsakligen avsedda för multiprofessionella journalanteckningar som görs av alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och som hänför sig till tjänsten i fråga.

Exempel på tjänstespecifika vyer är de specialitetsspecifika vyerna Patologi (PAT), Klinisk fysiologi (KLF, Klinisk neurofysiologi (KNF), Laboratorium (LAB) och Radiologi (RTG). Dessa specialiteter har inget egentligt vårdansvar när det gäller vården av en patient och producerar tjänster för de specialiteter som har vårdansvar för patienten. De här vyerna används när man begär undersökningar eller remisser som hör till dessa specialiteter, eller dokumenterar svar på eller utlåtanden om undersökningar inom de här specialiteterna.

Rehabiliteringsvyn (REH) ska användas för journalanteckningar om professionella tjänster som hänför sig till rehabilitering. Vyn används av olika grupper av rehabiliteringspersonal såsom rehabiliteringsläkare, rehabiliteringsledare, rehabiliteringsplanerare, personal på enheterna för rehabiliteringsundersökningar och hjälpmedelssakkunniga på hjälpmedelsenheterna och andra motsvarande rehabiliteringsenheter. Vyn REH kan också användas inom den slutna vården, på så kallade rehabiliteringsavdelningar och i andra motsvarande sammanhang där samordnade multiprofessionella rehabiliteringstjänster tillhandahålls. Också fysio- och ergoterapeuter och andra motsvarande yrkesgrupper som utför rehabiliterings- och terapiarbete använder vyn REH som huvudvy när de arbetar inom ovan nämnda rehabiliteringstjänster och som tilläggsvy den vy som är avsedd för anteckningar av deras egna professionella tjänster.

Akutvårdsrapporten (AKUT) används för journalanteckningar som hänför sig till prehospitala akutsjukvårdstjänster. Vyn används både av förstavårdare och av läkare inom den prehospitala akutsjukvården. I maj 2018 lades den nya vyn 116117 till i klassifikationen. Vyn ska i fortsättningen användas för att dokumentera klientuppgifter inom den riksomfattande rådgivnings- och handledningstjänsten för social- och hälsovården. Samtidigt lades en egen vy till för klinisk farmakologi. I skrivande stund är förberedelserna för ibruktagandet av de nämnda vyerna och anvisningarna för dokumentationen i dem ännu inte klara.

Vyerna för rådgivningsverksamhet (RÅDG), skol- och studerandehälsovård och företagshälsovård (ARBET) används främst inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård. I vyn RÅDG görs också anteckningar som gäller familjearbete, om de görs som en del av rådgivningsverksamheten. En specialistläkare inom primärvården kan använda vyn RÅDG som tilläggsvy till sin egen specialitetsspecifika vy, när hen arbetar på rådgivningen i rollen enligt sin egen specialitet. Vid behandling av sjukdom i samband med ett rådgivningsbesök eller ett besök inom skol- och studerandehälsovården ska man som tilläggsvy använda vyn ALLMED eller någon annan specialitetsspecifik vy – eller vyn VÅRD när anteckningarna görs av en vårdare. På motsvarande sätt används vyn RÅDG som tilläggsvy också när ett ärende som tydligt hänför sig till rådgivningsverksamhet, t.ex. rådgivning om preventivmedel, sköts på en hälsocentral eller t.ex. inom studerandehälsovården.

Inom företagshälsovården har det varit praxis att dokumentera besök hos alla yrkesgrupper, även sjukvårdsrelaterade besök, i vyn ARBET för att information som gäller företagshälsovård ska kunna hållas isär från övriga patientuppgifter. Yrkes- eller specialitetsspecifika vyer kan vid behov användas som tilläggsvyer, om det är väsentligt att informationen också ska synas i dessa helheter. När företagshälsovården ber om konsultation utanför företagshälsovården ska konsultationssvaret dokumenteras i konsultationsgivarens egen vy samt som tilläggsvy till vyn

Förändrad

ARBET. Om en patient uppsöker en företagshälsoläkare som privatpatient är besöket inte längre företagshälsovård, och dokumenteras inte i vyn ARBET.

5.4 Yrkesspecifika vyer

De yrkesspecifika vyerna omfattar informationshelheter för olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller för specialpersonal. Yrkesspecifika vyer har specificerats för andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare och tandläkare, såsom vårdare, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, talterapeuter, näringsterapeuter, sexualterapeuter och socialarbetare. Den som använder en yrkesspecifik vy kan vid behov ange som tilläggsvy exempelvis vyn för den ifrågavarande medicinska specialiteten.

Rehabiliterings- och specialpersonal gör i regel anteckningar i sina egna yrkesspecifika vyer (eller i tjänstspecifika vyer som t.ex. rehabiliteringshandledares och hjälpmedelssakkunnigas anteckningar), inklusive dagliga anteckningar. Som tilläggsvy kan de i tillämpliga delar använda specialitets- eller tjänstespecifika vyer. Vårdanvisningar som gäller rehabiliteringen och andra motsvarande viktiga meddelanden till vårdpersonalen kan emellertid vid behov dokumenteras separat i vyn VÅRDJ.

Arbetsfysioterapeuter inom företagshälsovården och andra motsvarande yrkesutbildade personer använder vyn ARBET som huvudvy och någon lämplig yrkes- eller specialitetsspecifik vy som tilläggsvy. Rehabiliterings- och specialpersonal som tillhandahåller tjänster närmast av konsultativ karaktär för företagshälsovården och som huvudsakligen arbetar någon annanstans än inom företagshälsovården, använder sina egna yrkes- eller tjänstespecifika vyer som huvudvy och vyn ARBET som tilläggsvy. Den yrkesspecifika vyn för specialiteter (SPEC) används för journalanteckningar om yrkesspecifika tjänster som hör till fotvård eller andra specialpersonalgrupper som inte har en egen yrkesspecifik vy.

Vyn Sexualterapi (SEX) används för journalanteckningar om sexualterapi och sexualrådgivning. Vyn är avsedd att vara en vy som särskilt ska skyddas, men specialskyddet kräver en ändring av *förordningen om journalhandlingar* (298/2009, 4§ 3 mom.), och specialskyddet kan tillämpas först efter att förordningen har ändrats.

Vårdarnas sammanfattande anteckningar, t.ex. sammandrag av vårdarbetet och anteckningar från mottagningar som vårdpersonalen självständigt håller, dokumenteras i vyn VÅRD med undantag för rådgivningen och vårdpersonal inom skol- och studerandehälsovården, som använder vyerna RÅDG och STUD. Som tilläggsvy kan vårdarna använda lämpliga specialitets- eller tjänstespecifika vyer eller andra yrkesspecifika vyer.

För de dagliga anteckningarna om vården används vyn VÅRDJ. I vyn VÅRDJ införs de dagliga anteckningarna om patientens vård samt den vårdplan som vårdpersonalen gjort upp, med hjälp av överenskommen terminologi och fri text. Specifikationerna för de dagliga anteckningarna i en vårdjournal är för närvarande (2018) under beredning. Användningen av vårdjournaler behandlas närmare i den separata publikationen Handbok för strukturerad dokumentation, del 2. Från vyn VÅRDJ arkiveras tills vidare inga uppgifter direkt. Se närmare anvisningar om sammanfattning av vårdarbetet i kapitel 17 Sammandragsanteckningar och dagliga anteckningar.

Förändrad

5.5 Allmänna vyer

De allmänna vyerna är allmänna patientuppgiftshelheter som är oberoende av medicinsk specialitet. Av de allmänna vyerna är personuppgiftsvyn (PERS) och motionsreceptet (MREC) vyer av blankettyp, medan de övriga är vyer för den fortlöpande patientjournalen.

Remissvyn (REM) används när en patient hänvisas till en annan vårdorganisation för att få hälso- och sjukvårdstjänster. Remissvyn kan också användas i situationer där vårdansvaret inte överförs utan man enbart 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. Vid en organisations interna remisser och konsultationer används inte vyn REM utan i stället en vy enligt den remitterande specialiteten och som tilläggsvy en vy enligt den mottagande specialiteten. Som rubrik på interna remisser används Konsultation/Remiss. Om det är fråga om en remiss för att överföra vårdansvaret används en tilläggsrubrik som precisering.

Vårdresponsvyn (VÅRDR) används för att sammanställa skriftliga dokument om genomförd behandling till en vårdrespons/ett svar i vården som skickas till den som skrev remissen eller till den enhet som ansvarar för den fortsatta vården. I vårdresponsen/svaret i vården ingår en slutvärdering (epikris) av läkaren och ett vårdsammandrag. Vårdresponsen/svaret i vården kan också bestå av enbart den ena av dessa och de kan vid behov också skickas separat som separat vårdrespons/svar i vården.

En hälso- och vårdplan (HVP) är en handling som underhålls via Informationshanteringstjänsten och används för att sammanställa alla planer som gäller öppen vård och rehabilitering för en patient i ett enda dokument – i synnerhet för patienter med många hälsoproblem. Vyn är inte avsedd för dokumentation av vårdplaner inom en vårdperiod på en avdelning. Hälso- och vårdplaner behandlas närmare i kapitel 18.

Vyn för patientadministrativa anteckningar (PAADM) används för att skriva patientadministrativa anteckningar som inte är förknippade med anteckningar om behandling. Som exempel kan nämnas anteckningar om vårdbokningar eller tidsbokningar. Om man samtidigt gör en bedömning av vårdbehovet eller gör någon annan vårdrelaterad anteckning ska man använda vyerna VÅRD, ALLMED eller någon annan yrkes-, specialitets- eller tjänstespecifik vy.

Tidsbokningsvyn (TIDSB) är en av de nyaste vyerna. Den togs med i vyklassifikationen vid ingången av 2018. I skrivande stund pågår fortfarande beredningen av anvisningar om användningen av vyn.

Sammanfattningsvyn (SAMF) och vyn Särskilt dokument (SÄRD) är tekniska tilläggsvyer till journalen och används aldrig ensamma utan alltid tillsammans med någon annan vy. Vyn SAMF används som tilläggsvy när man gör mellan- eller slutvärderingar för en vårdperiod, eller i samband med flera olika besök, t.ex. hemvård eller vård som ges i serie. Med hjälp av sammanfattningsvyn kan man på ett samlat sätt söka anteckningar på sammanfattningsnivå om en patient.

Tilläggsvyn SÄRD används för att dokumentera i detalj uppgifter av känslig natur som en annan person (än patienten) har berättat om sig själv eller sin livssituation. Uppgifterna bör vara nödvändiga för vården av patienten och antecknas i vyn SÄRD med anledning av att patientens livssituation kartläggs eller av annan motsvarande orsak (SHM 2012). Av anteckningarna ska det framgå vilken specifik person uppgifterna gäller (jfr. *Förordningen om journalhandlingar* 298/2009, 7 § 2 mom.), och endast denna person har rätt att kontrollera uppgifterna. Till exempel i samband med vården av ett barn dokumenteras uppgifter som

Förändrad

föräldrarna berättat om sig själva separat som särskilda anteckningar, inte i samma SÄRD-tilläggsvy. Uppgifter som dokumenterats i SÄRD-tilläggsvyer kan på samma sätt som övriga uppgifter läsas i patientjournalerna av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, men de visas aldrig på Mina Kanta-sidor.

Om en patient berättar något om en annan person, t.ex. om ett barn berättar något om en av sina föräldrar, används inte vyn SÄRD för anteckningarna, utan de dokumenteras normalt i patientens egen journalhandling. På motsvarande sätt går man till väga om en annan person berättar något om en tredje person (t.ex. om mamman till barnet som vårdas berättar något om pappan). Det är nödvändigt att använda särskilt omdöme när de här uppgifterna dokumenteras, eftersom de kan läsas via Mina Kanta-sidor. Vid behov kan den som dokumenterar se till att uppgifterna visas med fördröjning på Mina Kanta-sidor.

Organisationens egen vy (LOKAL) används för att lagra handlingar av blankettyp i Patientdataarkivet för vilka ingen motsvarande nationell vy har fastställts. Vyn LOKAL kan inte väljas av användaren utan är en automatisk länkning till patientdatasystemet.

5.6 Sammanställningar

Sammanställningar är informationshelheter som bildats i Informationshanteringstjänsten och visas i patientdatasystemet. Sammanställningarna innehåller viktig strukturerad information som är central för vården av patienten. Sammanställningar sparas inte som sådana i Patientdataarkivet, utan informationen i sammanställningsvyerna sammanställs av strukturerad information som sparats i andra journalhandlingar.

Varje sammanställning – diagnoser (DGS), riskuppgifter (RISKS), åtgärder (ÅTGS), avbildningsundersökningar (RTGS), laboratorieundersökningar (LABS), fysiologiska mätningar (FMS) och vaccinationer (VACCS) – har sin egen vy, med vilken informationen binds ihop till en särskild informationshelhet. Till skillnad från tidigare överförs inte patientens medicineringsuppgifter till sammanställningen, utan det finns en särskild genomförandeplan för hanteringen av dem. En uppdaterad riksomfattande medicineringslista kommer att införas i Receptcentret. Läs mer i kapitel 14 Läkemedelsbehandling.

Sammanställningarna består av strukturerad information som dokumenterats i den fortlöpande patientjournalen i samma informationshelhet, t.ex. i diagnoser, oavsett i vilken vy informationen har antecknats. I fortsättningen ersätter sammanställningarna därmed motsvarande manuellt underhållna listor, t.ex. diagnoslistan.

Strukturerad information i sammanställningarna kan användas som underlag för nya strukturerade anteckningar när man dokumenterar motsvarande information på nytt, t.ex. exempelvis en patients varaktiga diagnos när man dokumenterar besöksdiagnosen eller besöksorsaken. Information som användaren har extraherat från sammanställningarna kan också användas som grund för en ny anteckning och ändras i patientdatasystemet, ifall informationen kräver uppdatering. Information som dokumenterats efter att ha extraherats från gammal information länkas i regel till samma tidigare anteckning. Bland annat kan preciseringar och avslutningar av diagnoser och riskuppgifter dokumenteras på det här sättet.

Användningen av sammanställningar som skapats av Informationshanteringstjänsten förutsätter alltid att patienten har gett Kanta-samtycke till utlämnande av patientuppgifter. Patientdatasystemet kan emellertid visa den egna organisationens uppgifter som en skärmvisning som motsvarar visningen av Informationshanteringstjänstens sammanställningar. Då borde det också anges på skärmen att uppgifterna bara är den egna organisationens. Innehållet i sammanställningarna påverkas också av patientens eventuella

Förändrad

förbud mot utlämnande av uppgifter, eftersom uppgifter som omfattas av förbud mot utlämnande inte heller visas i sammanställningar.

Behandlingen av sammanställningar har beskrivits närmare i specifikationerna för Informationshanteringstjänsten (Virkkunen m.fl., 2014) och det närmare informationsinnehållet i dem kan laddas ner från den nationella Kodservern. I den här handboken finns mer information om sammanställningar i kapitlen som beskriver strukturerad dokumentation av diagnoser och besöksorsaker, riskuppgifter, undersökningar och vaccinationer samt utnyttjande av uppgifterna med hjälp av sammanställningar.

5.7 Vyer med särskilt skydd

Vyer med särskilt skydd är enligt 4 § i *förordningen om journalhandlingar* (298/2009) dagliga anteckningar och sammanfattande anteckningar inom psykiatri och medicinsk genetik. Det särskilda skyddet har genomförts genom informationen i vyn för anteckningen, och anteckningar för vilka PSY eller GEN har dokumenterats som huvudvy har definierats som vyer med särskilt skydd. Det särskilda skyddet omfattar även eventuella tilläggsvyer till dessa. Skyddet gäller dock inte information om läkemedelsbehandling eller kritiska risker.

I enlighet med SHM:s riktlinjer (12/2014) är det möjligt att kontrollera omfattningen av det särskilda skydd som föreskrivits genom förordningen, med hittills har detta inte gjorts. (Jfr kapitel 5.4 Vyn SEX). Det särskilda skyddet hindrar inte läsning av uppgifterna, men när uppgifter med särskilt skydd används inom andra än den ifrågavarande specialiteten krävs det en separat bekräftelse av användaren innan uppgifterna används. Begränsningen av åtkomsträttigheterna till ett specialskyddat dokument görs på patientdatasystemsnivå.

5.8 Vyer av blankettyp

Vyerna av blankettyp används för att presentera information i strukturerad form enligt ett visst informationsinnehåll. De används bland annat för intyg och utlåtanden samt registeranmälningar till myndighetsregister. Patienternas viljeyttringar, samtycken till och förbud mot utlämnande av patientuppgifter är likaså vyer av blankettyp. Informationen på blanketter kan inte direkt länkas till den fortlöpande patientjournalen, och strukturerad information som dokumenterats på dem extraheras inte till Informationshanteringstjänstens sammanställningar. Patientdatasystemen kan emellertid ha funktioner med vilka strukturerad information från sammanställningar eller fortlöpande patientjournaler kan kopieras till blanketter, eller med vilka information från blanketter kan utnyttjas vid anteckningar i fortlöpande patientjournaler.

5.9 Tekniska vyer

Listan över vyer innehåller även vissa tekniska vyer som patientdatasystemen behöver för att kunna utnyttja Patientdataarkivet. De yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården behöver inte använda dem, och vyerna är i allmänhet inte synliga för användarna av patientdatasystemen. Exempel på dessa vyer är dokumenten för registreringsanmälan och utlämningsanmälan (REK och UTLA) samt vyn FTAND (Fullständig tandkontroll), som används för att söka kontrollanteckningar om hela tanduppsättningen i Patientdataarkivet.

Förändrad

6 Faser i vårdprocessen samt rubriker

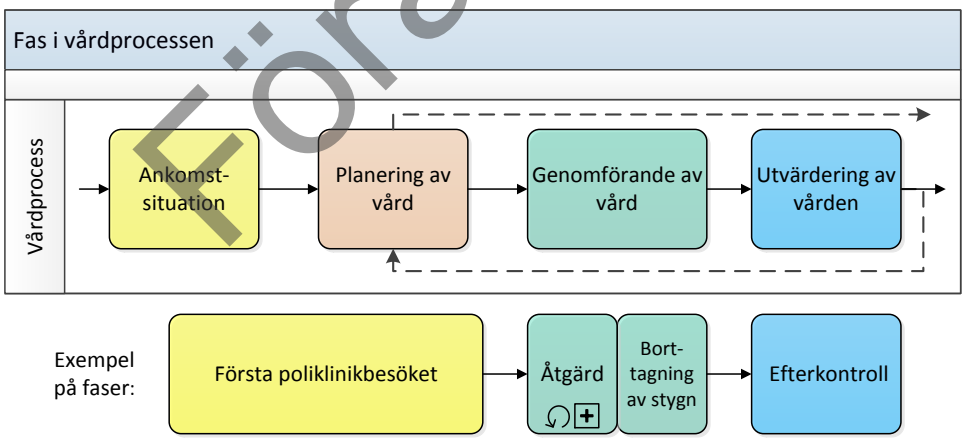
BRA ATT VETA

Med fas i vårdprocessen anges om anteckningen av en servicehändelse 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. Systemet kan automatiskt ta fram fasen i vårdprocessen på basis av rubrikerna. Texten grupperas i ärendehelheter med hjälp av riksomfattande rubriker. Vid behov kan texten struktureras närmare med fritt formulerade (lokala) tilläggsrubriker.

Föråtrad

6.1 Faser i vårdprocessen

I klassifikationen *AR/YDIN - Fas i vårdprocessen* som publicerats på den nationella Kodservern ingår ankomstsituation, där vårdbehovet bedöms, planering av vård, genomförande av vård och utvärdering av vård (se figur 6). Fasen i vårdprocessen beskriver den huvudsakliga fasen i vården ur patientens synvinkel. Varje fas i processen kan innehålla flera yrkesspecifika processer, där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som deltar i vården gör fortlöpande planering och utvärdering av vården. Patienten kan också ha flera pågående vårdprocesser samtidigt, för varierande servicebehov.



Figur 6. Faser i vårdprocessen och som exempel på dem en helhet bestående av 4 besök som görs av en kirurgisk patient. Ankomstsituationen dokumenterades vid besök 1, genomförandet av vården vid besök 2 och 3 och utvärderingen av vården vid besök 4.

Anteckningen ska alltid innehålla uppgift om fasen i vårdprocessen. Vårdprocessen är ett kontinuum från planering till utvärdering av vården och vid behov vidare till planering av ny vård. Varje anteckning görs i allmänhet i bara en fas av vårdprocessen, men om anteckningen är tydligt uppdelad på olika faser i vårdprocessen kan man använda flera faser i anteckningen. Alla faser i en vårdprocess kan genomföras exempelvis under ett och samma besök. Då behöver man i praktiken inte särskilja de olika faserna vid dokumentationen, utan kan göra anteckningen med en enda fas i processen, 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. I anteckningen kan man emellertid

använda flera faser i vårdprocessen när det finns behov av det. Om man å andra sidan exempelvis vid en efterkontroll konstaterar en skadeverkan som måste vårdas av olika yrkesutbildade personer, förändras orsaken till vården till denna del i fortsättningen till vård av skadeverkan och för dessa besök dokumenteras fasen i vårdprocessen enligt fasen i vården av skadeverkan.

Med hjälp av fasen i vårdprocessen kan man följa hur vården av patienten har genomförts. De centrala patientuppgifterna kan kopplas till fasen i vårdprocessen, så att man vid sökningen av patientuppgifter kan avgränsa sökningen till uppgifter som gäller ankomstsituationen. Tabell 1 innehåller exempel på ärendehelheter som ska dokumenteras under olika faser i vårdprocessen. I samband med vissa handlingar, exempelvis intyg, är det onödigt att uttrycka fasen i vårdprocessen. Då används fasen *ospecificerad*.

Tabell 1: Ärendehelheter som ska dokumenteras under olika faser i vårdprocessen.

Fas i vårdprocessen	Ärendehelheter som ska dokumenteras i fasen
Ankomstsituation	Bakgrundsinformation om patienten: ankomstorsak, anamnes och problem enligt patienten. Observationer, undersökningar och bedömningar vid ankomstsituationen: status, funktionsförmåga, vårdklass. Dessutom kontrolleras och kompletteras uppgifterna om patientens varaktiga hälsotillstånd: faktorer som påverkar hälsan, riskuppgifter, läkemedelsbehandling och hjälpmedel. En del av uppgifterna kan också överföras automatiskt från remissen till grund för anteckningarna.
Planering av vård	En plan för vården av en patient samt grunderna och målen för vården, utarbetad i samarbete mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, patienten och vid behov också anhöriga. Man beskriver bland annat vårdbehovet, målen för vården, dokumenterar planerade undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdåtgärder, hjälpmedel och sjukvårdsartiklar, ordinerade mediciner samt konsultationer som man ska be om.
Genomförande av vård	De sätt och metoder som använts för att uppnå målen för vården: undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdåtgärder, läkemedelsbehandling och vaccinationer, överlåtna hjälpmedel och sjukvårdsartiklar samt vägledning om bland annat kost och motion av en läkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.
Utvärdering av vård	Förändringar i patientens mående och utvärdering av den genomförda vården i förhållande till de mål som satts vid planeringen av vården: förändringar i patientens allmäntillstånd och funktionsförmåga, förändringar som bedömts på basis av undersökningar och mätningar samt förändringar som hänför sig till den genomförda vården (åtgärder, rehabilitering, läkemedelsbehandling och andra vårdåtgärder), diagnos eller besöksorsak.
Ospecificerad	Ospecificerad fas av vårdprocessen används i situationer där det inte är meningsfullt att använda någon av de specificerade faserna, till exempel i samband med intyg.

Förändrad

6.2 Rubriker och tilläggsrubriker

Utöver fas i vårdprocessen struktureras texten också i ämnesgrupper och kopplas till ett sammanhang med hjälp av rubriker. Användningen av rubriker hjälper till att gestalta vilka ämnen som behandlas i den delen av texten, till exempel Anamnes, Status eller Plan.

Under rubrikerna dokumenteras uppgifter som hör till sammanhanget som fri text samt med hjälp av central strukturerad information. Förutom för strukturering kan rubrikerna också användas som sökfaktorer när man söker uppgifter som hänför sig till ett visst sammanhang. Antalet nationella rubriker är med avsikt begränsat för att informationen med hjälp av dem ska kunna grupperas på ett enhetligt sätt och rubrikerna därmed ska kunna användas som enhetliga sökfaktorer. Den nationella rubriklistan är i många fall alltför grov för att användas som strukturering när man läser texterna och rubrikerna kan preciseras med tilläggsrubriker. Klassifikationen av rubriker har publicerats på den nationella Kodservern under namnet *AR/YDIN - Rubriker*.

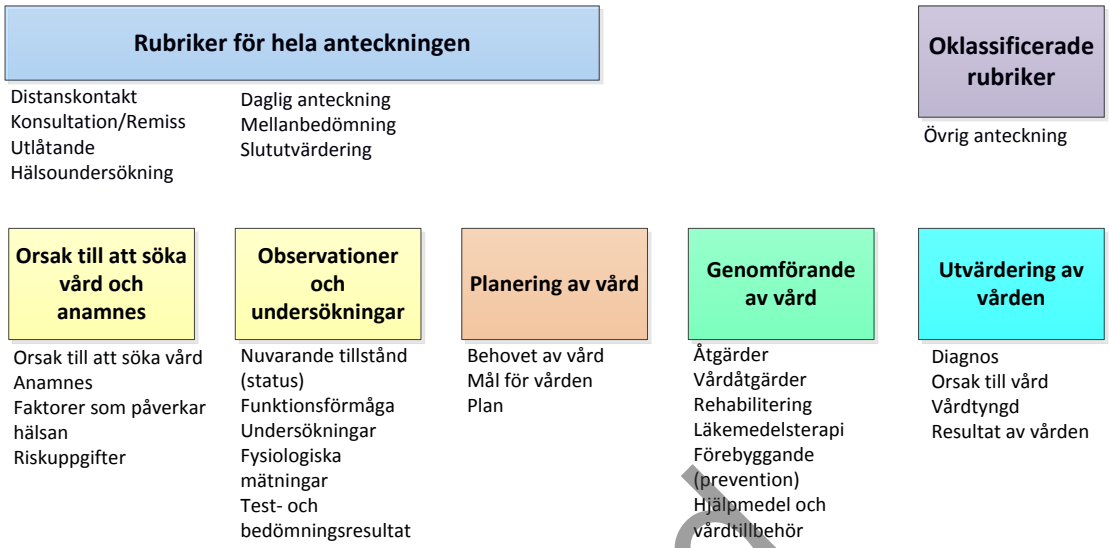
En anteckning ska alltid ha åtminstone en nationell rubrik, i övrigt är antalet rubriker i en anteckning inte begränsat. Rubrikerna kan grupperas logiskt i sex grupper enligt fasen i vårdprocessen:

- Ankomstorsak och anamnes (Ankomstsituation)
- Observationer och undersökningar (Ankomstsituation)
- Planering av vård
- Genomförande av vård
- Utvärdering av vård
- Oklassificerade rubriker (Ospecificerat)

Föråldrad

En del av rubrikerna passar dessutom bättre som **rubriker för hela texten** och används i allmänhet som första rubrik i anteckningen, under vilken tidpunkten för vårdperioden eller besöket dokumenteras, och därefter kommer den egentliga texten strukturerad med hjälp av andra rubriker. Bilaga 2 visar ett exempel på användning av rubriken *Slutvärdering (epikris)* som första rubrik i en epikrisanteckning.

Figur 7 visar grupperingen av faser i vårdprocessen samt rubriker. Grupperingen är endast riktgivande, eftersom rubrikerna inte kategoriskt hör till bara en viss fas utan de flesta kan användas i flera faser av vårdprocessen. Användningen av rubriker i olika faser av vårdprocessen beskrivs i tabell 2. Tekniskt är alla rubriker helt på samma nivå och det slutliga valet av rubrik görs av den som dokumenterar.



Figur 7. Rubrikerna kan grupperas i sex grupper som motsvarar faserna i vårdprocessen.

Förädrad

Tilläggsrubriker

Den som dokumenterar kan strukturera anteckningen på en noggrannare nivå än de nationella rubrikerna genom att använda tilläggsrubriker. En tilläggsrubrik är till exempel en egen, lokal rubrik eller en precisering till rubriken. Tilläggsrubriker kan inte användas ensamma utan hänför sig alltid till en nationell rubrik. Tilläggsrubrikerna har inte specificerats separat. De är till strukturen fri text, och den som gör anteckningen kan då fritt skriva en preciserande rubrik. Tilläggsrubrikerna är avsedda att strukturera texten noggrannare än de nationella rubrikerna när man läser texten. Eftersom de är fritt formulerade duger de inte som sökfaktorer. Organisationer eller patientdatasystem kan om de vill göra upp egna listor över rekommenderade tilläggsrubriker och använda dessa i systemen på samma sätt som fraser. En eventuell användning av listor hindrar emellertid inte att man också använder andra tilläggsrubriker.

6.3 Användning av rubriker i olika faser

Under rubrikerna kan man skriva både fri text och strukturerad information. Dokumentationen av strukturerad information behandlas närmare i respektive kapitel. De riksomfattande rubrikerna definieras i klassifikationen *AR/YDIN - Rubriker* som finns på den nationella Kodservern.

Tabell 4 visar användningen av olika rubriker i olika faser i vårdprocessen (hindrar inte att rubrikerna används i andra faser av vårdprocessen om det är motiverat). Vissa rubriker används som s.k. överrubrik för hela journalanteckningen medan andra lämpar sig bättre som mellanrubriker som grupperar texten i logiska helheter. Tekniskt sett är dock alla rubriker likvärdiga och kan användas som både över- och mellanrubriker.

Tabell 2. Vägledande användning av rubriker i olika faser av vårdprocessen.

	Ankomst situation	Planering av vård	Genomförande av vård	Utvärdering av vård	Ospecificerat
Anteckningens ”överrubriker”					
Distanskontakt		(x)		(x)	
Konsultation/ Remiss		x		x	
Utlåtande					x
Hälsoundersökning			x	(x)	
Daglig anteckning (decursus)			x	(x)	
Mellanvärdering				x	
Slutvärdering (epikris)				x	
Ankomstorsak och anamnes					
Ankomstorsak	x				
Anamnes	x				
Hälsopåverkande faktorer	x				
Riskuppgifter					x
Observationer och undersökningar					
Status	x				
Funktionsförmåga	x			x	
Undersökningar		(x)	x		
Fysiologiska mätningar		(x)	x		
Test- och utvärderingsresultat		(x)	x		
Planering av vård					
Vårdbehov	(x)	x		(x)	
Mål för vården		x			
Plan		x			
Genomförande av vård					
Åtgärder		(x)	x		
Vårdaktiviteter		(x)	x		
Rehabilitering		(x)	x		
Läkemedelsbehandling	(x)	(x)	x		
Förebyggande vård (prevention)			x		
Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar	(x)	(x)	x		
Utvärdering av vård					
Diagnos				x	
Orsak till vård				x	
Vårdklass	(x)			x	
Vårdresultat				x	
Oklassificerade rubriker					
Annan anteckning	(x)	(x)	(x)	(x)	x

Föråldrad

(Över)rubriker för hela anteckningen

Distanskontakt

Rubriken används för dokumentation av kontakt som tagits elektroniskt (t.ex. via e-post) eller brevledes, telefonkontakt samt som rubrik för journalanteckningar utan patientkontakt. Med en tilläggsrubrik kan man precisera vilket slag av distanskontakt det är fråga om. I allmänhet är anteckningarna korta och andra rubriker behövs inte. Man kan ändå använda andra rubriker vid behov.

Konsultation/Remiss

Rubriken används för dokumentation av interna remisser, begäran om konsultation och konsultationssvar. Det rekommenderas att man med en tilläggsrubrik preciserar om det är fråga om intern remiss, begäran om konsultation eller konsultationssvar. Det rekommenderas också att man strukturerar texten med hjälp av andra rubriker. Remissen och begäran om konsultation ska innehålla tillräckliga uppgifter om patientens anamnes, de undersökningar som gjorts och den vård som tillhandahållits, patientens status, det aktuella sjukdomsförloppet och frågeställningen. Konsultationssvaret ska innehålla uppgifter om eller en sammanfattning av de undersökningar och bedömningar som har gjorts i samband med konsultationen, svar på de frågor som ställts i begäran om konsultation samt förslag till fortsatt vård eller fortsatta åtgärder.

Utlåtande

Rubriken används för utlåtanden och intyg till utomstående aktörer eller för internt bruk inom organisationen. Många utlåtanden dokumenteras med egna blankettstrukturer (t.ex. A-intyg) enligt klassifikationen *AR/YDIN - Vyer*. För dessa behöver användaren inte ange någon rubrik, utan patientdatasystemet gör det automatiskt. Det rekommenderas att man strukturerar fritt formulerade utlåtanden med hjälp av andra rubriker och preciserar vilken typ av utlåtande det är fråga om med hjälp av en tilläggsrubrik.

En uppgift om ett separat utlåtande kan dokumenteras i journaltexten under rubriken *Utlåtande*. Om man samtidigt skriver ett intyg går det att hitta på basis av servicehändelsen. Om utlåtandet har skrivits vid ett annat tillfälle rekommenderas det att man också dokumenterar datum för utlåtandet under rubriken, för att utlåtandet ska vara lättare att hitta. Uppgifter om andra utlåtanden än sådana som görs som journalhandlingar, såsom anteckningar om utlåtanden i samband med polisens begäranden om handräckning och uppgifter 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 sparas i patientjournalen utan överlämnas till ifrågavarande myndighet, som svarar för arkiveringen av dem. Läs mer i kapitel 16 Utlåtanden och intyg.

Hälsoundersökning

Rubriken används för hälsoundersökningar som dokumenteras i den fortlöpande patientjournalen. Det rekommenderas att man använder en tilläggsrubrik för att precisera vilket slags hälsoundersökning det är fråga om. Det rekommenderas också att man strukturerar texten med hjälp av andra rubriker. För många hälsoundersökningar finns det egna blankettstrukturer med vilka man ger utlåtande om hälsoundersökningens resultat, exempelvis *Hälsoundersökning av ungdomar*. Som rubrik på de här blanketterna används *Utlåtande*. För utlåtandeblanketter behöver användaren inte ange någon rubrik, utan patientdatasystemet gör det automatiskt. I hälsoundersökningar ska man dokumentera de

Föråldrad

fynd, undersökningsresultat och problem som framkommit vid undersökningen, målen för och behovet av fortsatta åtgärder samt anvisningar om fortsatt vård. Den strukturerade information som hör till undersökningen dokumenteras med hjälp av ifrågavarande strukturer.

Daglig anteckning (decursus)

Rubriken används huvudsakligen för dagliga anteckningar (Decursus-anteckningar) under avdelningsvård eller motsvarande, men kan också användas i den öppna vården för anteckningar om vårdens eller sjukdomens förlopp. Anteckningarna är vanligen **korta** och andra rubriker behövs inte. Vid behov kan man ändå använda andra rubriker som tillägg. Rubriken *Daglig anteckning* används främst av läkare, men kan också användas av annan yrkesutbildad personal när anteckningarna inte görs som dagliga anteckningar i vyn Vårdjournal (VÅRDJ).

Mellanvärdering

Rubriken används för sammandragsanteckningar när avdelningsvård eller annan långvarig vård eller rehabilitering av en patient fortsätter. I anteckningen ska man dokumentera för vilken tid sammandraget är gjort och texten ska struktureras med hjälp av andra rubriker. Inom långtidsvård ska en mellanvärdering göras med minst 3 månaders mellanrum eller vid väsentliga förändringar i patientens status. Dessutom ska en mellanvärdering göras när vårdansvaret för en patient överförs från en avdelning eller tillfälligt från en specialitet till en annan inom samma organisation.

I mellanvärderingen dokumenteras ett sammandrag av de väsentliga förändringar som skett i patientens mående och vård under vården, rehabiliteringen eller terapin samt förändringen i förhållande till anamnesen eller en tidigare mellan- eller slutvärdering. Detaljerad information eller enskild strukturerad information dokumenteras inte i mellanvärderingen annat än i motiverade undantagsfall, i allmänhet räcker det med ett sammandrag. Strukturerad information som redan dokumenterats, exempelvis en utförd åtgärd, dokumenteras inte som ny strukturell information om den inte kan länkas till den ursprungliga anteckningen (se kapitel 13 Åtgärder). Ett sammandrag av aktuell medicinering kan kopieras in i mellanvärderingen, men de strukturella uppdaterade medicineringsuppgifterna underhålls i medicineringsmodulen.

Slutvärdering (epikris)

Rubriken används för sammandragsanteckningar när avdelningsvård eller annan långvarig vård eller rehabilitering av en patient **avslutas**. En slutvärdering dokumenteras också när vårdansvaret för en patient **överförs** till en annan organisation eller varaktigt från en specialitet till en annan. Av anteckningen ska det framgå vid vilken enhet vården har skett och för vilken tid sammandraget är gjort. Texten i slutvärderingen ska struktureras med hjälp av andra rubriker.

I slutvärderingen dokumenteras ett sammandrag av förloppet av vården, rehabiliteringen eller terapin, slutresultatet, eventuella avvikelser och patientens status när hen lämnar vårdenheten. I epikrisen dokumenteras huvuddiagnosen och eventuella bidiagnoser i strukturerad form. Detaljerad information eller enskild strukturerad information dokumenteras inte i slutvärderingen annat än i motiverade undantagsfall. I allmänhet räcker det med ett sammandrag. Strukturerad information som redan dokumenterats, exempelvis en utförd åtgärd, dokumenteras inte som ny strukturell information om den inte kan länkas till den ursprungliga anteckningen (se kapitel 13 Åtgärder). Ett sammandrag av

Föråldrad

aktuell medicinering kan kopieras in i mellanvärderingen, men de strukturella uppdaterade medicineringsuppgifterna underhålls i medicineringsmodulen.

Orsak till vård och anamnes (Ankomstsituation)

Ankomstorsak

Under rubriken dokumenteras kort orsaken till att patienten sökte vård. Ankomstorsaken dokumenteras som fri text enligt patientens eller dennas följeslagares egen berättelse. Dokumentationen av ankomstorsak beskrivs närmare i kapitel 9 (se även rubrikerna *Orsak till vård* och *Diagnos*).

Anamnes

Under rubriken dokumenteras information om patientens hälsa som patienten, dennas anhöriga eller följeslagare gett eller som sammanställts från tidigare patientjournaler. Det viktigaste i anamnesen är information om den nuvarande sjukdomen eller det huvudsakliga problemet, såsom sjukdomens början och förlopp, patientens subjektiva symtom, eventuella tidigare stadier av sjukdomen samt tidigare vård.

I anamnesen dokumenteras också information om andra sjukdomar och sjukdomar som förekommit i släkten eller resultat av undersökningar samt information om andra sjukdomar eller läkemedelsbehandlingar som bör beaktas med tanke på problemet, liksom även information om livsmiljön och livssituationen som eventuellt påverkar sjukdomen eller vården. Anamnesen kan struktureras närmare exempelvis med tilläggsrubrikerna *Nuvarande sjukdom*, *Övriga sjukdomar*, *Släktanamnes*, *Övrig anamnes*.

Hälsopåverkande faktorer

Under rubriken dokumenteras levnadsvanor och livssituation som påverkar patientens hälsa och sjukdom, exempelvis tobaksrökning och drogbruk. Bland hälsopåverkande faktorer dokumenteras den berättade eller konstaterade situationen, inte hur man avser att rätta till saken. Dokumentationen av hälsopåverkande faktorer beskrivs närmare i kapitel 11.

Riskuppgifter

Under rubriken dokumenteras uppgifter som ifall de inte beaktas kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa. Riskuppgifter som konstaterats hos patienten dokumenteras strukturerat i en separat riskuppgiftsvy (RIS), och då behöver den som dokumenterar inte använda rubrik, utan patientdatasystemet tar automatiskt fram rubriken för strukturen. Dokumentationen av riskuppgifter beskrivs närmare i kapitel 10.

Observationer och undersökningar (Ankomstsituation)

Status

Under rubriken dokumenteras fynd och observationer som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör vid kliniska undersökningar. Exempel på kliniska

Förslag

undersökningar är auskultation av hjärtat, palpation av sköldkörteln, perifera senreflexer eller undersökning av ögonbottnarna med oftalmoskopi. Information om patientens status dokumenteras tills vidare huvudsakligen som fri text, eftersom den strukturerade dokumentationen av status ännu inte (2018) har specificerats på nationell nivå annat än inom mun- och tandvården.

Funktionsförmåga

Under rubriken dokumenteras uppgifter om patientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva förmåga att klara de dagliga funktionerna och om hur den utvecklas eller förändras. Det rekommenderas att man vid dokumentationen använder eller tillämpar en referensram enligt *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* (ICF) för personens funktionsförmåga, funktionshinder och kontextuella faktorer. Komponenterna, domänerna eller mer detaljerade klassifikationsenheter inom funktionsförmågan enligt ICF kan exempelvis användas som tilläggsrubrik för rubriken *Funktionsförmåga*. Information som dokumenteras under rubriken *Funktionsförmåga* kan också basera sig på information som tagits fram med olika slags mätare av funktionsförmågan. Tills vidare dokumenteras informationen emellertid i textform. Det rekommenderas att man vid rapportering av mätresultat också lägger till information om den mätare som använts (namn, eventuell version och andra uppgifter som anses behövliga) samt en kort analys eller slutsatser av mätresultaten.

Funktioner eller tjänsteinnehåll som hänför sig till upprätthållande eller förbättrande av funktionsförmågan dokumenteras däremot under rubriken *Rehabilitering* eller *Vårdaktiviteter* i en tjänste-, yrkes- eller specialitetsspecifik vy i enlighet med vad som anvisas om användningen av vyerna på annan plats i denna handbok. Närmare anvisningar om dokumentation av funktionsförmågan finns i del 2 av Handbok för strukturerad dokumentation. Specifikationen av informationsinnehållet bereds i samarbete mellan expertgruppen Datastrukturer för klassifikationer och mätare av funktionsförmågan samt eventuella andra expertgrupper.

Föråldrad

Undersökningar

Anteckningar om begäran om och svar på laboratorieundersökningar (omfattar alla laboratoriespecialiteter, även klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi) och avbildningsundersökningar samt anteckningar om remisser och utlåtanden görs i strukturerad form i vyn LAB eller RTG. I dessa anteckningar behöver ingen rubrik användas, utan patientdatasystemet tar automatiskt fram rubriken för strukturen. I den fortlöpande patientjournalen dokumenteras under rubriken de observationer och fynd som gjorts vid laboratorie- och avbildningsundersökningar och som särskilt ska beaktas i vården, exempelvis *"B- gluk upprepat på nivån 10–15"* eller *”Radiusbrott förbenats i dålig position"*. Dokumentationen av undersökningar beskrivs närmare i kapitel 12.

Fysiologiska mätningar

Under rubriken dokumenteras i strukturerad form med *FinLOINC*-klassifikation fysiologiska storheter, såsom längd, vikt och blodtryck, som har samband med en patients hälsotillstånd. Om patientdatasystemet har en egen strukturerad modul för fysiologiska mätningar behöver den som dokumenterar inte använda *Fysiologiska mätningar* som rubrik. Om det inte finns någon *FinLOINC*-kod för de fysiologiska mätningarna dokumenteras mätningarna som fri text bland den övriga journaltexten under rubriken *Fysiologiska mätningar*. Exempel på sådana mätningar är mätning av hjärntrycket eller mätning av testikelstorleken, vilka för närvarande inte ingår i *FinLOINC*. Dokumentationen av fysiologiska mätningar beskrivs närmare i kapitel 12.

Test- och utvärderingsresultat

Under rubriken dokumenteras undersökningar eller utvärderingar vilkas resultat i allmänhet uttrycks i en verbal beskrivning och inte kan uttryckas som klart mätbara värden. Sådana undersökningar är bland annat vissa undersökningar, testningar, enkäter och intervjuer – till exempel minnestest – som utförs av specialpersonal, såsom psykologer. Under rubriken dokumenteras både uppgifter om utförandet av undersökningarna och de slutsatser som baserar sig på dessa. (Se även rubriken *Funktionsförmåga*)

Planering av vård

Vårdbehov

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

Mål för vården

Under rubriken dokumenteras de mål för vården av en patient som är väsentliga med avseende på vården, rehabiliteringen eller främjandet av hälsan och som definierats i planeringen av vården. Det ska gå att utvärdera hur målen har uppfyllts.

Plan

Under rubriken dokumenteras planen för hur undersökning, vård och rehabilitering av patienten ska ordnas. Planen för en vårdperiod görs i allmänhet i början av perioden efter att patientens ankomstsituation, ankomstorsak och vårdbehov har bedömts. Planen preciseras när vården fortskrider och när vårdperioden avslutas dokumenteras en plan för den fortsatta vården.

Den plan som ska gälla mellan vårdperioderna och som är gemensam för patienten och de olika aktörerna inom hälso- och sjukvården kan dokumenteras på den separata vyn Hälso- och vårdplan (HVP). Om denna ännu inte är i bruk eller om det annars är motiverat att inte dokumentera planen i vyn HVP, dokumenteras planen i vyn för den fortlöpande patientjournalen med rubriken *Plan*. Upprättandet av en hälso- och vårdplan beskrivs närmare i kapitel 18.

Genomförande av vård

Åtgärder

Under rubriken dokumenteras de utförda eller planerade åtgärder som har betydelse för vården av patienten. De utförda åtgärderna dokumenteras som strukturerad information enligt strukturerna för åtgärderna. Under rubriken dokumenteras som fri text övrig nödvändig information om åtgärderna, såsom motivering av åtgärden, åtgärdsjournalen och eventuella komplikationer i samband med en åtgärd. I åtgärdsjournalen beskrivs i väsentliga delar åtgärdens förlopp, fynd som konstaterats vid åtgärden samt det uppnådda

Föråldrad

slutresultatet. Dokumentationen av åtgärder beskrivs närmare i kapitel 13. Planen för fortsatt vård efter åtgärden dokumenteras under rubriken *Plan*. Se även rubrikerna *Vårdaktiviteter, Rehabilitering, Läkemedelsbehandling* och *Förebyggande vård.*

Vårdaktiviteter

Under rubriken dokumenteras de vårdaktiviteter eller vårdfunktioner som patienten erhållit och med vilka exempelvis en sjuksköterska eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har svarat 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 *Läkemedelsbehandling.* Även patientvägledningen dokumenteras med rubriken *Vårdaktiviteter*.

Rehabilitering

Under rubriken dokumenteras uppgifter om multiprofessionell rehabilitering av patienten och uppgifter om genomförandet av terapi och specialtjänster inom den öppna och den slutna vården samt deras innehåll eller funktioner. Under rubriken *Rehabilitering* dokumenteras även funktioner som hänför sig till vägledning och rådgivning till patienten inom service som ges av rehabiliteringspersonal och övrig specialpersonal, samt funktioner som hänför sig till hjälpmedelstjänsten.

Under rubriken *Rehabilitering* kan man också dokumentera exempelvis anvisningar om rehabiliteringen av en avdelningspatient givna av rehabiliteringspersonal och övrig specialpersonal samt annan väsentlig information till övriga yrkesgrupper som vårdar patienten, såsom sjuksköterska på avdelningen. Informationen ska emellertid inte dokumenteras under rubriken *Rehabilitering* när det finns en särskilt avsedd mer allmän rubrik för informationen, såsom *Plan*, *Mellanvärdering*, *Slutvärdering* eller *Utlåtande*.

Rehabiliteringspersonal och övrig specialpersonal använder sina egna yrkesgruppsspecifika nomenklaturer för dokumentation av uppgifter om rehabilitering. Nomenklaturerna kan därmed användas som precisering till de nationella rubrikerna och fungerar då på samma sätt som de tilläggsrubriker som beskrivs på annan plats i den här handboken. Vårdpersonalen kan exempelvis dokumentera funktioner som hänför sig till det så kallade rehabiliterande vårdarbetet under rubriken *Vårdaktiviteter* med användning av egna yrkesspecifika datastrukturer. Information som hänför sig till rehabilitering dokumenteras i en tjänste-, yrkes- eller specialitetsspecifik vy i enlighet med de anvisningar om användningen av vyerna som ges på annan plats i denna handbok.

Dokumentationen av rehabilitering utvecklas i samarbete med den expertgrupp som koordinerar nomenklaturerna (Nimikkeistöjä koordinoiva asiantuntijaryhmä, NIKO) och andra expertgrupper. Mer information finns på adressen https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/kuntoutus-ja-erityistyontekijoiden-nimikkeistot. Närmare anvisningar ges i den separata publikationen Handbok för strukturerad dokumentation, del 2. Datastrukturerna för och innehållet i rehabiliteringen har tills vidare inte specificerats.

Läkemedelsbehandling

Recept, kontroller och administreringsanteckningar för läkemedel samt övriga anteckningar som rör ändring och kontroll av en gällande medicinering eller administrering av läkemedel görs i strukturerad form i medicineringsmodulen, och den som gör anteckningarna behöver då inte använda rubriken *Läkemedelsbehandling* (programmet tar automatiskt fram den i bakgrunden). Under rubriken dokumenteras vid behov som fri text utvärderingar av

Förädrad

läkemedelsbehandlingen samt kommentarer och motiveringar till besluten, om dessa inte kan dokumenteras som strukturerad information. Det är inte meningen att patientens aktuella medicinering ska dokumenteras under rubriken i patientjournaltexten vid sidan av den strukturerade informationen, utan avsikten är att medicineringsuppgifterna i fortsättningen helt ska underhållas i en särskild medicineringsmodul. Tills vidare, om strukturerade medicineringsuppgifter inte kan fogas till exempelvis vårdrespons/svar i vården, kan uppgifter om aktuell Medicinering (MEDIC) dokumenteras som fri text under rubriken *Läkemedelsbehandling*. Dokumentationen av läkemedelsbehandling beskrivs närmare i kapitel 14.

Förebyggande vård (prevention)

Under rubriken dokumenteras information om vaccinationer samt om övrig hälsofostran och förebyggande hälsovård. Uppgifterna om vaccinationer dokumenteras som strukturerad information. Annan information om hälsofostran, vägledning i hälsofrämjande samt om förebyggande hälsovård dokumenteras i regel som fri text eller i mån av möjlighet som strukturerad information med användning av ändamålsenlig klassifikation. Dokumentationen av förebyggande vård och vaccinationer beskrivs närmare i kapitel 15.

Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar

Under rubriken dokumenteras uppgifter (t.ex. en lista eller förteckning) om de hjälpmedel som en funktionshindrad person använder som stöd för att klara de dagliga funktionerna och för att delta i samhällslivet samt om de viktigaste vårdtillbehören för vården av (långvariga) sjukdomar. Under rubriken kan man också dokumentera annan information som anses behövlig om hjälpmedel och sjukvårdsartiklar, exempelvis om mängden hjälpmedel och sjukvårdsartiklar som ska överlåtas eller som är i användning, varumärke och modellgjorda modifieringar eller ändringar samt övrig väsentlig information om själva hjälpmedlen eller sjukvårdsartiklarna. Dokumentationen kan göras som fri text eller exempelvis för hjälpmedlens del med hjälp av klassifikationen *SFS/THL - Apuvälineluokitus (Hjälpmedelsklassifikation)*. Även de som inte hör till rehabiliteringspersonal eller övrig specialpersonal dokumenterar uppgifter om en patients hjälpmedel under rubriken *Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar*.

Rehabiliteringspersonal och övrig specialpersonal dokumenterar den vägledning och annan hjälpmedelstjänst som de tillhandahållit med användning av nomenklaturen inom den egna branschen under rubriken *Rehabilitering*, antingen i en tjänstespecifik vy eller i en yrkesspecifik vy i enlighet med de anvisningar om användningen av vyer som finns på annan plats i den här handboken. Vårdpersonalen kan på motsvarande sätt dokumentera funktioner som hänför sig till vägledning i användningen av sjukvårdsartiklar och övriga funktioner som hänför sig till den sjukvårdsartikeltjänst de tillhandahållit under rubriken *Vårdaktiviteter* i de vyer som de använder (t.ex. VÅRD, RÅDG, STUD).

Avsikten är att framöver bereda strukturen för och innehållet i informationen om hjälpmedel och sjukvårdsartiklar i samarbete med övriga eventuella expertgrupper inom hjälpmedelsklassifikation. Specifikationerna av förhållandet mellan dokumentationer som ska göras i de så kallade hjälpmedelsregistren respektive i patientjournalen samt specifikationerna av innehållet och funktionerna behöver likaså preciseras.

Förärdrad

Utvärdering av vård

Diagnos

Under rubriken dokumenterar läkaren de diagnoser som konstaterats hos patienten enligt diagnosstrukturen. I diagnoserna dokumenteras diagnoser som konstaterats eller behandlats under ett besök eller en vårdperiod samt övriga diagnoser som väsentligt har påverkat vården under patientens besök eller vårdperiod. Varaktiga diagnoser som inte haft betydelse för vården av patienten dokumenteras inte. Den strukturella dokumentationen av diagnoser beskrivs närmare i kapitel 9.

Vårdklass

Under rubriken dokumenteras en uppskattning av mängden vård en patient behöver eller har fått och hur krävande den varit mätt med en vårdtyngdsmätare. Informationen om vårdklass dokumenteras strukturerat med användning av vårdtyngdsklassificering.

Vårdresultat

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 (Ospecificerat)

Annan anteckning

Under rubriken dokumenteras sådana uppgifter som inte passar in under någon av de övriga rubrikerna.

Föråldrad

7 Basuppgifter om patienten

BRA ATT VETA

Patienten ska kunna identifieras och nödvändiga uppgifter om nya patienter ska dokumenteras när det är möjligt. En stor del av basuppgifterna om patienten kommer till patientdatasystemet i uppdaterad form från befolkningsregistersystemet, men den som dokumenterar bör ändå försäkra sig om att uppgifterna stämmer.

Basuppgifterna om patienten består av identifikationsuppgifter och kontaktinformation. Uppgifterna används för att identifiera och hålla kontakt med patienten. Identifikationsuppgifterna består av patientens förnamn, efternamn, namnhistoria, personbeteckning, tillfällig personbeteckning, födelsedatum, kön och dödsdatum. Av informationen framgår också uppgifter om den tjänstetillhandahållare som senast har uppdaterat patientens identifikationsuppgifter och om tillhandahållarens organisation. Personbeteckningen är den kod som identifierar patienten.

Enligt förordningen om journalhandlingar är patientens namn, födelsedatum och personbeteckning minimiuppgifter för identifiering. Patientens identifikationsuppgifter ingår också i handlingarnas identifikationsuppgifter i den elektroniska patientjournalen. Övriga uppgifter som ska dokumenteras i basuppgifterna om patienten är dennas kontaktinformation, uppgift om patientens vårdnadshavare, lagliga företrädare eller intressebevakare, uppgift om intressebevakning, spärrmarkering och övriga uppgifter, såsom information om när basuppgifterna senast har uppdaterats. Tabell 3 visar de klassifikationer och datastrukturer som ska användas för basuppgifterna.

Förslag

Tabell 3. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av basuppgifter om en patient.

Klassifikationer för dokumentation	Blankettstruktur
AR/YDIN - Sukupuoli (Kön)	AR/Lomake - Perushenkilötietolomake (HEN) (Blankett för baspersonuppgifter - HEN)
VRK/THL - Kuntakoodit (BRC/THL - Kommunkoder)	
TK – Ammattiluokitus (SC – Yrkesklassifikation)	
SFS – Kielikoodisto (Språkkoder)	
SFS - Maakoodisto (Landskoder)	
AR/YDIN - Sukulaisuus (Släktskap)	
AR/YDIN - Yhteyshenkilön ensisijaisuus (Kontaktpersonens prioritet)	

7.1 En persons identifikationsuppgifter

Basuppgifter om personer som är bosatta i Finland finns i Befolkningsregistercentralens (BRC) befolkningsdatasystem (BDS). Från befolkningsdatasystemet får patientdatasystemen identifikationsuppgifter om en patient, såsom nuvarande förnamn, nuvarande efternamn, namnändringar, personbeteckning, kön och dödsdatum. I de flesta organisationer har man skapat en rutin för batchuppdatering av uppgifterna från BDS, men hur ofta uppgifterna uppdateras varierar i olika organisationer.

Till övriga delar kan tjänstetillhandahållaren komplettera uppgifterna genom att dokumentera dem i patientdatasystemet. Uppgifternas riktighet måste såvitt möjligt kontrolleras med patienten eller en person som representerar patienten. I detta fall ska de uppdateringar av patientens basuppgifter som en yrkesutbildad person gör i patientdatasystemet alltid dokumenteras inklusive datum och uppgift om den som gjort uppdateringen. Den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har uppdaterat personuppgifterna identifieras med personbeteckningen.

Personbeteckning

Patientens personbeteckning ska dokumenteras i patientdatasystemet. Om en patient som inte är införd i befolkningsdatasystemet eller om personbeteckningen av andra orsaker inte är känd kan en tillfällig personbeteckning användas. Den tillfälliga personbeteckningens giltighetstid kan anges som tilläggsinformation.

Patientdatasystemet skapar en tillfällig personbeteckning och tar fram en OID-kod för den enligt ISO-standarden (modell 1.2.246.10.<FO-nummer>.22.<år>.<tillfällig p-beteckning>) 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.

Namn samt födelse- och dödstid

Användaren dokumenterar för- och efternamnet på avsedd plats i patientdatasystemet. Utöver efternamnet kan man också dokumentera det tidigare efternamnet. Det tidigare efternamnet syns bara på personuppgifts- blanketten och behöver inte dokumenteras i andra journalhandlingar. Personens namn är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras. Inom social- och hälsovården dokumenteras födelse- och dödstid med en minuts noggrannhet om uppgifterna är kända. Från Befolkningsregistercentralen fås uppgiften om dödstid med en dags noggrannhet. Personens födelsetid är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

Kön

Könet dokumenteras i patientdatasystemet med klassifikationen *Sukupuoli (Kön)*. Klassifikationen följer den internationella standarden ISO 5218 och den nationella standarden SFS 4182. Vid dokumentationen bör man beakta att det inte används något standardenligt kodverk i den information som förmedlas från Befolkningsregistercentralen (se tabell 4). I BRC:s information uttrycks man med koden "1", kvinna med koden "2" och om uppgiften saknas används koden "B". Personens kön är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

Föråldrad

Tabell 4. Motsvarighet mellan kodverken för kön.

Kod	AR/YDIN-Sukupuoli (Kön) (SFS 4182)	Motsvarighet i BRC-kodverket
1	Man (Mies)	1
2	Kvinna (Nainen)	2
9	Ej tillämpligt (Määrittelemättä)	(ingen motsvarighet)
0	Okänt (Tuntematon)	B

7.2 En persons kontaktinformation

Förslag

En persons kontaktinformation omfattar adress, datum för inflyttning i kommunen, hemkommun, telefonnummer, faxnummer, e-postadress, yrke, modersmål och kontaktspråk. Adressen, hemkommunen, yrket, modersmålet och kontaktspråket kan uppdateras från Befolkningsdatasystemet. Minimiuppgifter enligt förordningen om journalhandlingar är hemkommun och kontaktuppgifter samt vid behov patientens modersmål, kontaktspråk och yrke. I patientens kontaktinformation kan man också inkludera andra uppgifter, såsom behov av tolk samt medborgarskap. Patientens kontaktinformation kan kontrolleras exempelvis i samband med ankomstsituationen och den som dokumenterar uppdaterar vid behov de ändrade uppgifterna i patientdatasystemen.

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.

Hemkommun

En persons hemkommun och därvarande bostad fås från befolkningsdatasystemet. Också en tillfällig bostad som en person uppger kan dokumenteras i befolkningsdatasystemet. En persons hemkommun är den kommun där personen är stadigvarande bosatt. I patientdatasystemet kan hemkommunen dokumenteras med klassifikationen *Kuntakoodit* (Kommunkoder), som följer rekommendationen JHS 110 om kommunernas sifferkoder (JHS 2012). Hemkommun är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras. När en person har spärrmarkering eller är avliden ändrar BRC kommunkoden till 000 (se även kapitel 7.5). Kommunkodsklassifikationen har också egna koder för personer som saknar hemkommun i Finland eller vars hemkommun är okänd eller för personer som är bosatta utomlands.

Telefon, fax och e-post

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

Yrke

En persons yrke dokumenteras i Befolkningsdatasystemet enligt personens egen anmälan och vanligen i samband med en flyttanmälan. Yrket dokumenteras vid behov i

patientdatasystemet. Vid dokumentationen av yrket kan man också utnyttja klassifikationen *Ammattiluokitus* (Yrkesklassifikation) eller dokumentera yrket som fri text.

Modersmål

Uppgiften om modersmål finns i Befolkningsdatasystemet. Språkuppgiften kan senare ändras genom skriftlig anmälan till den registeransvarige. För dokumentation av en patients modersmål kan man använda klassifikationen *Kielikoodisto* (Språkkoder), som följer standarden SFS-ISO 639.

Kontaktspråk

Med patientens kontaktspråk avses inte enbart något av Finlands officiella språk. Här kan man också ange andra språk och informationen kan utnyttjas när man anordnar tolktjänster. För dokumentation av en patients kontaktspråk kan man använda klassifikationen *Kielikoodisto* (Språkkoder), som följer standarden SFS-ISO 639.

Behov av tolk

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

Medborgarskap

Medborgarskapet dokumenteras med användning av *landskoder*.

7.3 Kontaktperson

I uppgifterna om kontaktperson utnyttjas samma kodverk och rekommendationer som i basuppgifterna om patienten. Kontaktpersonens släktskap dokumenteras med klassifikationen *Sukulaisuus (*Släktskap). Det kan finnas flera kontaktpersoner, och då kan man med klassifikationen *Yhteyshenkilön ensisijaisuus* (Kontaktpersonens prioritet) dokumentera om det är fråga om en primär eller sekundär kontaktperson. Förutom släkting kan kontaktpersonen vara en annan intressebevakare eller vårdnadshavare. Exempelvis när det gäller en minderårig patient ska det framgå om kontaktpersonen är vårdnadshavare eller laglig företrädare. När det gäller en myndig patient ska den utsedda lagliga företrädarens namn och kontaktinformation framgå av uppgifterna. Enligt förordningen om journalhandlingar är minimiuppgifterna för en kontaktperson i fråga om en minderårig patient vårdnadshavarnas eller en annan laglig företrädares namn och kontaktinformation samt namnet på den lagliga företrädare som utsetts för en myndig patient och denna företrädares kontaktinformation, samt vid behov namnet på en nära anhörig eller någon annan kontaktperson som patienten uppgett samt eventuellt släktskapsförhållande och kontaktinformation.

Från BRC får man information om intressebevakningens giltighetstid, alltså begynnelse- och avslutningsdatum, och om fördelningen av intressebevakningsuppgifterna 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.

Föråldrad

7.4 Försäkringsbolag

Enligt förordningen om journalhandlingar dokumenteras patientens försäkringsbolag vid behov, exempelvis när orsaken till vård kan vara en arbetsolycka eller en yrkessjukdom eller om vården eventuellt betalas av försäkringsbolaget. 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 lämnas ut till andra. En person som beviljats spärrmarkering kan också meddela magistraten en kontaktadress (exempelvis en arbetsadress eller en postbox) som införs i Befolkningsdatasystemet och som kan användas för mottagande av postförsändelser och som utlämningsbegränsningarna inte gäller.

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

Föråldrad

7.6 Personuppgiftsblankett

En elektronisk personuppgiftsblankett har publicerats på den nationella Kodservern (Perushenkilötietolomake/ Blankett för baspersonuppgifter). Tills vidare **lagras inte** personuppgiftshandlingen och vyn HEN enligt den i Patientdataarkivet på grund av tekniska problem i samband med **spärrmarkering**.

7.7 Den fortsatta utvecklingen 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) utesluts patientens personuppgifter från Informationshanteringstjänsten, där det var tänkt att de skulle underhållas.

Behandlingen och arkiveringen av personuppgifter bedöms i fortsättningen som en helhet med beaktande av underhållet av personuppgifter, medborgarens roll i underhållet, registerföringen och personuppgifternas tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. Samarbetet mellan de aktörer som deltar i underhållet av personuppgifter samt patientens självständiga underhåll av uppgifterna via eventuella egna medborgartjänster kräver ytterligare utredningar för att definiera verksamhetsmodellerna för underhållet av personuppgifter.

Utan officiell finländsk personbeteckning kan patientens uppgifter lagras men ändå inte lämnas ut från hälso- och sjukvårdens riksomfattande informationstjänster, eftersom patienten då inte kan identifieras entydigt. I enlighet med SHM:s riktlinjer kommer man på grund av det obetydliga behovet inte heller att utveckla användningen av uppgifterna i Patientdataarkivet med hjälp av en tillfällig identifikationskod.

8 Uppgifter om vårdgivaren och servicehändelsen

BRA ATT VETA

Uppgifterna om vårdgivaren beskriver servicegivaren och den person som genomför hälso- eller sjukvården. Uppgifterna om servicegivaren består av namnet på serviceenheten och dess identifikationskod. Uppgifterna om den person som genomför hälso- eller sjukvården består av personens namn och yrke. Patientdatasystemet kan vanligen ta fram identifikationsuppgifterna för varje anteckning i en patientjournal automatiskt utifrån användarens inloggning, och användaren behöver inte dokumentera dem separat. Uppgifterna om en servicehändelse består av en servicehändelsehandling, en identifikationskod för servicehändelsen samt tidpunkten för servicehändelsen, vilka patientdatasystemet likaså tar fram automatiskt. Användaren får vid behov fram identifikationsuppgifterna exempelvis i visningsform.

Förändrad

Journalhandlingarna och de anteckningar som finns i dem innehåller identifikationsuppgifter (metadata), som är avsedda exempelvis för att möjliggöra lagring, sökning och behandling av patientuppgifter. Även servicehändelsen har egna identifikationsuppgifter, som används i de riksomfattande elektroniska tjänsterna som hjälp för dokumentförvaltningen. En stor del av identifikationsuppgifterna bildas automatiskt, och användaren behöver vanligen inte dokumentera dem. De klassifikationer som ska användas i identifikationsuppgifterna visas i tabell 5.

Tabell 5. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av identifikationsuppgifter 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 personidentifierare, Yrkespersonens funktion/roll)

8.1 Identifikationsuppgifter för den som gör en anteckning och för vårdgivaren

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 dokumentära 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.

Uppgiften *Person som gjort en anteckning* är obligatorisk, men i allmänhet tar systemet fram uppgiften automatiskt. Den som gjort en anteckning är den person som ansvarar för anteckningens informationsinnehåll. *Personen som registrerar en anteckning* kan vara en assisterande person, en maskinskrivare eller en apparat. Då ska också uppgifterna om den som tekniskt registrerar anteckningen framgå av anteckningen. (Förordning om journalhandlingar 298/2009)

Vårdgivarens identifikationsuppgifter identifierar servicegivaren och den person som genomför hälso- eller sjukvården. Servicegivaren kan vara en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en självständig yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Förutom verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård 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 prehospitala akutsjukvården.

En yrkesutbildad persons roll identifieras med en rollkod enligt Kodtjänsten (eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin) (eArkivet – teknisk CDA R2 personidentifierare). En yrkesutbildad person kan också delta i anteckningarna i en handling i flera roller, och strukturen kan upprepas så många gånger som behövs för att samma persons olika roller i anteckningen ska lagras. Vid dokumentationen av en anteckning är den yrkesutbildade personens roll en obligatorisk uppgift, som systemet i allmänhet sluter sig till automatiskt.

Uppgifterna om den person som genomför hälso- eller sjukvården anger personens namn och yrke. Med ställning, som nämns i förordningen om journalhandlingar (298/2009), avses den befattning en person innehar, såsom läkare eller sjukskötare. Patientdatasystemet kan automatiskt ta fram namnet på den person som genomför hälso- och sjukvården och övriga basuppgifter om personen på basis av personens användarnamn. Vid dokumentationen av yrke används klassifikationen *Ammattiluokitus* (Yrkesklassifikation).

Det är vanligt att flera personer som genomför hälso- och sjukvård deltar i vården av en patient, och vem som registrerat anteckningen framgår då av användarhanteringen. Som vårdgivare tolkas alla personer som genomför hälso- och sjukvård och deltar i vården av en patient och gör anteckningar i journalhandlingarna. När man av användaruppgifterna kan sluta sig till vem som gjort anteckningen kan informationen om den som gjort anteckningen, t.ex. en läkare, skapas automatiskt i patientdatasystemet. I annat fall måste uppgiften om vem som gjort anteckningen skrivas in manuellt eller tas fram i samband med att man godkänner anteckningen. Varje anteckning i en journalhandling innehåller uppgifter om vem som gjort anteckningen, om verksamhetsenheten och om den som dokumenterat. När en anteckning görs av en studerande ska dennas ansvariga handledare godkänna anteckningen.

Datum för dokumentation av en anteckning ingår i anteckningens metadata, men datumen för observation av patientuppgifterna hör till informationsinnehållet i anteckningen och dokumenteras separat. Tidpunkten när en anteckning registrerats är väsentlig information med avseende på uppföljningen av processen och juridiskt sett. I anteckningens identifikationsuppgifter ingår dessutom tidpunkten för godkännandet av anteckningen, när godkännande krävs. Vanligen ser användaren varken när en anteckning gjorts eller av vem, men informationen kan tas fram vid behov. Metadata om den som gjort anteckningen beskrivs närmare i Patientdatasystemens användningsfall (Kanta - Potilastiedon arkiston määrittelyt 2018) och i meddelandehandboken Medical Records (HL7-määrittelyt 2018).

Uppgifterna om servicegivaren och den serviceenhet som är tjänsteproducent innehåller namnet i textform och en OID-kod. Utifrån patientförvaltningens uppgifter kan systemet ta fram information om serviceenheten på avdelningsnivå, t.ex. bäddavdelning 2 på Kuopio universitetssjukhus, samt information om specialiteten, t.ex. kirurgi eller inre medicin.

Föråldrad

Patientdatasystemet genererar en OID-identifikationskod enligt ISO-standarden, som användaren inte ser och inte behöver bry sig om.

8.2 Identifikationsuppgifter för en servicehändelse

Med servicehändelse avses ordnande eller genomförande av en enskild tjänst mellan en tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster och en patient (Klientuppgiftslagen 159/2007 3 §). I praktiken är servicehändelsen en process, även om den tidsmässigt kan vara kortvarig. En servicehändelse initieras av något och leder till resultat som uppkommer av de funktioner som utförts under servicehändelsen.

Med hjälp av begreppet servicehändelse sammankopplas enskilda patientuppgifter och i dem ingående anteckningar och handlingar som hör till samma kontext. Därmed motsvarar en servicehändelse begreppet **ärende** inom dokumentförvaltningen. En servicehändelse är alltså ett ärende till vilket alla tillhörande handlingar som uppkommer under vården kopplas. Begreppet servicehändelse bildar också en helhet med vars hjälp en patients samtycken och förbud hanteras. I praktiken innebär det här att patienten har möjlighet att förbjuda att uppgifter om en viss servicehändelse visas i en annan organisation.

I datasystemen hänförs servicehändelsen till en enskild patient och varje journalanteckning fogas till en viss specificerad servicehändelse. Patientdatasystemen måste kunna koppla ihop uppgifter som hör till samma servicehändelse – också sådana som uppkommit i andra patientdatasystem hos samma tillhandahållare av tjänster – med hjälp av servicehändelsens kod, eller om systemet inte kan koppla ihop uppgifterna måste användaren själv välja rätt servicehändelse. Alla vårddokument som lagras i Patientdataarkivet ska fogas till en specificerad servicehändelse. Exempel på servicehändelser är (1) ett enskilt öppenvårdsbesök inom primärvården eller den specialiserade sjukvården med tidsmässigt och sakligt tillhörande undersökningar, åtgärder och kontakter, eller (2) en period inom den slutna vården med tillhörande åtgärder, undersökningar och konsultationer eller (3) ett seriebesök som görs av en specificerad orsak.

Även om servicehändelserna ur tjänsteproducentens synvinkel också skulle kunna indelas i mindre helheter, är en sådan indelning inte nödvändigtvis praktisk när man söker patientuppgifter. Seriebesök (serievård) är en och samma servicehändelse där de olika besöken sakligt hör ihop, men där ingen ny utvärdering av vården görs mellan besöken. Ett enskilt besök är då en enskild prestation inom seriebesöket, där datum är det enda som skiljer besöket från de andra. Också i detta fall kan man vid behov göra egna anteckningar eller upprätta en handling för varje besök.

Vid definitionen av en servicehändelse måste man komma ihåg att vårdperspektivet är patientens och inte tjänsteproducentens. Exempelvis inom den specialiserade sjukvården kan en patient vårdas på flera avdelningar. Trots att ansvaret för samordningen av patientens vård då överförs från en avdelning till en annan under servicehändelsen, bildar de här processhändelserna på olika avdelningar tillsammans en servicehändelse, när vårdorsaken inte förändras.

Begreppet servicehändelse baserar sig på lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (159/2007). Till identifikationsuppgifterna för en servicehändelse hör typen av servicehändelse, identifikationskoden och tidpunkten. Typen av servicehändelse uttrycks med klassifikationen *Palvelutapahtuman laji* (Servicehändelsens art). Servicehändelserna specificeras med en OID-kod och tidpunkten för händelsen uttrycks med minst en dags noggrannhet.

Förändrad

9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser

BRA ATT VETA

Den orsak till att söka vård som patienten uppger dokumenteras som fri text under rubriken Ankomstorsak. Den yrkesutbildade personens bedömning av orsaken till vårdkontakten dokumenteras alltid i strukturerad form med ICD- eller ICPC-klassifikation antingen som *diagnos* (läkare, tandläkare) eller som *besöksorsak* (övriga yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården). Besöksorsakerna och diagnoserna kan vid behov preciseras med tilläggsbestämningar som beskriver diagnosens prioritet, varaktighet och säkerhet. Informationshanteringstjänsten sammanställer en lista över patientens diagnoser och besöksorsaker, som patientdatasystemen visar så att långtidsdiagnoser visas separat från tidsbegränsade diagnoser. Diagnoserna och besöksorsakerna på sammandragslistan kan användas som underlag för nya anteckningar. Informationen kan också preciseras och nya diagnoser och besöksorsaker fogas till en tidigare vårdepisod.

Förändrad

Den orsak till att söka vård som patienten uppger samt orsaken till kontakten (Ankomstorsak) dokumenteras som fri text. Den yrkesutbildade personens bedömning av diagnosen eller besöksorsaken i samband med vårdhändelsen dokumenteras i strukturerad form med hjälp av ICPC- eller ICD-koder. Som diagnoser eller besöksorsaker dokumenteras patientens alla diagnoser och vårdorsaker som behandlats under besöket eller vårdperioden eller som annars väsentligt påverkat vården, oavsett om det rör sig om exempelvis en kortvarig eller långvarig sjukdom.

Diagnoserna och besöksorsakerna är den viktigaste strukturella informationen med tanke på vården av patienten, men informationen används också i andra sammanhang, t.ex. för att beskriva tjänsteproduktionen, mäta kvaliteten och effekten eller analysera kostnaderna. De klassifikationer som ska användas för dokumentation av besöksorsaker och diagnoser visas i tabell 6.

För varje diagnos och besöksorsak bildar patientdatasystemen en *episodkod*, med vars hjälp uppgifter om diagnoser och besöksorsaker som hänför sig till samma sjukdom hos patienten kan fogas ihop till en vårdmässig helhet, en s.k. vårdepisod, oavsett vem som tillhandahållit tjänsten.

Av den strukturella informationen om diagnoser och besöksorsaker bildar Informationshanteringstjänsten en sammanställning (DGS), som beskrivs i kapitel 9.6. Det strukturerade informationsinnehållet i diagnoser och besöksorsaker och den diagnossammanställning som bildas utifrån dem beskrivs närmare i specifikationerna för Informationshanteringstjänsten (Tiedonhallintapalvelun määrittely, Virkkunen m.fl. 2016). *THL/ Tietosisältö - Diagnoosit* (THL/ Informationsinnehåll - Diagnoser) som presenteras där har publicerats på den nationella Kodservern (innehåller även besöksorsaker).

Tabell 6. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av besöksorsaker och diagnoser.

Klassifikationer för dokumentation
Diagnoser eller besöksorsaker: THL – Klassifikation av sjukdomar ICD-10 eller Kommunförbundet - ICPC Primärvårdsklassifikationen
Diagnosens yttre orsak och typ av olycksfall: THL Klassifikation av sjukdomar ICD-10
Läkemedel som orsakat tillståndet: Fimea - ATC klassifikation
Haittavaikutuksen aiheuttaja (Orsak till skadlig effekt eller biverkning): THL - Åtgärdsklassifikation eller Fimea - ATC klassifikation
Diagnosens eller besöksorsakens prioritet: AR/YDIN - Diagnoosin/ toimenpiteen ensisijaisuus (päädiagnoosi/ sivudiagnoosi) (AR/YDIN - Diagnosens/ åtgärdens prioritet, huvuddiagnos/bidiagnos)
Diagnosens eller besöksorsakens varaktighet: AR/YDIN – Pysyvyys (Varaktighet) (Av permanent karaktär/ Temporär)
Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad: AR/YDIN – Säkerhetsgrad (Misstänkt/ Sannolik eller säker)
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio/ Muu hoitava organisaatio/ Potilas/ Potilaan äiti/ Potilaan isä/Potilaan edustaja/ Viranomainen/ Muu tiedon lähde) (THL - Informationskälla: Behandlande organisation/ Annan behandlande organisation/ Patienten/ Patientens mor/ Patientens far/ Patientens företrädare/ Myndighet/ Annan informationskälla)
Orsak till avslutad diagnos: AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen/ Parantunut/ Tarkentunut/ Muu syy)
UKK-institutet - Liikuntalajinimikkeistö (Nomenklatur för motionsgrenar)[1]

Föreläsning

9.1 Ankomstorsak

Ankomstorsak beskriver den orsak till att söka vård, ta kontakt eller anlita tjänsterna som patienten själv uppgett eller uttryckt. Informationen baserar sig på patientens egen uppgift, erfarenhet, åsikt, tolkning eller bedömning av orsaken till anlitandet av hälso- och sjukvårdstjänster. I vissa fall kan också patientens ledsagare uttrycka ankomstorsaken för patientens räkning. Patientens personliga orsaker till anlitandet av tjänster kan ha att göra med diverse symtom, tidigare diagnostiserade sjukdomar eller diagnostiska åtgärder och vårdåtgärder eller behov som gäller medicinering. Uppgifterna om orsaken till att patienten söker vård eller anlitar tjänster har vanligen dokumenterats som fri text i samband med tidsbokning eller anmälan, och i en ankomstsituation särskilt på mottagningar inom primärvården. Det rekommenderas att begreppet Ankomstorsak används i motsvarande betydelse också inom den specialiserade sjukvården. (Se även kapitel 9.2 Besöksorsak och 9.3 Diagnos)

[1] Nomenklaturen för motionsgrenar kan vid behov fogas till kod Y94.2 Sport- eller idrottsolycka i Klassifikation av sjukdomar ICD-10 för att precisera den gren inom vilken skadan som krävt sjukhusvård har uppstått

Ankomstorsaken dokumenteras under rubriken *Ankomstorsak*. Ankomstorsaken dokumenteras (tills vidare och i regel) av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller av någon annan motsvarande person som arbetar med telefonrådgivning eller på ett mottagningsställe, som fri text och så autentiskt som möjligt utifrån vad patienten (eller dennes företrädare) uppger. I framtiden kan elektroniska tjänster och informationssystem också göra det möjligt för patienten att själv dokumentera ankomstorsaken.

För att utveckla den strukturerade dokumentationen av vårdorsaken har man bland annat funderat på att skapa en "favoritlista" på basis av ICPC-klassifikationen. ICPC-klassifikationen har redan länge använts internationellt (Britt m.fl. 2016; Soler m.fl. 2012; Bentsen 1986) för att dokumentera dels patientens egen ankomstorsak och dels det hälsoproblem eller den diagnosinformation som den yrkesutbildade personen konstaterar. Behovet av en nationell specifikation och möjligheten till strukturell dokumentation av ankomstorsaken utreds i samband med den fortsatta utvecklingen.

9.2 Besöksorsak

Uppgiften om besöksorsak uttrycker någon annans än en läkares eller tandläkares syn på ett symtom, ett besvär eller en sjukdom som tagits upp och/eller behandlats vid ett mottagningsbesök eller i samband med någon annan motsvarande kontakt. Läkare och tandläkare dokumenterar inte besöksorsaken, utan endast diagnosen (se närmare kapitel 9.3 Diagnos).

Uppgiften om besöksorsak grundar sig alltid på en yrkesutbildad persons observation och bedömning och bestämmandet av besöksorsaken sker under och på basis av mottagningssituationen. Till skillnad från uppgiften om ankomstorsak förutsätter uppgiften om besöksorsak alltid att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården aktivt tar ställning till patientens hälsoproblem och situation.

Besöksorsaken dokumenteras utifrån den yrkesutbildade personens utbildning, yrkeskompetens, arbetsuppgifter och arbetsbeskrivning. Som besöksorsak dokumenteras de symtom, besvär och sjukdomar eller andra motsvarande orsaker som är föremål för vården och verksamheten eller som annars tas upp just då. En patients tidigare konstaterade eller diagnostiserade långtidssjukdomar dokumenteras som besöksorsak endast när behandling av dem är aktuell eller när de väsentligt påverkar dels det problem som tagits upp eller ska behandlas vid det aktuella besöket och dels genomförandet av vården eller tjänstens innehåll.

Besöksorsaken dokumenteras antingen med ICPC-klassifikation eller alternativt med ICD-klassifikation, om besöksorsaken grundar sig på en läkares tidigare diagnos. Namnet på besöksorsaken hämtas i första hand från ICD eller ICPC på basis av koden, men namnet kan vid behov omformas så att det är exaktare än den term som används i klassifikationen och bättre beskriver besöksorsaken, förutsatt att betydelsen inte förändras så att den avviker från koden. Besöksorsakerna kan vara en eller flera. Uppgiften om besöksorsak kan preciseras med motsvarande tilläggsattribut som uppgiften om diagnos.

Uppgiften om besöksorsak dokumenteras i journalvyn under rubriken *Vårdorsak* eller direkt i respektive fält i datastrukturen Diagnoser och besöksorsak (Virkkunen m.fl. 2016). Strukturerad information om besöksorsaken som dokumenterats under rubriken *Vårdorsak* kan vid behov kompletteras med fri text.

Förfaldrad

9.3 Diagnos

En diagnos uttrycker en medicinskt fastställd sjukdom. Med diagnos avses en beskrivning av att en sjukdom föreligger och fastställande av dess art (Komulainen, 2012). Läkaren som behandlar patienten dokumenterar uppgiften om diagnos i ett så tidigt skede som möjligt. Den tekniska dokumenteraren av uppgiften om diagnos kan också vara någon annan än en person som har fått medicinsk utbildning (t.ex. en textbehandlare). Innehållsligt görs anteckningen dock alltid av en läkare.

Läkare dokumenterar alltid diagnosen, inte besöksorsaken. Uppgiften om diagnos dokumenteras antingen under rubriken *Diagnos* eller direkt i respektive fält i datastrukturen Diagnos. Inom den specialiserade sjukvården dokumenteras diagnoser med ICD-klassifikation och inom primärvården med ICD- eller ICPC-klassifikation. Det rekommenderas att ICD-klassifikationen används även inom primärvården. Namnet på diagnosen hämtas i första hand från ICD eller ICPC på basis av koden, men den läkare som ställt diagnosen kan vid behov omforma namnet så att det är exaktare än den term som används i klassifikationen och bättre beskriver diagnosen, förutsatt att betydelsen inte förändras så att den avviker från koden. Eventuella preciseringar av och tillägg till kodnamnet kan också dokumenteras efter namnet på diagnosen (t.ex.: ICD-10 S92.0 Fraktur på kalkaneus, *höger fot* eller ICPC-2 L76 Annan fraktur -> L76 *Fraktur på kalkaneus, höger fot)*.

Med diagnoser för ett vårdbesök eller en vårdperiod åsyftas de hälsoproblem och (temporära eller varaktiga) diagnoser som behandlats i samband med respektive kontakt. Som diagnos för en vårdhändelse dokumenteras bara de tidigare diagnoser som har betydelse för undersökningen eller behandlingen av eller prognosen för det aktuella hälsoproblemet och som vid respektive tidpunkt påverkar patientens hälsotillstånd.

Noggrann dokumentation av diagnosen i ett så tidigt skede som möjligt stöder möjligheten att använda kliniskt beslutsstöd. Dokumentationen av diagnoser beskrivs närmare i handboken Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (Komulainen, 2012). ICD- och ICPC-klassifikationerna presenteras närmare i handböckerna Tautiluokitus ICD-10 – Klassifikation av sjukdomar (2011) och ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (Kvist och Savolainen, 2010).

Förfrågan

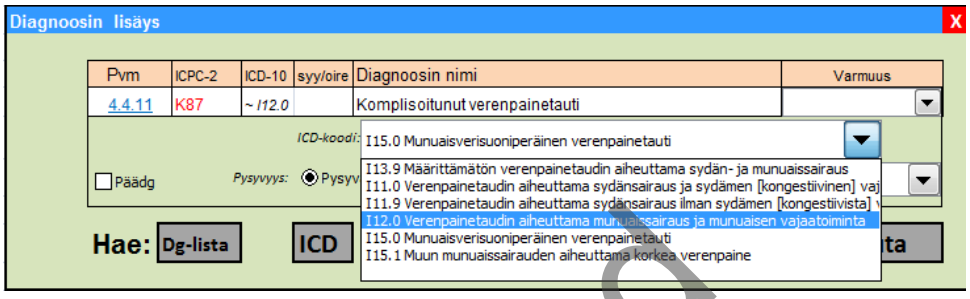
9.4 Informationsinnehållen i en diagnos och en besöksorsak

Diagnoser och besöksorsaker dokumenteras med samma datastruktur och deras innehåll har beskrivits i samma specifikation av informationsinnehåll (*THL/Tietosisältö - Diagnoosit*) (THL/Informationsinnehåll - Diagnoser). Det förekommer dock små skillnader mellan användningen av ICD-10 och ICPC-2, och dessa skillnader har i huvudsak beaktats även i de följande kapitlen.

9.4.1 Koder för diagnos och besöksorsak

Diagnoser och besöksorsaker dokumenteras med ICD- eller ICPC-klassifikation. Om diagnosen dokumenteras med en ICPC-kod är det möjligt att precisera den med en ICD- kod, vilket även rekommenderas. Patientdatasystemet kan ta fram en lista på ICD-koder som motsvarar ICPC-koderna och bland vilka den som gör anteckningen väljer en lämplig kod. Se figur 8.

Uppgifter om vilka ICPC-koder som motsvarar ICD-10-koderna har publicerats i ICD-10-klassifikationen medan uppgifter om vilka ICD-koder som motsvarar ICPC-koderna har publicerats i ICPC-2-klassifikationen. Som tilläggsinformation i ICD- och ICPC-kodverken har man också publicerat de nämnda byglingarnas prioritet, den förvalda ”bästa träffen”, när relationen mellan kodverken är ett−många.



Figur 8. Exempel, när ICPC-kodverket används. Systemet erbjuder en lista över motsvarande ICD-koder, som förvald primär kod erbjuds den ICD-kod som motsvarar definitionen. (Virkkunen m.fl. 2016)

Förädrad

När uppgiften om diagnos dokumenteras med ICD-klassifikationen kan man i anteckningen använda antingen enskilda diagnoskoder eller kodpar, s.k. kombinationskoder, ur ICD-klassifikationen. Den som gör anteckningen kan också själv bilda kodpar genom att kombinera enskilda koder ur ICD-klassifikationen, när den först valda koden slutar med tecknet &, * eller +. Som precisering till en kod som slutar med tecknet # ska man dokumentera ATC-koden för det läkemedel som orsakat tillståndet.

I patientdatasystemen kan det vara möjligt att dokumentera kombinationsdiagnoser också (eller enbart) direkt i strukturerad form så att koderna för symtom, orsak, endokrinologisk störning samt ATC-koderna dokumenteras direkt i respektive fält i stället för genom att bilda diagnoskodpar. Kombinationsdiagnoser som dokumenterats som kodpar upplöses likaså i patientdatasystemet till separata strukturer för att informationen ska vara lättare att utnyttja[2].

Vissa koder i ICD-10 kan som tilläggsinformation kräva uppgift om yttre orsak till diagnosen, typ av olycksfall eller idrottsgren. Patientdatasystemen känner igen de diagnoser som kräver tilläggsinformation. Den som gör anteckningen måste fylla i tilläggsinformationen i samband med dessa diagnoser.

9.4.2 Diagnosens eller besöksorsakens prioritet

Med *huvuddiagnos* avses den primära diagnosen eller besöksorsaken med tanke på vården av en patient i respektive vårdsituation. Med *bidiagnoser* avses andra diagnoser eller besöksorsaker som är sekundära med tanke på vården av en patient, men som i en vårdsituation påverkar undersökningen och vården av samt prognosen för patienten eller patientens omedelbara hälsotillstånd. Uppgiften om diagnosens eller besöksorsakens prioritet dokumenteras i enlighet med klassifikationen *Diagnoosin ensisijaisuus* (Diagnosens prioritet).

[2] från och med det innehåll som specificerats 2015

För ett besök eller en vårdperiod ska huvuddiagnosen eller den huvudsakliga besöksorsaken bestämmas senast när vårdperioden eller besöket eller någon annan vårdkontakt avslutas.

För varje besök eller vårdperiod kan det finnas bara en huvuddiagnos. Om ingen huvuddiagnos har angetts tolkas den diagnos eller besöksorsak som nämns först i dokumentationen av besöket eller i slutvärderingen av vårdperioden som huvuddiagnos och de övriga diagnoserna som bidiagnoser. Om det i samband med en vårdhändelse finns flera besöksorsaker eller diagnoser som anses vara lika viktiga med tanke på vården kan det vara svårt att bestämma deras inbördes ordning. Tills vidare finns det inga närmare nationella anvisningar för sådana situationer. Som kriterium för prioriteten har man till exempel kunnat använda hur krävande vården är, så att man som huvuddiagnos dokumenterat den diagnos som krävt mest resurser vid vårdhändelsen.

Den diagnos som läkaren ställt eller den besöksorsak som någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har konstaterat kan förändras och preciseras när servicehändelsen fortskrider. Dessutom kan en patient ha flera samtidiga sjukdomar eller associerade sjukdomar som kan behandlas samtidigt, också vid olika enheter. Då uppkommer flera servicehändelser och vårdepisoder, där huvuddiagnoserna och vårdepisoderna på motiverade grunder kan skilja sig från varandra.

Föråldrad

9.4.3 Diagnosens eller besöksorsakens varaktighet

Diagnosens varaktighet beskrivs vid behov med klassifikationen *Pysyvyys* (Varaktighet). En diagnos kan vara temporär eller av permanent karaktär:

- Med *Määräaikainen diagnoosi* (Temporär diagnos) avses en sådan övergående diagnos på en sjukdom, skada eller något annat hälsoproblem som inte har långvarig betydelse med tanke på patientens hälsotillstånd, välmående eller övriga hälsoproblem.
    - Temporära diagnoser syns på listan över diagnoser och besöksorsaker i Informationshanteringstjänstens diagnossammandrag.
- Med *Pysyväisluonteinen diagnoosi* (Diagnos av permanent karaktär) avses en diagnos som är långvarig eller av permanent karaktär och ger upphov till ett långvarigt vårdbehov eller påverkar patientens hälsa, välbefinnande och vård också efter att sjukdomen eller något annat hälsoproblem har gett med sig
    - Diagnoser av permanent karaktär har betydelse i samband med de flesta patientkontakter även om de inte skulle vara den egentliga orsaken till att personen söker vård, och därför dokumenteras de ofta som bidiagnoser vid besök och vårdperioder.
    - Diagnoser av permanent karaktär syns på en separat lista över långtidsdiagnoser i Informationshanteringstjänstens diagnossammandrag och finns kvar på listan ända tills någon dokumenterar dem som avslutade.

Det är obligatoriskt att ange diagnosens varaktighet. Patientdatasystemen tar fram förvalda värden för uppgiften om diagnosernas varaktighet, men den som gör anteckningen kan vid behov ändra uppgiften. När en diagnos för vilken det förvalda värdet är *Av permanent karaktär* ska dokumenteras för en patient för första gången (dvs. diagnosen finns ännu inte på listan över patientens långtidsdiagnoser) frågar systemet av den som gör anteckningen om diagnosen ska dokumenteras som permanent. När en diagnos redan finns på listan över

långtidsdiagnoser, blir den automatiskt dokumenterad (angiven) som permanent. Diagnoser för vilka det förvalda värdet är temporär sparas automatiskt som temporära, om de inte tidigare har dokumenterats bland patientens långtidsdiagnoser.

Besöksorsaker är begreppsmässigt bara orsaker till det förhandenvarande besöket (kontakten) och alltså inte ställningstaganden till tillståndets varaktighet. Därför behöver man inte ta ställning till varaktigheten när man dokumenterar en besöksorsak. Om den besöksorsak som ska dokumenteras baserar sig på en befintlig långtidsdiagnos, dokumenteras den automatiskt med uppgiften *Av permanent karaktär*. Andra besöksorsaker (än de som baserar sig på en långtidsdiagnos) sparas automatiskt som temporära i systemet.

9.4.4 Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad

Diagnostik är alltid förenad med osäkerhet. Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad dokumenteras med klassifikationen *Varmuusaste* (Säkerhetsgrad). Diagnosen eller besöksorsaken kan då vara *Epäilty* (Misstänkt) alternativt *Todennäköinen tai varma* (Sannolik eller säker).

Säkerhetsgraden *Misstänkt* syftar på den diagnos, risk eller det vårdbehov som antagits på basis av tillgängliga uppgifter och som för att kunna bekräftas kräver tilläggsuppgifter eller uteslutande av eventuella andra diagnoser. Klassen *Misstänkt* används i regel i en ankomstsituation när man dokumenterar en "arbetsdiagnos" under rubriken *Vårdorsak eller Diagnos* i journaltexten, men den kan också användas som tilläggsinformation till den diagnos som dokumenteras som avslutning på servicehändelsen, ifall man inte på basis av de utförda undersökningarna och bedömningen kan bedöma diagnosen som tillräckligt *Sannolik eller säker*.

Om exempelvis en servicehändelse inom den specialiserade sjukvården inleds eller har inletts på basis av en diagnos (också en eventuell arbetsdiagnos eller preliminär diagnos) som ställts inom primärvården, är det fråga om en diagnosuppgift som ska dokumenteras i journaltexten antingen med hjälp av rubriken *Diagnos* eller direkt i datastrukturen för uppgift om diagnos. Som tilläggsattribut till uppgiften kan man då använda attribut som beskriver diagnosens huvudsaklighet, varaktighet eller säkerhet, nedan som exempel ett jourbesök:

- Huvudvy: JOUR (tilläggsvy MED)
- Fas i vården: Ankomstsituation
- Diagnos: J11.1 Influensa med annan manifestation i luftvägarna, virus ej identifierat (*huvuddiagnos, temporär, misstänkt*)

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

Det är inte obligatoriskt att använda attribut som anger säkerhetsgraden hos en diagnos eller en besöksorsak, men det rekommenderas när det är motiverat med avseende på patientens aktuella eller kommande vård eller undersökningar. Ett exempel på en sådan situation är när man misstänker en långvarig eller allvarlig sjukdom i ett skede när de undersökningar som bekräftar (eller utesluter) diagnosen fortfarande är på planeringsstadiet eller pågår. Då kan en uppgift om en diagnos som dokumenterats som misstänkt användas som stöd för det kliniska beslutsfattandet. Därför är det av större klinisk betydelse att dokumentera säkerhetsgraden *Misstänkt* än *Sannolik eller säker,* för i praktiken tolkas ett tomt värde vanligen som sannolik eller säker.

Förslag

9.4.5 Informationskälla

Vid dokumentationen av diagnos eller besöksorsak kan man vid behov ange från vem uppgiften om diagnos eller besöksorsak härstammar, med hjälp av kodverket *THL – Tiedon lähde* (THL - Informationskälla). Informationskällan kan exempelvis vara en annan vårdande organisation eller patienten eller dennas företrädare. Exempelvis inom jouren kan källan till uppgiften om diagnos i en ankomstsituation vara den organisation som skrivit remissen. Ofta dokumenterar man inte informationskällan i den egna organisationens uppgifter, utan ett tomt fält tolkas som att uppgifterna kommer från den vårdande organisationen. Informationen i Patientdataarkivet utnyttjas emellertid också av andra än den egna organisationen, och därför behövs ingen tolkning ifall informationskällan har angetts.

9.4.6 Uppgifter om tidpunkt för fastställande av diagnos eller besöksorsak

Med datum för fastställande av diagnos avses den dag då diagnosen i fråga fastställdes för första gången. Diagnoser som behandlas som temporära (exempelvis öroninflammation) har separat för varje sjukdomsperiod uppgift om datum för fastställande – och om fastställaren. För långtidsdiagnoser (dg varaktighet = varaktig) avses med datum för fastställande av diagnosen det datum då diagnosen ursprungligen (för första gången) fastställdes. Diagnosens fastställare är på motsvarande sätt den som ursprungligen fastställde diagnosen[3].

När man dokumenterar en ny diagnos eller besöksorsak ska den aktuella dagen anges som datum för fastställande och den som gör anteckningen som fastställare. Om en diagnos eller en besöksorsak kopieras från en patients långtidsdiagnoser kopieras uppgifterna om ursprungligt datum för fastställande och fastställare från den tidigare anteckningen. Om man ändrar den kopierade uppgiften ska den aktuella dagen anges som datum för fastställande och den som gör anteckningen anges som fastställare, på samma sätt som när man dokumenterar en ny diagnos. Uppgiften om diagnos kan dock bara ändras av en läkare.

Om patienten har en långtidsdiagnos som tidigare fastställts någon annanstans men inte lagrats i Patientdataarkivet och man vill dokumentera diagnosen som en långtidsdiagnos för patienten, kan man ange namnet på den som ursprungligen fastställde diagnosen samt tidpunkten då detta gjordes, exempelvis med ett års noggrannhet, eller också låta bli att dokumentera uppgifterna.

9.4.7 Uppgifter om avslutad diagnos

En diagnos som finns på en patients lista över **långtidsdiagnoser** kan vid behov anges som *avslutad*, exempelvis om patienten tillfrisknar eller diagnosen preciseras eller ersätts med en annan diagnos vid preciseringen. Det här sker genom att göra en ny anteckning om diagnosen och ange uppgifter om avslutande. För **temporära** diagnoser behöver uppgifter om avslutande inte dokumenteras. Besöksorsaker är i princip temporära och därför behöver uppgift om avslutande av besöksorsak inte dokumenteras separat. Som vy för uppgiften om

Föråldrad

[3] Den läkare som dokumenterar en långtidsdiagnos som diagnos för det ifrågavarande besöket sparas vid varje besök som den som gjort anteckning, även om den som ursprungligen fastställt diagnosen dokumenteras som fastställare av långtidsdiagnosen. Likaså är datum för anteckningen alltid den dag då anteckningen görs, även om datum för fastställande av långtidsdiagnosen ligger i det förgångna.

avslutande används den specialitetsspecifika vyn för den som gör anteckningen, om man inte valt vy på några andra grunder.

När en diagnos anges som avslutad ska den ursprungliga diagnosanteckningen användas som grund för anteckningen. Med andra ord ska uppgifterna om den diagnos som anges som avslutad vara i sin ursprungliga form, med undantag för anteckningarna om avslutande. Diagnosens *Päättymispäivä* (Slutdatum) är det datum då den sjukdom som diagnosen gällde konstaterats vara avslutad. Förvalt värde för diagnosens slutdatum är det datum då anteckningen dokumenterades och för *fastställaren* av avslutandet den person som gjort anteckningen. Uppgifterna kan ändras vid behov. För en diagnos som avslutas ska man också dokumentera orsaken till avslutande enligt klassifikationen *Terveystiedon päättymisen syy* (Orsak till att en hälsouppgift slutat gälla). Exempel på orsaker är *Parantunut* (Tillfrisknad), *Tarkentunut* (Preciserad) och *Muu syy* (Annan orsak).

Orsaken *Kirjausvirhe* (Dokumentationsfel) har strukits från klassifikationen, eftersom den inte bara har använts för korrigering av fel utan också i fall då felet funnits i de egna handlingarna och skulle ha kunnat korrigeras. Om en diagnos av misstag har dokumenterats felaktigt och det inte går att ändra den ursprungliga felaktiga dokumentationen, till exempel om felet finns i en handling som upprättats av en annan organisation, anges *Annan orsak* som orsak till avslutandet. Som tilläggsinformation preciseras att det är fråga om korrigering av en felaktig dokumentation. Även då ska den organisation som gjort den felaktiga dokumentationen informeras om felet, så att de kan göra korrigeringen i den ursprungliga handlingen. Om en avslutad diagnos har dokumenterats på grund av misstanke om sjukdom och diagnosen senare konstateras vara obefogad, anges *Preciserad* som orsak till avslutandet.

Förslag

9.4.8 Vårdepisod och diagnosens eller besöksorsakens episodbeteckning

Med vårdepisod (episode of care) avses en tidsmässigt fortskridande vårdhelhet i samband med ett visst hälsoproblem hos en patient, i vilken flera vårdhändelser kan ingå. En vårdepisod börjar när patienten för första gången berättar om ett hälsoproblem för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och läkaren eller någon annan yrkesutbildad person har dokumenterat uppgift om besöksorsak eller diagnos. Vårdepisoden avslutas när problemet tas upp för sista gången. Långtidssjukdomar, till exempel blodtryckssjukdom, bildar i regel en vårdepisod. Kortvariga sjukdomar, till exempel öroninflammation, behandlas däremot som en egen episod i detta sammanhang.[4]

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 oavsett vem som stått för tjänsterna.

Episodbeteckningen visas inte för den som dokumenterar, däremot kan vårdepisoden ges ett namn som också visas för den som dokumenterar och för den som använder uppgiften. Enligt standardinställningen anges namnet på diagnosen eller besöksorsaken som namn på den nya episoden. När man exempelvis kopierar en tidigare diagnos anges som förvalt namn på episoden namnet enligt den gamla episodbeteckningen. I båda fallen (ny episod eller kopierad episod) kan den som dokumenterar ändra namnet på episoden vid behov. Episodens namn kan alltså förändras under en pågående episod och som namn på episoden används alltid namnet enligt den nyaste dokumentationen.

[4] För andra behov i samband med så kallad sekundär användning, t.ex. vid gruppering av klienter (DRG, casemix), kan man definiera behandlingsregler (cut-off regler) som skiljer sig från vad som anges här. Exempelvis kan upprepade kontakter som sker inom en viss tid definieras som hörande till samma episod även vid kortvarig sjukdom

När en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar en ny diagnos eller besöksorsak kopplar systemet automatiskt diagnosen till motsvarande tidigare diagnos eller besöksorsak och ger anteckningen samma episodbeteckning, om samma diagnoskod förekommer på listan över patientens långtidssjukdomar eller i uppgifterna om diagnos eller besöksorsak under de tre senaste månaderna.[5]

Om den som dokumenterar anger en diagnos som finns i över tre månader gamla uppgifter om diagnoser och besöksorsaker, kontrollerar systemet saken genom att fråga den som dokumenterar om diagnosen har samband med den tidigare diagnosen eller besöksorsaken eller om det är fråga om en ny sjukdomsperiod, alltså en ny vårdepisod. Om den som dokumenterar anser att diagnosen inte är kopplad till en tidigare episod och svarar nekande, skapar systemet en ny episodbeteckning. Om den ifrågavarande diagnosen inte har dokumenterats för patienten tidigare ska en ny episodbeteckning alltid skapas.

Om man vid samma vårdhändelse dokumenterar flera diagnoser eller besöksorsaker som inte förekommer i patientens lista över långtidsdiagnoser eller i under tre månader gamla uppgifter om diagnoser och besöksorsaker, får varje diagnos eller besöksorsak en egen episodbeteckning. Episoderna har således inte direkt samband med besök eller vårdperioder, utan samma besök eller vårdperiod kan höra till flera olika vårdepisoder.

Föråldrad

9.5 Utnyttjande av tidigare anteckningar om diagnos och besöksorsak

9.5.1 Extrahering av tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker

För att underlätta dokumentationen av diagnoser och besöksorsaker kan man extrahera tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker från diagnoslistan för att dokumentera dem i journalen som ny diagnos eller besöksorsak. När man utnyttjar patientens tidigare uppgifter om diagnoser och besöksorsaker som grund för den nya anteckningen visas uppgifterna från den tidigare anteckningen automatiskt i den nya anteckningen. Vid temporära diagnoser och besöksorsaker är utgångsvärdet emellertid att den som gör den nya anteckningen är *fastställare av diagnosen* medan datum för dokumentationen är det *datum då diagnosen fastställdes*. I den nya anteckningen kan man fritt ändra alla uppgifter.

Det rekommenderas att diagnoser och besöksorsaker i första hand extraheras från listan över långtidsdiagnoser, eftersom uppgifterna om diagnosens varaktighet och den som fastställt diagnosen då också kopieras samtidigt. En tidigare diagnos ska inte alltid kopieras som grund för en ny diagnos, eftersom också episodbeteckningen kopieras. Exempelvis vid en fraktur i ena höften kan man inte kopiera en tidigare höftfrakturdiagnos, eftersom den nya frakturen då kopplas till den gamla frakturepisoden, trots att det i verkligheten är fråga om en annan episod.

[5] Den här tolkningen kan i princip felaktigt koppla exempelvis två öroninflammationer till samma episod, om det är mindre än tre månader mellan anteckningarna, men regeln har ansetts vara "tillräckligt exakt" för att slutledningsreglerna i regel ska kunna tillämpas utan att man behöver be om uppgiften av den som gjort dokumentationen.

När tidigare uppgifter om diagnoser och besöksorsaker utnyttjas som grund för en ny anteckning ska den som dokumenterar alltid säkerställa att uppgifterna i den tidigare anteckningen är innehållsligt motsvarande och korrekta också i den aktuella nya situationen.

9.5.2 Precisering av en diagnos eller besöksorsak

Uppgifterna i en tidigare dokumenterad diagnos eller besöksorsak kan vid behov preciseras senare genom en ny preciserande anteckning. Det enklaste sättet att göra preciseringen är att extrahera den tidigare diagnosen eller besöksorsaken som grund för den nya anteckningen och göra nödvändiga ändringar i den. Om preciseringen görs på det här sättet förändras inte den episodinformation som skapats för den ursprungliga diagnosen eller besöksorsaken.

Det går också att ändra diagnosen eller besöksorsaken på det här sättet. Då hör båda (den tidigare och den preciserade) diagnoserna eller besöksorsakerna fortsättningsvis till samma episod, om det är ändamålsenligt. Om man på motsvarande sätt vill koppla en tidigare diagnos till en annan diagnoskod, gör man det genom att precisera diagnosen eller besöksorsaken på det sätt som beskrivs i detta kapitel. Om diagnosen eller besöksorsaken finns i patientens långtidsdiagnoser eller i diagnoser eller besöksorsaker för besök som gjorts inom de tre senaste månaderna, gör systemet kopplingen automatiskt. I annat fall ska den som dokumenterar ta ställning till om hen vill koppla den nya uppgiften till en tidigare episod eller om den hör till en helt ny episod (se även kapitel 9.4.8).

Om diagnosen preciseras borde man ange den tidigare långtidsdiagnosen som avslutad, om den inte längre har betydelse. Då innehåller listan över långtidsdiagnoser inte flerfaldiga diagnoser av samma sjukdom. Det gör det också lättare att dokumentera hela episoden som avslutad. Hela episoden tolkas som avslutad först när alla diagnoser och besöksorsaker som är kopplade till den är avslutade. Exempelvis när huvudvärk (R51.80) vart efter som undersökningarna fortskrider preciseras till en hjärntumör (D43.2) och vidare till ett meningeom (D32.03), kan alla diagnoser som preciserats under samma sjukdom kopplas till samma episod genom att man kopierar den tidigare diagnosen som underlag för den nya diagnosen och gör de ändringar som behövs i denna. Dessutom borde man när en tidigare diagnos preciseras, exempelvis från hjärntumör (D43.2) till meningeom (D32.03), ange den tidigare långtidsdiagnosen (D43.2) som avslutad, om den inte längre har betydelse. Som orsak till avslutande av diagnosen anges då *Preciserad*. I det här exemplet avslutas hela episoden först när alla ifrågavarande diagnoser har avslutats (temporära) eller angetts som avslutade (långtidsdiagnoser).

Förädrad

9.6 Sammanställning av diagnoser och besöksorsaker

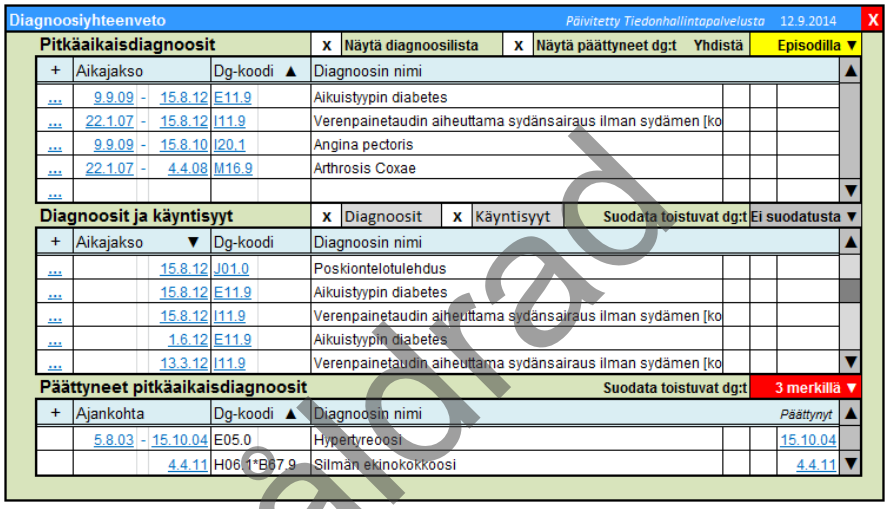
Eftersom diagnoser och besöksorsaker används i två betydelser som till en del skiljer sig från varandra, bildar Informationshanteringstjänsten en sammanställning (DGS) av den strukturerade dokumentationen av diagnoser och besöksorsaker med följande uppställning:

1. patientens hälsoproblem som behandlas i samband med respektive kontakt (diagnoser och besöksorsaker till besök och vårdperioder)

2. patientens hälsoproblem som kan förstås som patientens långvariga eller bestående hälsoegenskaper och som även när de gett med sig har en bred inverkan på patientens hälsotillstånd, välbefinnande eller behandlingen av andra hälsoproblem (långtidsdiagnoser)

I samband med besök och vårdperioder eller motsvarande kontakter sammanställer Informationshanteringstjänsten uppgifter om diagnoser och besöksorsaker som dokumenterats i strukturerad form, oavsett under vilken rubrik de använts i journalen. Diagnoserna och besöksorsakerna visas på samma sammanställningslista, som vid behov kan filtreras så att endast diagnoser eller endast besöksorsaker visas för användaren.

När långtidsdiagnoser har samband med vården dokumenteras även de som diagnoser eller besöksorsak för ett besök eller en vårdperiod. Av långtidsdiagnoserna visas i sammanställningen endast diagnoser för vilka angetts *Av permanent karaktär*.



Figur 9. Exempel på uppgifter om diagnoser och besöksorsaker som visas i en sammanställning samt filtreringsmodellerna för dem. (Virkkunen m.fl. 2016)

Förlorad

10 Riskuppgifter

BRA ATT VETA

Riskuppgifter är uppgifter som ifall de inte beaktas kan orsaka en särskild risk för patientens eller personalens hälsa. De kritiska riskuppgifterna omfattar livshotande allergiska reaktioner och reaktioner orsakade av läkemedel och övriga risker som orsakar livsfara för patienten. Riskerna dokumenteras med användning av typ-, grad- och varaktighetskoder för riskuppgiften, samt vid behov med ICD-diagnoskoder eller kodverket THL - Åtgärdsklassifikation. ATC-kod för läkemedel används när en risk är förknippad med ett läkemedel, exempelvis läkemedelsallergi. Riskuppgifter kan också dokumenteras när en våldsam patient orsakar fara för personalen och inte bara för sig själv.

Föråldrad

Riskuppgifterna består av uppgifter om kritiska risker som ska beaktas vid vården av en patient eller för personalens säkerhet. Tabell 7 visar de klassifikationer som ska användas för dokumentation av risker.

Tabell 7. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av riskuppgifter om en patient.

Klassifikationer för dokumentation
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi (AR/YDIN -Typ av riskuppgift)
AR/YDIN - Riskitiedon aste (Kriittinen/ Hoidossa huomioitava) (AR/YDIN - Riskuppgiftens grad: Kritisk/ Som ska beaktas i vården)
AR/YDIN - Säkerhetsgrad (Misstänkt/ Sannolik eller säker)
AR/YDIN - Pysyvyys (Varaktighet) (Av permanent karaktär/ Temporär)
Riskens kodvärde [6]: THL: - Klassifikation av sjukdomar IDC-10 eller THL - Åtgärdsklassifikation eller AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste (Grad av vårdbegränsning)
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus (Kommunförbundet – ICPC-2 Primärvårdsklassifikation)
Fimea – ATC-luokitus (ATC-klassifikation)
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio/ Muu hoitava organisaatio/ Potilas/ Potilaan äiti/ Potilaan isä/ Potilaan edustaja/ Viranomainen/ Muu tiedon lähde) (THL - Informationskälla: Behandlande organisation/ Annan behandlande organisation/ Patienten/ Patientens mor/ Patientens far/ Patientens företrädare/ Myndighet/ Annan informationskälla)
AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen/ Parantunut/ Tarkentunut/ Muu syy) (AR/YDIN - Orsak till att en hälsouppgift upphört att gälla: Temporär/ Tillfrisknad/ Preciserad/ Annan orsak)

[6] Obs! 02_2016 THL - ICD-10 Klassifikation av sjukdomar har byglats till Riskklassifikationerna (Typ av risk, riskens grad och varaktighet) och till klassifikationen Diagnosens varaktighet, och 06_2016 THL-Åtgärdsklassifikation har byglats till Riskklassifikationerna (Typ av risk, riskens grad och varaktighet) och till klassifikationen Typ av åtgärd

Riskuppgifter är uppgifter som ifall de inte beaktas kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa. Uppgifterna används för att göra personerna som vårdar patienten uppmärksamma på att vården eventuellt måste planeras eller genomföras på ett sätt som avviker från det normala. Syftet med riskuppgifterna är att de ska beaktas i alla situationer. Indelningen i kritiska uppgifter och uppgifter som ska beaktas i vården gör det lättare att lägga märke till de viktigaste riskerna. Man bör förhålla sig kritiskt till dokumentationen av riskuppgifter. Riskuppgifterna bedöms alltid separat för varje enskild patient och man kommer överens om dokumentationspraxis separat inom varje enskild organisation. På Mina Kanta-sidor ser medborgarna kritiska riskuppgifter som lagrats i Patientdataarkivet, inte risker som ska beaktas i vården.

Den sammanställning av riskuppgifter (RISKS) som Informationshanteringstjänsten extraherar innehåller de riskuppgifter som dokumenterats för patienten samt information om livstestamente, om ett sådant har sparats i Informationshanteringstjänsten. Se kapitel 10.3. Det strukturerade informationsinnehållet i riskuppgifterna och specifikationerna för den sammanställning som bildas utifrån dem beskrivs närmare i specifikationerna för Informationshanteringstjänsten (Tiedonhallintapalvelun määrittely, Virkkunen m.fl. 2016). *THL/ Tietosisältö - Riskitiedot* (THL/ Informationsinnehåll - Riskuppgifter) som presenteras där har publicerats på den nationella Kodservern.

Förändrad

10.1 Riskuppgifternas informationsinnehåll

Uppgifter om eventuella risker som hänför sig till en patient är nödvändiga för de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i planeringen av vården och i vården av patienten. Riskuppgifterna dokumenteras i strukturerad form i riskuppgiftsvyn (RIS), där patientdatasystemet automatiskt tar fram den rubrik som behövs för strukturen. I journalvyn kan den som dokumenterar vid behov lägga till fri text om risken under rubriken *Riskuppgifter*. I första hand ska riskuppgiften dock sparas i strukturerad form i vyn RIS.

De riskuppgifter som alltid ska dokumenteras är *Riskens namn*, *Typ av risk* och *Grad av risk*. Dessutom kan uppgiften preciseras med hjälp av bl.a. *Ytterligare information om risken* och *Förklaring, beaktande av risken i vården av patienten* samt med *Riskens säkerhetsgrad*, *Riskens varaktighet* och *Informationskälla*. I riskuppgifterna ingår dessutom *datum* när risken har konstaterats eller undanröjts samt uppgifter om den som *konstaterade risken* och den som *konstaterade att risken undanröjts*.

10.1.1 Typ av riskuppgift och riskkod

Kodverket Typ av riskuppgift används för att uttrycka riskuppgiftens natur. Tabell 8 visar riskernas huvudklasser. Varje huvudklass är indelad i 2–8 närmare riskklasser. Klassifikationen har publicerats på den nationella Kodservern. Typen av risk ska dokumenteras för varje riskuppgift.

En riskuppgift kan dokumenteras i strukturerad form på två sätt:

- genom att välja ändamålsenlig kod i klassifikationen *Typ av risk* och dokumentera övrig nödvändig information i fri form själv eller
- genom att dokumentera riskuppgiften kodad med exempelvis *diagnos- eller åtgärdsklassifikationen*. Dokumentation av en viss diagnos eller åtgärd ”löser då ut” dokumentationen av en riskuppgift, varvid patientdatasystemet automatiskt föreslår dokumentation av riskuppgiften för den som gör anteckningen.

Även om vissa diagnoser orsakar särskilda risker för patienten, är det inte meningen att sammanställningen av riskdata 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 riskuppgifter dokumenteras bara de diagnoser som orsakar en särskild risk för patienten, exempelvis ökad risk för blödning på grund av hemofilier.

Tabell 8. Risktypernas huvudklasser.

Kod	Typ av riskuppgift
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	Vårdbegränsningar
K	Risker i anslutning till beteendet
M	Andra risker

Föråldrad

10.1.2 Riskens namn och fritt formulerade preciseringar

Riskens namn

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

Ytterligare information om risken

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

Förklaring, beaktande av risken i vården av patienten

Risktypen och den ytterligare informationen om den beskriver inte nödvändigtvis tillräckligt tydligt hur risken påverkar vården av en patient. Därför finns det en möjlighet att i

riskuppgifterna ge en separat förklaring som beskriver hur risken ska beaktas i vården av patienten. I förklaringen kan man i fri form dokumentera hur risken påverkar vårdåtgärderna. Som exempel kan avvikande anatomi (ytterligare information *trångt urinrör*) ha förklaringen "*kateterisering lyckas inte, blåspunktion måste alltid göras i stället för kateterisering*".

10.1.3 Grad av risk

Riskuppgifterna delas in i kritiska uppgifter och uppgifter som ska beaktas i vården. För att uttrycka dem används kodsystemet *Riskitiedon aste (Grad av risk)*. Utgångsvärdet för graden av risk kommer med den valda risktypen, eller exempelvis med diagnos- eller åtgärdskoden, om en riskuppgift tas fram på basis av den. Användaren kan vid behov ändra utgångsvärdet för graden av risk.

Kritiska riskuppgifter

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

- livshotande allergiska och läkemedelsorsakade reaktioner
- avvikande blodgruppsantikroppar
- implanterade pacemakrar och defibrillatorer hos patienten
- bärarskap av eller exponering för multiresistenta mikrober som kräver isolering

Förrådrad

I Patientdatasystemet tas de kritiska riskuppgifterna aktivt fram för användarens kännedom så att de beaktas i vårdsituationer, exempelvis genom att listan över kritiska uppgifter alltid öppnas i systemet när en användare öppnar uppgifterna om en patient. I basvyn för riskuppgifter (RIS) visas existensen av kritiska riskuppgifter med en **röd triangel**. En anteckning om att en riskuppgift är kritisk bör göras med noggrann eftertanke, för att de faktiska kritiska riskerna ska bli dokumenterade och beaktade och inte ”drunkna” bland de andra riskuppgifterna.

Riskuppgifter som ska beaktas i vården

Riskuppgifter som ska beaktas i vården är uppgifter som påverkar vården av en patient när de beaktas, men inte orsakar livsfarlig eller annan betydande risk för patientens eller personalens hälsa eller för omgivningen ifall de inte beaktas.

I de centrala uppgifterna som ska beaktas i vården dokumenteras de uppgifter som inte dokumenteras bland de kritiska riskuppgifterna. Riskuppgifter som ska beaktas i vården påverkar vården av en patient, men orsakar inte livsfarlig eller annan betydande risk för patientens eller personalens hälsa eller för omgivningen ifall de inte beaktas. Exempel på riskuppgifter som ska beaktas i vården är

- avvikande reaktioner orsakade av läkemedel
- allergier
- risksjukdomar och -behandlingar
- behandlingar som kräver särskilt beaktande
- transplanterade vävnader och konstmaterial
- multiresistenta mikrober som inte kräver isolering
- vårdbegränsningar
- risker i anslutning till beteendet

Risker som ska beaktas i vården visas på listan över riskuppgifter så att de skiljer sig från de kritiska riskerna. De behöver inte heller öppna sig direkt när man öppnar uppgifterna om en patient. I vyn RIS visas existensen av riskuppgifter som ska beaktas i vården med en **gul triangel**. Om inga riskuppgifter har dokumenterats för patienten visas det med en **grå triangel**. Alla riskuppgifter syns i sammanställningen av riskuppgifter. Se kapitel 10.3

10.1.4 Strukturerade preciseringar av en risk

En riskuppgift kan dessutom preciseras med strukturerad tilläggsinformation, till exempel:

- Kodverket *Säkerhetsgrad* uttrycker säkerhetsgraden för en risk. Kodverket används när man vill precisera om riskuppgiften är *Misstänkt* eller *Sannolik eller säker*.

- Med uppgiften om *Varaktighet* kan varaktiga och temporära risker hållas isär. För en temporär riskuppgift kan man ange slutdatum redan när uppgiften dokumenteras för första gången. Uppgiften om en risks varaktighet kan underlätta hanteringen av uppgiftens livscykel och informationssökningen (exempelvis ”Sök varaktiga riskuppgifter”).

- Kodverket *Informationskälla* används för att uttrycka från vem eller varifrån riskuppgiften härstammar, exempelvis om uppgiften har meddelats av patienten.

10.1.5 Uppgifter om konstaterandet av en risk

Startdatum för konstaterandet av en risk anges med den noggrannhet datumet kan uppskattas vid dokumentationen. Förvalt värde i systemet är det datum då anteckningen görs. Om risken har börjat redan tidigare kan man ange startdatum med exempelvis ett års noggrannhet, om ingen exaktare tidpunkt är känd.

Förvalt värde för den som *konstaterar* risken är den som gör anteckningen. Om det inte är känt vem som konstaterat risken kan man också ange organisationen som konstaterare, eller, om informationskällan exempelvis är patienten själv, kan man låta bli att dokumentera uppgiften om den som konstaterat risken.

10.1.6 Uppgifter om upphörandet av en risk

När man konstaterar att en riskuppgift inte längre är aktuell för en patient, exempelvis för att en infektion som orsakat isoleringsbehov botas eller en misstänkt riskuppgift visar sig vara felaktig, ska man göra en anteckning om att risken upphört. När man gör en anteckning om upphörande kvarstår de övriga uppgifterna om risken och man lägger bara till uppgifterna om upphörandet. Som upphörandedatum anges den dag då det *konstaterades att risken upphört* – också i det fall att upphörandet konstateras retroaktivt.

Om man på förhand kan sluta sig till när en risk upphör kan man dokumentera upphörandedatum framåt i tiden. När man anger ett upphörandedatum som ligger framåt i tiden dokumenteras det enligt utgångsvärdet som *uppskattat* upphörandedatum. Då avförs riskuppgiften inte automatiskt från listan över gällande riskuppgifter, utan syns efter upphörandedatum på listan som ”*väntar på att upphörande bekräftas*", och avförs först när användaren separat bekräftar att risken har upphört. Om man anger upphörandedatum som "*säkert*" avförs riskuppgiften automatiskt från listan över gällande risker på upphörandedagen.

Föråldrad

Alla risker för vilka det dokumenterats att de upphör den innevarande dagen har ett säkert upphörandedatum, och riskerna avförs från listan den dagen.

Man måste alltid dokumentera en klassificerad *orsak* till att en risk upphör och vid behov precisera den med fri text. För upphöranden av riskuppgifter som dokumenterats framåt i tiden är orsaken *Temporär*, och för upphöranden som dokumenterats i realtid är orsaken i allmänhet *Tillfrisknad*.

Som *konstaterare* av upphörandet anges som utgångsvärde den som gjort anteckningen och dennas organisation. Uppgifterna om konstaterandet kan emellertid ändras, till exempel om dokumentationen görs av en annan person än den som konstaterat att risken upphört.

10.2 Dokumentation av olika risktyper

I det här kapitlet är strävan att presentera de vanligaste riktlinjerna för dokumentation av risker som hör till olika risktyper (se tabell 8). Uppräkningen nedan täcker inte alla situationer och är inte heller någon bindande föreskrift, utan den som dokumenterar kan alltid på motiverade grunder dokumentera riskuppgifterna på bästa sätt med tanke på vården av patienten. Genom att följa de rekommenderade riktlinjerna bidrar man emellertid till att förenhetliga praxis för dokumentation av riskuppgifter och gör det därmed lättare att hitta informationen.

Föråldrad

10.2.1 Läkemedelsreaktioner och -allergier

Som **Livshotande läkemedelsreaktioner (L1)** dokumenteras anafylaktiska eller andra livshotande läkemedelsreaktioner som orsakar livsfara. Förutom diagnosen (riskens namn) ska man för en läkemedelsreaktion dokumentera antingen preparatets handelsnamn eller det verksamma ämnet (information i samband med riskuppgiften). Informationen dokumenteras med läkemedlets ATC-kod och med den ICD 10-kod som uttrycker känslighetsreaktionen. Skadeverkan som orsakas av läkemedelsbehandling beskrivs närmare i handboken Suomalaisten 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 läkemedelsbiverkningar. Om det är fråga om en väntad vanlig läkemedelsbiverkning dokumenteras den inte som riskuppgift, utan då handlar det om en omständighet som allmänt ska beaktas i vården. Utgångsvärdet är att risken ska beaktas i vården och är varaktig, men om patienten förorsakas en livshotande situation anges risken som kritisk.

Bland **Hudreaktioner som orsakas av läkemedel (L3)** och **Andra läkemedelsreaktioner (L9)** dokumenteras oväntade reaktioner eller reaktioner orsakade av sällsynta läkemedelsbiverkningar. Dessa reaktioner dokumenteras inte bland de kritiska riskuppgifterna. Om det är fråga om en väntad vanlig läkemedelsbiverkning dokumenteras den inte som riskuppgift, utan då handlar det om en omständighet som allmänt ska beaktas i vården. En sådan risk 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 anafylaktisk eller annan livshotande allergisk reaktion med undantag av

reaktioner som orsakas av ett läkemedel eller ett födoämne. 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. Dessa risker är kritiska och varaktiga.

Bland **Födoämnesallergier (A2)** och **andra icke livshotande allergier (A4)** dokumenteras sådana allergier som har betydelse för planeringen och genomförandet av vården av patienten. Exempelvis ska en uppgift om äggallergi beaktas vid vaccinationer eftersom vacciner kan innehålla ägg, och latexallergi måste beaktas bland annat vid 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. Dessa risker ska beaktas i vården och är varaktiga. Om allergi förorsakar en livshotande situation för patienten används klassen A1 eller A3.

10.2.3 Risksjukdomar och -behandlingar

Bland Risksjukdomar och -behandlingar dokumenteras sjukdomar, medicineringar eller andra behandlingar som obeaktade vid organiseringen av patientens vård kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande risk (som ska beaktas i vården) med tanke på patientens hälsa. Utgångsvärdet är att dessa risker ska beaktas i vården och är varaktiga, men om patienten förorsakas en livshotande situation av en sjukdom, medicinering eller annan behandling ska risken dokumenteras som kritisk.

Bland **Ocklusionstendenser (S1)** dokumenteras sjukdomar och behandlingar som signifikant ökar risken för ocklusion av blodkärlen. Bland **Koagulationsrubbningar (S2)** dokumenteras sjukdomar och behandlingar som signifikant ökar risken för blödningar. Bland **Immunbristtillstånd (S3)** dokumenteras sjukdomar och behandlingar som orsakar försämrad motståndskraft mot infektioner till följd av ett bristfälligt immunsvar i kroppen, exempelvis svår HIV eller svårt nedsatt motståndskraft i samband med strålbehandling. (Obs! Det är här fråga om att patienten löper risk att insjukna – inte att smitta andra.)

Bland **Andra risksjukdomar och -behandlingar (S9)** dokumenteras andra sjukdomar eller behandlingar som orsakar risksituationer vid vården av en patient.

10.2.4 Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter

Avvikande blodgruppsantikroppar (V1) dokumenteras som kritisk riskuppgift, eftersom de kan orsaka patienten en livshotande situation om de inte beaktas 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 beaktas vid en blodtransfusion.

10.2.5 Behandlingar som kräver särskilt beaktande

Med behandlingar som kräver särskilt beaktande avses behandling eller medicinering som kräver att övrig vård måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala, och medicineringar och behandlingar som kräver särskild övervakning och som obeaktade i

Förslag

vårdsituationen kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande risk (som ska beaktas i vården) med tanke på patientens hälsa.

Bland **Medicinering som kräver särskilt beaktande (H1)** dokumenteras medicineringar som innebär att övrig vård måste genomföras på ett sätt som väsentligt avviker från det normala, och medicineringar som kräver särskild övervakning. Om risken kan dokumenteras utifrån en risk enligt symtom används i första hand de här H-klasserna, men exempelvis för läkemedel som påverkar blodkoagulationen eller orsakar immunsuppression används klasserna S1–S9. Utgångsvärdet är att risken ska beaktas i vården och är temporär, men om patienten förorsakas en livshotande situation anges risken som kritisk.

Bland **Annan vårdform som kräver särskilt beaktande (H3)** dokumenteras vårdformer som kräver att annan vård måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala, exempelvis behandlingar som förbereder en organtransplantation, och vårdformer som kräver särskild övervakning. Utgångsvärdet är att risken ska beaktas i vården och är temporär, men om patienten förorsakas en livshotande situation anges risken som kritisk.

Att en patient omfattas av dosdispensering är inte i sig en vårdform som klassificeras som en riskuppgift. Om informationssystemen inte stöder förmedling av uppgifter om dosdispensering mellan hälsovårdsorganisationerna och apoteken kan information om risker i samband med dosdispensering dokumenteras i klassen H3. När uppgifterna om dosdispensering väl börjar röra sig i strukturerad form i medicineringsuppgifterna bör användningen av riskuppgifter för detta ändamål upphöra.

Föråldrad

10.2.6 Transplanterade vävnader och konstmaterial

Till denna grupp hör främmande kropp, material, transplantationsorgan eller transplantationsvävnad (homograft) som placerats i vävnad och som obeaktad i vårdsituationen kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande risk (som ska beaktas i vården) med tanke på patientens hälsa.

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

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 dokumenteras riskuppgiften i samband med dokumentationen av åtgärden.

Hjärtklaffproteser (I4), Stenter och förslutningsanordningar (I5) och **Proteser och implantat (I6)** dokumenteras som standard som varaktiga risker som ska beaktas i vården. Däremot dokumenteras **Shuntar, katetrar, elektroder (I7)** som temporära risker som ska beaktas i vården.

I *THL - Åtgärdsklassifikation* specificeras vilka åtgärder som föreslår riskdokumentering samt utgångsvärden för riskgraden och riskens varaktighet vid olika åtgärder. Den som gör anteckningen kan ändra värdena vid behov. Bland **Andra främmande kroppar (I9)** dokumenteras främmande föremål som ska beaktas i vården av en patient och som inte dokumenteras i de övriga ovan beskrivna klasserna. För Andra främmande kroppar är utgångsvärdet att risken är varaktig och ska beaktas i vården.

10.2.7 Mikrober och isoleringsbehov

Med dessa riskuppgifter avses en allmänfarlig eller multiresistent mikrob, annan infektion eller bärarskap eller behandling som kräver särskilt beaktande eller isolering och som obeaktad i vårdsituationen kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande risk (som ska beaktas i vården) med tanke på patientens, vårdpersonalens eller omgivningens hälsa.

Behovet av att isolera en patient genom **Luftisolering (E2)**, **Droppisolering (E3)** och **Kontaktisolering (E4)** dokumenteras som riskuppgift. Utgångsvärdet för dessa risker är att de är temporära och ska beaktas i vården. Obs. Blodisolering, exempelvis på grund av HIV, anges inte som riskuppgift, eftersom den allmänt godkända riktlinjen är att alla patienter i vården ska behandlas som möjliga källor för infektion som smittar via blodet, och därmed avviker vården inte från de allmänna principerna.

Det är bra att beakta att ICD-klassifikationen numera specificerar vilka diagnoser som bör föreslå riskdokumentering samt anger utgångsvärden för riskgraden och riskens varaktighet för olika diagnoser. Den som dokumenterar kan ändra värdena vid behov.

För multiresistenta mikrober uppdaterades klassifikationen 2014, då användningen av klassen Multiresistent bärarskap eller misstanke om det (E1) upphörde.

I klassifikationen särskiljs numera

- **Bärarskap av multiresistenta mikrober som kräver isolering (E5)** (kritisk och varaktig)
- **Exposition av multiresistent mikrob som kräver isolering (E6)** (kritisk och temporär)
- **Bärarskap av multiresistent mikrob som ska beaktas i vården (E7)** (kritisk och varaktig) och
- **Exposition av multiresistent mikrob som ska beaktas i vården (E8)** (ska beaktas i vården och är varaktig)

Mikrober som kräver isolering och som ska dokumenteras som kritiska riskuppgifter är bland annat MRSA och CPE, vilka kräver kontaktisolering. De isoleringsbehov som de här mikroberna orsakar dokumenteras med användning av klasserna E5 och E6, alltså inte den allmänna klassen Kontaktisolering (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 Vårdbegränsningar

Patientens 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. Själva livstestamentet dokumenteras inte bland riskuppgifterna, utan endast uppgift om att ett sådant finns. Om en patient har ett livstestamente eller en donationsvilja lagrad i Informationshanteringstjänsten, tar Informationshanteringstjänsten automatiskt fram uppgift om detta bland riskuppgifterna. I annat fall kan man dokumentera uppgiften om existensen av viljeförklaringar manuellt bland riskuppgifterna. Bland tilläggsuppgifterna kan man ange var den giltiga viljeförklaringen finns.

Vårdbegränsningar (R2) innehåller uppgift om existensen av vårdbegränsningar som har medicinska grunder. Själva vårdbegränsningen dokumenteras inte bland riskuppgifterna, utan

Föråldrad

endast uppgift om att en sådan finns. Själva vårdbegränsningen med motivering ska dokumenteras i patientjournalen. På den nationella Kodservern finns klassifikationen *AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste* (Grad av vårdbegränsning) med vilken graden av den medicinska vårdbegränsningen kan beskrivas strukturerat i vårdsituationer. Klassifikationen innehåller flera alternativ: Ei elvytystä (Ingen återupplivning)/ Hoidon kajoavuutta ei lisätä (Inga utökade invasiva åtgärder) / Muu hoidon rajaus (Annan vårdbegränsning)/ Oireenmukainen hoito (Symtomatisk vård)/ Saattohoito (Terminalvård). Koderna utesluter inte helt varandra utan kan också användas som komplement till varandra. När kodverket används bör man beakta patientens situation som helhet, exempelvis bör man omvärdera vårdbegränsningen när situationen förändras. Vårdbegränsningarna ska göras i samförstånd med patienten och dennas anhöriga.

10.2.9 Risker i anslutning till beteendet

Med riskuppgiften **Våldsamhet i vårdsituationen (K1)** avses uppgift om våldsamhet hos en patient eller hos patientens närstående i vårdsituationen, vilket orsakar en situation som hotar vårdpersonalens hälsa. **Beroende av alkohol och andra droger (K2)** dokumenteras som riskuppgift när alkohol-, narkotika- eller läkemedelsberoende har diagnostiserats hos patienten och detta ska beaktas i vården, exempelvis när man ordinerar smärtlindring. Som **Andra risker i anslutning till beteendet (K9)** dokumenteras exempelvis en allvarlig tendens till självdestruktivitet, som ska beaktas i vårdsituationer.

Föråldrad

10.2.10 Andra risker

Andra risker innehåller bland annat uppgift om **dialysbehandling (M2)** eller **behov av kommunikationshjälp (M3)**. I gruppen dokumenteras också exempelvis uppgift om **avvikande anatomi eller posturala begränsningar (M1)**, som exempelvis kan försvåra intubation eller kateterisering. Som **Oklassificerade 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 Dokumentation av uppgift om graviditet

En graviditet påverkar eventuella vårdmässiga interventioner på många sätt utan att vara någon sjukdom. Även om uppgiften om graviditet inte har definierats som riskuppgift ska den alltid dokumenteras i patientjournalen. Patientdatasystemet ska ha ett separat strukturerat datafält för graviditet, eller också kan en patients graviditet anges 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.

10.3 Sammanställning av riskuppgifter

Riskuppgifter dokumenteras och lagras i strukturerad form i patientdatasystemens riskuppgiftsvy (RIS), varifrån Informationshanteringstjänsten extraherar dem till sammanställningen av riskuppgifter (RISKS). Till sammanställningen extraheras endast strukturerad information som dokumenterats i vyn RIS. Eftersom informationsinnehållet i riskuppgifternas struktur i många fall är detsamma som vid dokumentation av exempelvis diagnoser, medicineringsuppgifter eller åtgärder, kan dessa anteckningar också utnyttjas i

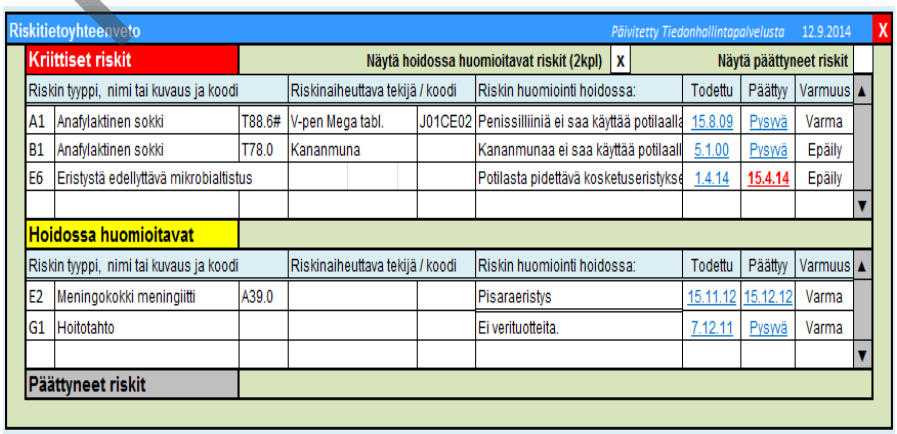
riskuppgifterna. Informationssystemet kan emellertid inte sluta sig till allt innehåll i riskuppgiften utifrån andra klassifikationer och användningen av dem vid dokumentationen.

Informationshanteringstjänsten filtrerar eller analyserar inte informationen, utan gör en risksammanställning (RISKS) av alla strukturerade riskuppgiftsanteckningar som olika registeransvariga gjort, med undantag av riskuppgifter som patienten har förbjudit utlämnande av gällande enskilda tjänstetillhandahållare eller enskilda servicehändelser. Riskuppgifter extraheras inte från andra vyer utan bara från vyn RIS. När det gäller riskuppgifter rekommenderas det inte att informationssökningen avgränsas tidsmässigt, eftersom någon väsentlig riskuppgift då kan bli borta från sammanställningen.

Dessutom ser Informationshanteringstjänsten till att patientens viljeyttringar som lagrats i Informationshanteringstjänsten är uppdaterade i riskuppgifterna. När Informationshanteringstjänsten returnerar en sammanställning av riskuppgifter till patientdatasystemet kontrollerar den om patienten har ett gällande livstestamente, en donationsvilja eller någon annan viljeyttring i Informationshanteringstjänsten. Om så är fallet, gör Informationshanteringstjänsten automatiskt en ny riskuppgiftsanteckning och returnerar den tillsammans med de övriga riskuppgiftsanteckningarna. Informationshanteringstjänsten arkiverar inte den riskuppgiftsanteckning som den gör, utan kontrollerar viljeyttringarnas giltighet i samband med varje returnering av sammanställningar. På så sätt är riskuppgiften alltid uppdaterad.

Det rekommenderas att patientdatasystemet till uppgifterna från Informationshanteringstjänsten lägger eventuella nya riskuppgiftsanteckningar som ännu inte har arkiverats i Patientdataarkivet och visar dem som en del av sammanställningen av riskuppgifter. Motsvarande rekommendation gäller också de regionala informationssystemen och riskuppgifterna i dem. Listan över riskuppgifter ska också innehålla en länk till den handling över en servicehändelse i vilken uppgifterna om risken i fråga senast har ändrats. Eftersom riskuppgifterna extraheras till Informationshanteringstjänsten endast från vyn RIS, innehåller länken inte information om exempelvis den journaltextvy i vilken eventuella kliniska uppgifter om patienten har dokumenterats. Alla arkiverade patientjournaltexter går dock att hitta i de uppgifter om handlingen eller servicehändelsen som nås via länken.

Förslag



Figur 10. Exempel på en sammanställning av riskuppgifter, där de kritiska riskerna är separerade från risker som ska beaktas i vården. (Virkkunen m.fl. 2016)

11 Hälsopåverkande faktorer

BRA ATT VETA

Bland hälsopåverkande faktorer dokumenteras uppgifter om en patients användning av alkohol och andra droger, om risker för hjärt- och kärlsjukdom, om rökning, motion, kostvanor, depressionssymtom och eventuell graviditet. Vid dokumentationen används resultat från allmänna mätare och uppgifterna dokumenteras under rubriken Hälsopåverkande faktorer. Rekommendationen är att uppgifterna om rökning och alkoholbruk efterfrågas vartannat år, men samma tidsintervall kan också användas för uppdatering av andra uppgifter. En uppgift som erhållits med hjälp av omfattande dokumentation på befolkningsnivå är tillförlitlig och förändringarna i patienternas hälsobeteende kan följas upp. Uppgifter i strukturerad form kan utnyttjas betydligt bättre än beskrivningar som dokumenterats som fri text. Dokumentation av fysiologiska mätningar och laboratorie- och avbildningsundersökningar samt utnyttjandet av strukturerad information beskrivs närmare i kapitel 12.

Förslag

Hälsopåverkande faktorer är levnadsvanor och livssituation som påverkar patientens hälsa och sjukdom. Med levnadsvanor eller hälsobeteende avses vanligen alkoholbruk, motion, matvanor och rökning, som har samband med sjukdomsfrekvens och mortalitet. Framför allt dessa fyra levnadsvanor är risk- och skyddsfaktorer för de viktigaste finska folksjukdomarna. Levnadsvanorna har också samband med social ojämlikhet och hälsoskillnader. (THL - Elintavat 2018; THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet 2018; THL - Kansantaudit 2018) (THL - Levnadsvanor 2018; THL - Alkohol, tobak och beroenden 2018; THL - Folksjukdomar 2018).

Dokumentation av hälsopåverkande faktorer gäller anteckningar om en konstaterad situation hos patienten, framför allt med hjälp av klassifikationer och mätare eller test av olika slag. Numera finns det ett stort antal test och blanketter att tillgå. Tabell 9 visar dem som fanns på den nationella Kodservern vid ingången av 2018.

I det här kapitlet beskrivs på ett allmänt plan dokumentation av hälsopåverkande faktorer med hjälp av olika mätare och test, oavsett inom vilka tjänster de här uppgifterna dokumenteras. En rad specifikationer av informationsinnehåll för olika specialiteter och serviceområden är under arbete. I specifikationerna betonas också hälsopåverkande faktorer och närmare mätare och dokumentationsanvisningar i samband med dem (t.ex. företagshälsovård, skol- och studerandehälsovård, barnrådgivning, uppföljning av graviditet, mödravård, mun- och tandvård, rehabilitering och funktionsförmåga). Anvisningar om dokumentation av dessa publiceras i fortsättningsdelen till den här handboken (del 2). Se även kapitel 12 Mätningar och undersökningar.

Det finns också flera möjligheter att på ett enhetligt sätt beskriva olika åtgärder som hälsovårdspersonalen utför på basis av resultat från test och bedömningar. Olika yrkesgrupper har olika nomenklaturer eller klassifikationer för detta. Man kan också utnyttja *THL- Åtgärdsklassifikation*, som bland annat innehåller olika slags åtgärder relaterade till vård eller handledning (t.ex. Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito (Förebyggande och vård av undernäring), Sair. hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä ravitsemusohjaus (Kostrådgivning i samband med vård och rehabilitering), Terveyden ylläpitoon liittyvä ravitsemusohjaus (Kostrådgivning i samband med upprätthållande av hälsan), Painonhallinta- ja laihdutusohjaus (Rådgivning om viktkontroll och bantning)). Se även kapitel 13 Åtgärder.

Tabell 9. Klassifikationer, mätare och test som används vid dokumentation av hälsopåverkande faktorer.

Klassifikationer, mätare och test på Kodservern:
FinLOINC - Fysiologiska mätningar
THL – Tautiluokitus ICD-10 (Sjukdomsklassifikationen ICD-10) eller Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus (Kommunförbundet – ICPC Primärvårdsklassifikation)
AR/YDIN - Kyllä/ EI/ Ei tietoa (Ja/ Nej/ Ingen information)
AR/YDIN - Tupakointistatus 2010 (Rökningsstatus)
AR/YDIN - Nikotiiniriippuvuustesti 2010 (Fagerströmin suppea nikotiiniriippuvuustesti) (Nikotinberoendetest - Fagerströms kortfattade nikotinberoendetest)
THL/Testi - AUDIT - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 10 kysymyksellä (Identifiering av riskfyllt alkoholbruk med 10 frågor)
THL/Testi - AUDIT - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä (Identifiering av riskfyllt alkoholbruk med 3 frågor)
UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille (Recept på fysisk aktivitet för vuxna)
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö (Nomenklatur för motionsgrenar)
THL/Testi - Beckin masennuskysely (BDI-21) (Becks depressionsenkät)
THL/Testi - Dementiariskitesti (Demensrisktest)
THL/Mittari - WHODAS 2.0 terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä (WHODAS 2.0 Mätning av hälsa och funktionshinder)
THL/Testi - Diabetesriskitesti (Diabetesrisktest)
THL/Testi - Finriskilaskuri
THL/Testi - Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti (Kombinerat risktest för fyra folksjukdomar)
Vajaaravitsemus/lomake - NRS2002-seulontamenetelmä
Vajaaravitsemus/Lomake - MNA-seulontamenetelmä
STH - STH35 Harjauskertojen määrä (ja muut suun terveyteen liittyvät luokitukset) (Antal tandborstningar - och övriga klassifikationer som hänför sig till mun- och tandhälsa)
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus (esim. ->D - pääluokka 5/ Itsestä huolehtiminen) (ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – t.ex. ->D - klass 5/ Personlig vård)[7]

Föråldrad

[7] Mätarna som är avsedda för bedömning av funktionsförmågan beskrivs närmare i handbokens andra del, i kapitlet om funktionsförmåga, rehabilitering och hjälpmedel.

11.1 Dokumentation av hälsopåverkande faktorer

De faktorer som är väsentliga för patientens hälsa ska beskrivas och dokumenteras i så strukturerad form som möjligt, för att man i systemen, exempelvis med hjälp av stöd för beslutsfattandet i vården, ska kunna ta fram förslag för att minimera patientens hälsorisker och främja vården. Den strukturerade informationen kan också användas för insamling av information på populationsnivå om medborgarnas hälsobeteende och utnyttja den i statistik och rapporter både nationellt, regionalt och på organisationsnivå. Det är viktigt att dokumentationen är heltäckande och enhetlig för att en uppgift på populationsnivå ska vara tillförlitlig och förändringarna i patienternas hälsobeteende ska kunna följas upp.

Medborgarna kan via Mina Kanta-sidor läsa bedömningarna av faktorer som påverkar deras hälsa, vilket stärker personens delaktighet i främjandet av sin hälsa och (egen)vården av sina eventuella sjukdomar. Dessutom kan personen styras att också utföra lämpliga test som en självutvärdering. Det finns gott om elektroniska tjänster och webbplatser som tillhandahåller test av det här slaget. Från och med 2018 kan medborgarna också spara och behandla uppgifter om sitt eget välbefinnande i Datalagret för egna uppgifter med hjälp av lämpliga välbefinnandeapplikationer och mätapparater. Med uppgifter om välbefinnande avses här medborgarens personliga mätdata samt uppgifter om livsstil och aktivitet vilka direkt eller indirekt handlar om personens välbefinnande och främjande av personens hälsa. Läs mer på https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/omakannan-omatietovaranto

Föråldrad

11.2.2 Hälsopåverkande faktorer och mätare av dem

För kartläggning av exempelvis rökning, alkoholbruk och motionsvanor finns det lämpliga mätare, som också har publicerats på Kodservern med nationellt enhetliga strukturer. Exempel på andra mätare som kan utnyttjas för utredning av hälsotillståndet är bl.a. *Becks depressionsenkät (BDI-21)*, diverse risktest såsom *Demensrisktest* och *Diabetesrisktest*, *Finriskilaskuri* och *Kombinerat risktest för fyra folksjukdomar*. Också nutritionsstatus och risken för undernäring kan bedömas med screeningmetoder av olika slag.

Uppgifter om hälsopåverkande faktorer sparas i olika vyer, eftersom patienten vårdas och handleds av flera olika yrkesgrupper. Precis som de övriga centrala patientuppgifterna mäts och dokumenteras hälsopåverkande faktorer bara när de behövs för att utreda patientens hälsotillstånd och levnadsvanor samt för att behandla ett eventuellt hälsoproblem eller en sjukdom. I patientjournalen dokumenteras det indextal som erhållits från respektive mätare. Strukturerad information om situationen som konstaterats med hjälp av mätare kan också beskrivas i fri form exempelvis under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*.

11.2.1 Rökning

Det rekommenderas att uppgift om patientens rökningsstatus dokumenteras minst vartannat år för varje patient, exempelvis inom primärvården. Vid dokumentationen av rökning ska man alltid ange *rökningsstatus* och dessutom vid behov *hur många cigaretter per dygn patienten röker* samt *nikotinberoende* med de kodverk som är avsedda för ändamålet. Klassifikationen *AR/YDIN - Tupakointistatus* (Rökningsstatus) är avsedd för beskrivning av vad patienten uppger om sin egen rökning (också e-cigaretter och snus) eller exponering för tobaksrök. Rökningsberoendet kan också beskrivas med Fagerströms test, hur mycket patienten röker med klassifikationen *FinLOINC* och tidigare rökning med klassifikationen *ja/ nej/ ingen information*.

Hur mycket patienten röker anges i *cigaretter/dygn* (F*inLOINC*-kod 8663-7) eller i *paketår* (*FinLOINC*-kod 11366- 2). Om en person röker ett paket cigaretter om dagen i ett år blir det ett paketår (2 paket om dagen i 20 år = 40 paketår). Patientens snuskonsumtion dokumenteras som fri text under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*. Nikotinberoendet testas med *Fagerströms test för nikotinberoende*. Nikotinberoendet erhålls genom att räkna ihop poängen för svaren på testfrågorna. I patientdatasystemen går det att skapa en räknare som beräknar summan och till räknaren hör också en tolk av resultaten.

11.2.2 Berusningsmedel och droger

För kartläggning av alkoholkonsumtion lämpar sig *AUDIT-testet med 10 frågor* eller det mer kortfattade *AUDIT-C-testet med tre frågor*. Testresultatet dokumenteras som fri text under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*, om de AUDIT-mätare som publicerats på den nationella Kodservern inte kan utnyttjas i systemet.

När det gäller gravida och unga kan AUDIT-testet utnyttjas som samtalsunderlag. För de här grupperna kan nämligen det direkta värde som indexet ger skapa felaktiga resultat som inte kan utnyttjas direkt, exempelvis när man bedömer den risk moderns alkoholkonsumtion innebär för fostret. Exempel på mätare som används inom skol- och studerandehälsovården är *Verktyget för utredning av missbruk hos ungdomar Adsume* och frågeformuläret *Audit, bedömning av alkoholkonsumtion* samt *Enkäten för bedömning av sinnesstämningar RBDI-13.* (THL - Barn, unga och familjer 2018)

I fråga om användning av droger kan man exempelvis tillämpa *Narkotikatestet* (DAST 20) och testet *Risker med narkotikabruk* (DUDIT). (THL - Droger 2018). Ett annat test är *Kannabiksen käytön riskit (*Risker med cannabisbruk), som kartlägger risknivån i fråga om de olägenheter som cannabisbruket medför. Mer information finns på Droglänken på adressen https://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet.

11.2.3 Motion

När målet är att patienten rör på sig i tillräcklig och säker utsträckning kan man sporra patienten att göra det med hjälp av Motionsreceptet (*UKK-institutet/Blankett - Recept på fysisk aktivitet för vuxna*). Blanketten är avsedd att användas som stöd för vårdpersonal vid rådgivning om fysisk aktivitet på mottagningen. Blanketten består av två delar: uppgifter om patientens rörelseaktivitet samt ordinerad aktivitet. Om blanketten inte finns i det egna systemet kan man ge patienten en pappersutskrift av den. (Motionsrecept 2018; Motion 2016). För dokumentation av uppgifterna i ett motionsrecept finns det i vyklassifikationen en vy i blankettform, nämligen LREA Recept på fysisk aktivitet för vuxna, som är avsedd för registrering av aktivitetsdata, -vanor och -instruktioner i den elektroniska patientjournalen. Vid behov kan uppgifter om fysisk aktivitet dokumenteras som fri text i vilken journaltext som helst under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*.

I motionsreceptet samt vid uppföljning av säkerheten och uppkomna skador i samband med den fysiska aktiviteten kan man använda *UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö (UKK-institutet - Nomenklatur för motionsgrenar).* Nomenklaturen klassificerar olika grenar av fritidsmotion, konditionsträning och tävlingsidrott. Nomenklaturen kan användas vid mottagningsbesök inom hälso- och sjukvården samt för statistik och forskning. Nomenklaturen för motionsgrenar kan vid behov fogas till kod Y94.2 *Sport- eller idrottsolycka* i Klassifikation av sjukdomar ICD-10 för att precisera den gren inom vilken skadan som krävt sjukhusvård har uppstått.

Föråldrad

11.2.4 Graviditet

Uppgiften om en kvinnas graviditet måste vara tillgänglig när man fattar vårdbeslut. Vid en känd graviditet dokumenteras beräknat förlossningsdatum och antalet graviditeter/förlossningar under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*, om möjligt. Med hjälp av klassifikationen *FinLOINC* kan man i strukturerad form dokumentera exempelvis *Laskettu aika* (Beräknad tid) (kod 11778-8) och *Raskauksien lukumäärä* (Antal graviditeter) (kod 11996-6) samt *Synnytysten määrä* (Antal förlossningar) (kod 11977-6). Uppgiften om en graviditet och senare också den beräknade tiden ska i patientdatasystemen överföras till *Riskuppgifter som ska beaktas i vården* (se kap. 10 Riskuppgifter) när de ifrågavarande uppgifterna är i kraft.

11.2.5 Nutrition

En patients nutritionsstatus och nutrition kan bedömas med fysiologiska mätare och test av olika slag. Centrala fysiologiska mätningar vid uppföljning av nutritionen är exempelvis följande som dokumenteras med klassifikationen *FinLOINC*: födelsevikt och -längd, vikt (mätt/ uppgiven/ uppskattad), längd (mätt/ uppgiven/ uppskattad), BMI-viktindex, ISO-BMI - viktindex barn, kroppsfettprocent, visceralt fett (yta), kroppsfett (kg), midjemått och blodtryck samt rökning. Uppgifter om mun- och tandhälsan kan också vara viktiga i samband med nutritionen. Dokumentationen av fysiologiska mätningar beskrivs närmare i kapitel 12.

Exempelvis kan blanketten *Vajaaravitsemus/Lomake - NRS2002-seulontamenetelmä (Undernäring/Blankett - NRS2002-screeningmetod)* användas vid screening av risken för undernäring inom alla åldersgrupper, till exempel på sjukhus eller under perioder på bäddavdelning. Dessutom kan man använda blanketten *Vajaaravitsemus/Lomake- MNA-seulontamenetelmä (Undernäring/Blankett - MNA-screeningmetod)* användas för bedömning av nutritionsstatus hos personer över 65 år, till exempel inom hemsjukvården och hälsocentralernas öppna vård.

Förslag

11.2.6 Mun- och tandhälsa

Mun- och tandhälsan följs och dokumenteras med hjälp av strukturerad information, exempelvis kariesindex och index som beskriver status i fråga om sjukdomar i tandköttet och de parodontala vävnaderna. Antalet tandborstningar kan också dokumenteras som strukturerad information. I de nyaste specifikationerna för mun- och tandvård (Turunen 2017) konstateras att man i strukturerad form förutom allmänna hälsopåverkande faktorer (levnadsvanor, fysisk aktivitet, nutrition, rökning och användning av berusningsmedel) i fortsättningen också ska dokumentera uppgifter som faktorer som påverkar mun- och tandhälsan som en del av förhandsuppgifterna om patienten och av egenvården. Specifikationerna av dessa är dock ännu inte klara. Krav på strukturerad dokumentation av förhandsuppgifter och egenvård kommer tidigast under 2018. Närmare anvisningar om dokumentation av mun- och tandvård finns i en separat publikation på THL:s webbsidor om Informationshantering.

12 Undersökningar och mätningar

BRA ATT VETA

Med undersökningar och mätningar avses här fysiologiska mätningar samt begäranden om, svar på och utlåtanden om laboratorie- och avbildningsundersökningar. Undersökningarna och mätningarna dokumenteras med användning av bl.a. undersökningsnomenklaturer eller *FinLOINC*-koder. I laboratoriet kan man också använda enhetens egna koder om undersökningen är så ny att den ännu inte har någon nationell kod. För patientnära undersökningar eller egenutförda undersökningar i hemmet ska man i resultatet ange hur undersökningen utförts. Ett bilddiagnostikresultat som kraftigt avviker från det förväntade borde anges som ett signifikant avvikande fynd för att uppgiften ska vara lättare att lägga märke till. En klassifikation som beskriver graden av avvikelse används också vid fysiologiska mätningar och laboratorieundersökningar. Fysiologiska mätningar respektive laboratorie- och avbildningsundersökningar kommer att få egna sammanställningar, med vilka användaren får information från Informationshanteringstjänsten om undersökningar och mätningar som utförts vid andra enheter. Inom de närmaste åren kommer man också successivt att införa ett riksomfattande Arkiv över bildmaterial, som implementerar arkivering och delning av avbildningsundersökningar i Kanta-tjänsterna.

Föråldrat

Fysiologiska mätningar samt uppgifter om laboratorie- och avbildningsundersökningar dokumenteras med de klassifikationer som beskrivs i tabell 10 och som publicerats på den nationella Kodservern. Strukturellt dokumenterad information kan utnyttjas på många olika sätt vid uppföljningen av förändringar i patientens tillstånd och som stöd för beslutsfattandet. Informationen kan också presenteras grafiskt och i form av sammanställningar. I större sammanhang kan informationen utnyttjas exempelvis i rapporter eller statistik som beskriver befolkningens hälsotillstånd.

Det strukturerade informationsinnehållet i undersöknings- och mätinformationen och specifikationerna för de sammanställningar som bildas utifrån dem beskrivs närmare i publikationen Tiedonhallintapalvelun määrittely (Virkkunen m.fl. 2016). Det närmare informationsinnehållet i de olika sammanställningarna har publicerats på den nationella Kodservern.

Enligt planerna ska Arkivet över bildmaterial tas i bruk i Kanta-tjänsterna senast från och med 31.12.2019. Arkivets funktioner beskrivs närmare i publikationen Lääketieteellisen kuvantamisen kansalliset toiminnalliset määritykset: Valtakunnallinen terveydenhuollon kuva-aineistojen arkisto - Kvarkki : Toiminnallinen määrittely: Versio 1.2 (Kärkkäinen & Rantala, 2017). I dokumentet ges en bred genomgång av den funktionella helheten bilddiagnostik och i viss mån av särskilda delområden av denna, så som radiologisk (mammografi, mun- och tandvård) och icke-radiologisk bilddiagnostik (ultraljud, bilder tagna med hjälp av synligt ljus). I den första fasen av införandet blir det möjligt att arkivera bilder för samanvändning (lagring och sökfunktioner) samt utnyttja bilder tillsammans med det övriga patientjournalmaterialet. I den andra fasen standardiseras informationen och dokumentationssätten och funktionerna vidareutvecklas. I den tredje fasen är målet att övergå till ett helt centraliserat nationellt arkiv över bildmaterial.

Detta kapitel uppdateras och preciseras efter behov bl.a. med beaktande av de kommande ändringarna i strålsäkerhetslagen samt anvisningarna för dokumentation av anteckningar om genetiska undersökningar. Samtidigt bedöms de övriga uppdateringsbehoven för detta kapitel.

Tabell 10. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av fysiologiska mätningar, laboratorie- och avbildningsundersökningar.

Klassifikationer för dokumentation av fysiologiska mätningar	Klassifikationer för dokumentation av laboratorieundersökningar	Klassifikationer för dokumentation av avbildningsundersökningar
FinLOINC - Fysiologiska mätningar	Kommunförbundet – Nomenklatur för laboratorieundersökningar (lokala klassifikationer kan också användas till den del Kommunförbundets nomenklatur inte täcker undersökningarna)	THL - Åtgärdsklassifikation - Kommunförbundet - Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder[8]
	THL - Mikrobinimikkeistö 2013, THL - Mikrobimäärä, THL - Mikrobilääkkeet, THL - Mikrobilääkeherkkyyden mittausmenetelmä, THL - Mikrobin herkkyys	Diagnospreciseringen för en avbildningsundersökning dokumenteras med klassifikationen THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10 eller Kommunförbundet - ICPC-2 Primärvårdsklassifikation
THL - Informationskälla	THL - Informationskälla	THL - Informationskälla
THL - Lausunnon tila (Utlåtandestatus)	THL - Lausunnon tila (Utlåtandestatus)	THL - Lausunnon tila (Utlåtandestatus)
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (Mätnings- eller undersökningssätt)	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (Mätnings- eller undersökningssätt)	THL - Anatominen jaottelu (Anatomisk indelning)[9]
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (Avvikande mätnings- eller undersökningsresultat)	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit (kuvaa tuloksen poikkeavuutta) (Meddelanden om avvikande situationer - beskriver på vilket sätt resultatet är avvikande)	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (Avvikande mätnings- eller undersökningsresultat)
	AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit (Koder för tolkning av undersökningssvar)	
	Kommunförbundet - Systemförkortningar för laboratorieundersökningar	

Föråldrad

[8] Kommunförbundet - Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder finns också som ett eget kodverk i kodtjänsten och Åtgärdsklassifikationen för den öppna primärvården (SPAT) har sammanställts med THL - Åtgärdsklassifikationen i november 2017. Samtidigt har nya åtgärder lagts till och namn ändrats på befintliga åtgärder i klassifikationen.

[9] Klassifikationen THL - Anatominen jaottelu (Anatomisk indelning) används i informationssystem för bilddiagnostik för att uttrycka den anatomiska platsen för en radiologisk bild eller en bild tagen med hjälp av synligt ljus. Klasserna i klassifikationen byglas till radiologiska åtgärder samt åtgärder som gäller bilder tagna med hjälp av synligt ljus i THL - Åtgärdsklassifikationen.

12.1 Fysiologiska mätningar

12.1.1 Dokumentation av fysiologiska mätvärden

Fysiologiska mätresultat beskriver de klinisk-fysiologiska fynden hos en patient. Informationsinnehållet i en fysiologisk mätning består av två delar: innehållet i den fysiologiska mätningen och ett eventuellt utlåtande om mätningen. Om samma person i samma sammanhang dokumenterar både ett utlåtande och ett mätresultat, kan utlåtandet sparas i anteckningen om den fysiologiska mätningen och man behöver inte göra någon separat anteckning om utlåtandet.

Obligatorisk information om en fysiologisk mätning är *mättidpunkt*, *mätningens namn* och *kod* samt mätresultat. Dessutom kan man dokumentera bl.a. uppgifter om den *person* som utfört mätningen och information om *mätsättet* (laboratorium, patientnära mätning, egen mätning).

Alla fysiologiska mätningar som är nödvändiga för vården av en patient dokumenteras strukturerat enligt *FinLOINC*-klassifikationen. Till *FinLOINC* har man valt ut allmänt använda uppgifter som kan utnyttjas inom flera specialiteter. Uppföljningen av och förändringar i de här uppgifterna har i allmänhet klinisk betydelse. Resultatet av ifrågavarande mätningar är numerisk eller klassificerande information, 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 specifikationerna, om det går att sluta sig till dem utifrån andra uppgifter.

I fråga om fysiologiska mätningar ska man i patientdatasystemen dokumentera det uppmätta värdet och enheten, i regel som enheter enligt SI-systemet. Till de uppmätta resultaten kan man foga en uppgift om referensvärden eller avvikelsen i ett resultat, när sådana uppgifter finns eller när det går att sluta sig till dem. Vid behov kan resultaten också kompletteras 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 utfördes.

Dokumentationer kan göras på alla nivåer av den hierarkiska *FinLOINC*-klassifikationen. Hierarkin gör det möjligt att söka och granska storheter som dokumenterats på en lägre nivå med hjälp av en term på en högre nivå i hierarkin. Exempelvis innehåller *FinLOINC*-klassen 29463-7 *Vikt* också de exaktare uppgifterna 3141-9 *Vikt, mätt* och 3142-7 *Vikt, uppgiven*.

FinLOINC-klassifikationen överlappar till vissa delar nomenklaturen för laboratorieundersökningar. För dessa laboratorieundersökningar kan man använda en *FinLOINC*-term, när mätningen sker utanför laboratoriet. Som exempel kan nämnas en PEF-mätning på mottagningen. Om man i patientdatasystemet dokumenterar exempelvis fysiologiska mätningar som en patient själv har utfört ska man också ange mätsättet, alltså uppgift om huruvida det är fråga om en laboratoriemätning, en patientnära mätning eller en mätning som gjorts av patienten själv. Utöver *FinLOINC*-klassifikationen kan man också ta hjälp av exempelvis klassifikationerna *Tiedon lähde (Informationskälla), Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (Mät- eller undersökningsresultatets avvikelse)* och *Lausunnon tila (Utlåtandets status).*

12.1.2 Sammanställningar av fysiologiska mätningar

Fysiologiska mätningar dokumenteras i strukturerad form med användning av *FinLOINC*-klassifikationen och lagras i Patientdataarkivet, och då kan man i

Förslag

Informationshanteringstjänsten skapa en Sammanställning av fysiologiska mätningar (FMS). Tidigare fanns det ingen egen vy för fysiologiska mätresultat, utan uppgifterna antecknades i den övriga texten i olika journalvyer eller i särskilda fält i anteckningarna av mätresultat.

I vyn FMS sammanställs alla fysiologiska mätresultat som dokumenterats med kodverket *FinLOINC* i olika registeransvarigas journalhandlingar och som enligt specifikationerna hör till vyn. Informationshanteringstjänsten varken filtrerar eller analyserar de lagrade uppgifterna utan hämtar till användarens informationssystem alla fysiologiska mätningar som dokumenterats i strukturerad form inom det valda tidsintervallet samt tillhörande utlåtanden, till den del patienten inte genom förbud har begränsat utlämnandet av uppgifter från enskilda tjänstetillhandahållare eller om enskilda händelser.

De fysiologiska mätresultat som tas med i sammanställningen ska basera sig på användarens anteckningar eller på användarens separata bekräftelse av resultatet. Alla fysiologiska mätresultat tas alltså inte med i sammanställningen, exempelvis från separata system för intensivvårdsperioder eller från annan motsvarande mätapparatur. I ett senare skede kommer man att specificera värdet i att spara uppgifter från dessa system som automatiskt tar fram fysiologiska mätresultat i stora mängder.

Om en fysiologisk mätning dokumenteras med någon annan klassifikation än *FinLOINC* eller om uppgiften dokumenteras utan *FinLOINC*-klassifikation i journalvyn, exempelvis under rubriken Fysiologiska mätningar, kommer mätuppgiften inte med i sammanställningen. Att dokumentationen görs i strukturerad form hindrar dock inte att man också beskriver informationen verbalt i journaltexten, när det är ändamålsenligt.

Förslag

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 (t.ex. kolesterol eller hemoglobin), klinisk patologi (t.ex. provbitar eller cellprov), klinisk mikrobiologi (t.ex. bakterieodlingar), klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi.

Uppgifterna om laboratorieundersökningar fördelar sig på tre informationsinnehåll: begäran, svar och utlåtande om laboratorieundersökningar. Vart och ett av dessa arkiveras i Patientdataarkivet som en egen anteckning i vyn LAB, antingen från laboratoriets system eller från patientdatasystemet.

12.2.1 Begäran om laboratorieundersökning

Laboratorieundersökningar dokumenteras med *Nomenklaturen för laboratorieundersökningar.* Om en laboratorieundersökning är så ny att den ännu inte har någon nationell kod, eller om det är fråga om en undersökning som skapats för laboratoriets egna behov (t.ex. ett undersökningspaket), kan man vid dokumentationen använda egna koder som används vid verksamhetsenheten. Det rekommenderas att man vid verksamhetsenheterna strävar efter att använda en *LOINC*-kod som egen kod. Genom att använda *LOINC*-koder får man bättre överensstämmelse mellan sjukhusen i uppgifterna om nya undersökningar.

En begäran om laboratorieundersökning kan gälla en eller flera undersökningar. Man kan antingen begära varje undersökning separat eller begära ”undersökningspaket” som består av flera enskilda undersökningar (t.ex. PVK). Som undersökningspaket kan man använda paket

enligt Kommunförbundets *Nomenklatur för laboratorieundersökningar* eller det lokala kodverket. De undersökningspaket som begärs och deras innehåll kan specificeras separat i varje laboratoriesystem eller organisation. Också i de egna paketundersökningarna ska resultaten dokumenteras för delundersökningar som är nationellt enhetliga. Ytterligare aktuella anvisningar finns på adressen: https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/laboratoriotutkimusnimikkeisto

Vid återkommande begäranden om undersökningar (”långtidsremisser”) anges också *Start- och slutdatum för återkommande begäran om laboratorieundersökning* och *Maximalt antal undersökningar i laboratorieundersökningen*. Uppgiften om startdatum för begäran om undersökning är obligatorisk medan uppgiften om slutdatum är frivillig, likaså uppgiften om maximalt antal undersökningar. Svaren på undersökningar som utförts på basis av en återkommande begäran om laboratorieundersökning kan fogas till den ursprungliga begäran om undersökning, eller också kan laboratoriesystemet skapa en ny ”teknisk” begäran om undersökning, till vilken laboratoriesvaren kopplas. Laboratoriesvaren fogas till den servicehändelse i vilken den återkommande begäran om undersökning har sparats eller exempelvis till ett eventuellt kontrollbesök som undersökningen hänför sig till. Om ingendera av dessa är lätt att sluta sig till, kan man som servicehändelse välja patientens senaste servicehändelse i organisationen i fråga.

Föråldrad

12.2.2 Resultat av och utlåtanden om laboratorieundersökningar

Svaren på laboratorieundersökningar länkas med hjälp av laboratorieundersökningens kod till motsvarande begäran om laboratorieundersökning och lagras för respektive undersökning i vyn LAB. Svar och/eller utlåtanden om fynd dokumenteras i laboratorieprogrammen, varifrån uppgiften förmedlas till patientjournalen och lagras i laboratorievyn (LAB). Svar som hänför sig till samma begäran om laboratorieundersökning kan ges alla på en gång eller i flera omgångar.

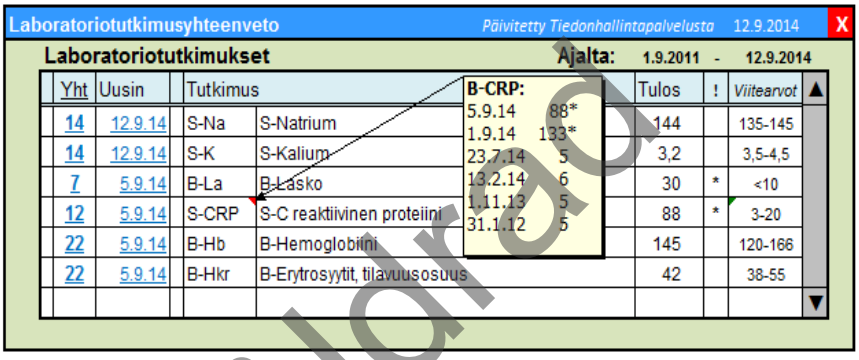
Svaret på en laboratorieundersökning kan innehålla ett utlåtande, som dokumenteras och lagras som en del av laboratoriesvaret med hjälp av *ID för laboratorieundersökningen*. Vid behov kan man också producera ett sådant utlåtande separat. Man kan också producera ett utlåtande som avviker från strukturen för utlåtanden om laboratorieundersökningar. I detta fall sparas länken till det separata utlåtandet i laboratoriesvaret med hjälp av *ID för annat utlåtande*. ID fungerar som teknisk hänvisning till det andra utlåtandet. I utlåtandena dokumenteras namnet på den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som gav utlåtandet, den som genomförde tjänsten samt tidpunkten för utlåtandet.

Laboratorieundersökningar som utförts på avdelningarna borde även de såvitt möjligt lagras i arkivet. För dessa undersökningar används samma struktur som för dem som görs på laboratorium, men som undersökningssätt anges *Patientnära mätning*. Om man i ett patientdatasystem dokumenterar laboratorieundersökningar som utförs av patienten själv ska man ange *egenmätning* som undersökningssätt och dessutom vid behov ange informationskällan med kodverket *Informationskälla*.

Man kan också göra ett skriftligt sammandrag och en diskussion av erhållna undersökningsresultat och laboratoriesvar 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 även kap. 17 Sammandrag och dagliga anteckningar).

12.2.3 Sammanställningar av laboratorieundersökningar

De sammanställningar av laboratorieundersökningar (LABS) som Informationshanteringstjänsten gör innehåller en patients alla laboratorieundersökningar som dokumenterats i strukturerad form i laboratorievyn (LAB) i olika registeransvarigas handlingar, med undantag av undersökningar för vilka patienten har begränsat utlämnandet av uppgifter gällande enskilda tillhandahållare av tjänster eller enskilda servicehändelser. Informationshanteringstjänsten varken filtrerar eller analyserar de lagrade uppgifterna utan hämtar till användarens informationssystem en sammanställning av alla laboratorieundersökningar som dokumenterats i strukturerad form inom det valda tidsintervallet samt tillhörande begäranden och utlåtanden som patienten inte har förbjudit utlämnande av.



Figur 11. Exempel på en sammanställning och visning av tidigare värden för en vald undersökning. (Virkkunen m.fl. 2016)

Föråldrad

12.3 Avbildningsundersökningar

Radiologiska undersökningar är medicinsk diagnostik som baserar sig på bilddiagnostiska metoder. Exempel på undersökningar som baserar sig på bilddiagnostiska metoder är röntgenfotografering, datortomografier (TT) och isotopundersökningar, som förutom på röntgenavdelningar också görs på klinisk-fysiologiska avdelningar och strålbehandlingsenheter. Vid isotopundersökningar kan man förutom bilder också skriva ut aktivitetskurvor (exempelvis undersökningar av njurarnas funktion och isotoprenografier).

Uppgifterna om avbildningsundersökningar består av begäran om avbildningsundersökning, avbildningsundersökning samt utlåtande. Dessa dokumenteras med antingen radiologiska system eller patientdatasystem. Anteckningar om avbildningsundersökningar görs i allmänhet i radiologivyn (RTG), men man kan också använda andra vyer i den fortlöpande journalen. Detta gäller också anteckningar om bilder tagna med hjälp av synligt ljus (bl.a. fotografier, videor och skisser).

Uppgifterna dokumenteras med hjälp av Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder, som finns på den nationella Kodservern. Ytterligare aktuella anvisningar finns på adressen: https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/radiologinen-tutkimus-ja-toimenpideluokitus. Användningen av *THL - Åtgärdsklassifikation* och tilläggskoder beskrivs mer ingående i publikationen THL - Åtgärdsklassifikation (2013).

12.3.1 Begäran om avbildningsundersökning

Begäranden om avbildningsundersökningar dokumenteras i radiologiska program eller i patientjournalen i vyn RTG. Undersökningar som har begärts i radiologiremisser dokumenteras med koderna i *Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder*. Eftersom den som begärt undersökningen inte nödvändigtvis känner till den exakta undersökningskoden kan man precisera den i samband med att undersökningen görs. I en organisation kan urvalet av undersökningar för begäranden om undersökningar vara begränsat, exempelvis används kanske bara en magnetundersökning av huvudet.

En begäran om avbildningsundersökning kan gälla en eller flera undersökningar och för var och en av dem kan det finnas 1–3 utlåtanden. Varje begäran om undersökning har en *Identifikationskod för begäran om avbildningsundersökning* och för denna en egen *Text för begäran*, *När undersökningen har begärts* samt uppgift om vem som *begärt* undersökningen. Dessutom innehåller begäran en eller flera uppgifter om *Sida som den begärda avbildningsundersökningen gällde.* I begäran kan man också spara preciseringar av olika slag, så som *Närmare anatomisk uppgift om den begärda avbildningsundersökningen*, *Närmare diagnosuppgift om avbildningsundersökningen* och *Närmare åtgärdsuppgift om avbildningsundersökningen*. De utvidgade preciseringarna är närmast avsedda för anteckningar om bilder tagna med hjälp av synligt ljus, men de kan också användas för radiologiska avbildningar. På det här sättet får alla bilder en enhetlig anteckningsstruktur, vilket gör det möjligt att också lagra anteckningar om bilder tagna med hjälp av synligt ljus i Patientdataarkivet.

Om man vid ett och samma tillfälle begär undersökningar som har olika text för begäran, bildar varje begäran en egen anteckning. Om man däremot begär flera undersökningar som har samma text för begäran, sparas undersökningsuppgifterna på samma anteckning. Undersökningen specificeras med *Identifikation av avbildningsundersökningen*, som fungerar som länk till utlåtandet och bilderna. *Identifikationen av avbildningsundersökningen* fungerar i sin tur som länk till begäran om undersökning.

En avbildningsundersökning kan också dokumenteras utan begäran, om det inte är nödvändigt med tanke på verksamheten. Om en avbildningsundersökning görs utan särskild begäran (t.ex. fotografier, ultraljudsbilder av foster), lämnas fältet *Identifikationskod för begäran om avbildningsundersökning* tomt.

Föreläsning

12.3.2 Utförda avbildningsundersökningar

Utförda avbildningsundersökningar namnges med hjälp av THL - Åtgärdsklassifikation och specificeras med uppgiften *ID för undersökningen*. Det är också obligatoriskt att ange *Tidpunkt för undersökningen*. Från begäran om undersökning kommer de förifyllda uppgifterna *Namn och kod för avbildningsundersökningen, Sida, Diagnosuppgift* och *Åtgärd*. Lokalisationen av det objekt som ska avbildas (t.ex. vilken sida som ska undersökas) ska dokumenteras som tilläggsinformation till undersökningen, om det är väsentlig information med tanke på undersökningen. Uppgiften *Närmare anatomisk uppgift* kan hämtas från begäran, om den inte går att sluta sig till utifrån undersökningskoden. Den som utför undersökningen kan vid behov ändra alla felaktiga värden. Om det blir nödvändigt att avbryta en undersökning, kan man också dokumentera *Orsak för avbruten avbildningsundersökning*.

Åtgärder som utförts vid en enhet för radiologi, eller utanför enheten på uppdrag av en enhet för radiologi, dokumenteras som undersökningar i radiologisystemet, varifrån informationen förmedlas till patientjournalsystemet och därifrån vidare till Patientdataarkivet. Bildundersökningar (röntgenbilder, ultraljudsundersökningar) som utförts av andra än enheter för radiologi (avdelningar, operationssalar, tandvårdsenheter) dokumenteras i

patientjournalsystemet. Man kan också ge ett utlåtande om dem i radiologisystemet, men om man inte gör det ska undersökningsresultaten bedömas i en specialitetsspecifik vy i patientjournalen.

Se även kapitel 13 Åtgärder.

12.3.3 Utlåtanden om avbildningsundersökningar

Varje utlåtande gäller alltid en enda undersökning. Om det i samband med någon undersökning ges flera utlåtanden (preliminärt, slutligt och tilläggsutlåtande), bildar varje utlåtande en egen anteckning. Till en avbildningsundersökning kan det alltså höra 1–3 utlåtanden. Man kan också spara preciseringar av olika slag för ett utlåtande (t.ex. *Närmare diagnosuppgift*). De centrala uppgifterna om och preciseringarna till utlåtandet kommer direkt från uppgifterna om undersökningen, men användaren kan ändra dem vid behov. Tidpunkten för utlåtandet och uppgifterna om den som gett utlåtandet kommer från uppgifterna om den som gjort anteckningen. Obligatoriska uppgifter är *Utlåtandet i textform* och *Utlåtandets status* (preliminärt, slutligt eller tilläggsutlåtande).

Den som dokumenterar kan också ange uppgift om *Bedömning av resultatet av avbildningsundersökningen*. Med detta avses i det här sammanhanget om fyndet klassificeras som normalt, lätt avvikande eller signifikant avvikande. Anteckningen är inte obligatorisk, men gör det möjligt att exempelvis bygga in larmautomatik i patientdatasystemen. Tills vidare bör informationsgången vid oväntade signifikanta avvikelser fortsättningsvis säkerställas på andra sätt, exempelvis genom direkt kontakt med den behandlande läkaren.

Man kan också göra ett skriftligt sammandrag och en diskussion av de erhållna resultaten 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. 17 Sammandrag och dagliga anteckningar).

Förslag

12.3.4 Bilder tagna med hjälp av synligt ljus

Längre fram kommer också andra bilder än radiologiska bilder som lagras med DICOM-struktur att arkiveras i Arkivet över bildmaterial. Som exempel kan nämnas bilder tagna med hjälp av synligt ljus, så som fotografier. Det begärs sällan undersökningar där bilderna tas med hjälp av synligt ljus och ofta sparas bilderna som en del av anteckningen i patientjournalen. Även tolkningen av bilderna görs som en del av den vanliga journalanteckningen utan att man skapar ett särskilt utlåtande om dem.

I den första fasen kommer de här bilderna inte att lagras i Arkivet över bildmaterial, för att man ska kunna säkerställa eventuella särskilda tillstånds- eller begränsningsförfaranden när det rör sig om material av känslig natur. Arkiveringen av bilder av det här slaget sköts vanligen på exempelvis polikliniker för genetik, och dessa har arkiveringstillstånd för elektronisk förvaring av bilderna. Bilderna föreställer då inte symtom eller medicinska fynd utan exempelvis utseendedrag hos en person, och därför är bilderna inte till nytta vid vården av patienten inom andra specialiteter eller enheter. Dessutom kan det finnas andra familjemedlemmar på bilderna.

I anteckningarna används undersökningskoder och namn enligt *THL - Åtgärdsklassifikation*, vid behov kan man också använda preciseringar ur exempelvis klassifikationen *THL -*

Anatomisk lokalisation, med vilka objektets anatomiska lokalisation kan dokumenteras noggrannare än med bara undersökningskodens anatomiska indelning. I sin nuvarande form är åtgärdsklassifikationen inte helt tillräcklig för behoven i samband med bilder tagna med hjälp av synligt ljus, och den bör kompletteras till dessa delar.

En konstaterad eller antagen diagnos kan också anges som tilläggskod för att precisera bilden. Som precisering används en ICD-10-diagnoskod med minst tre teckens noggrannhet, eller en ICPC2-kod. Med en *Närmare diagnosuppgift* kan man precisera uppgifterna på bilden när bilden gäller extremiteterna, där den anatomiska klassifikationen är minst exakt. När det gäller bilder som tagits i samband med eller efter en åtgärd eller i samband med planeringen av åtgärder kan man också ange en *Närmare åtgärdsuppgift*. Med hjälp av den här uppgiften får man fram ytterligare information om man söker bilder som hänför sig till vissa åtgärder.

Se även kapitel 13 Åtgärder.

Förslag

12.3.5 Exponering för strålning

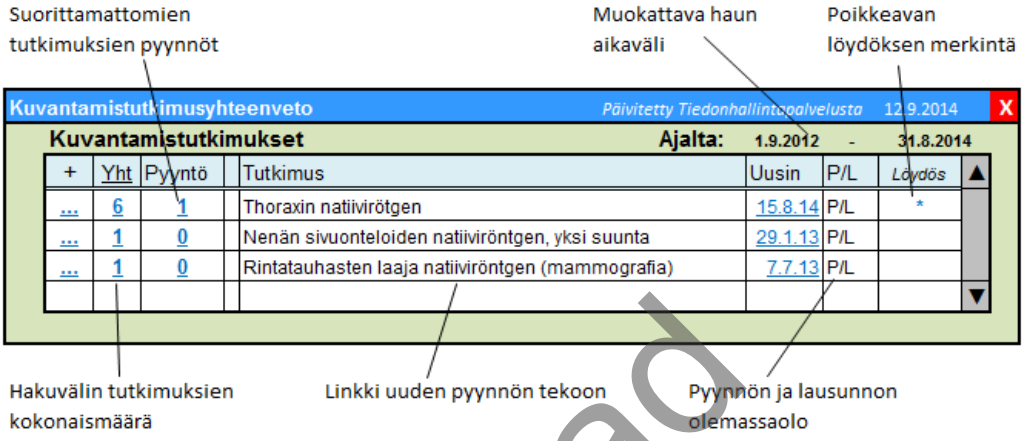
Uppgifter om en åtgärd som medför exponering för strålning ska registreras så att den stråldos som åtgärden medfört för den person som undersöks eller behandlas vid behov kan fastställas (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om medicinsk användning av strålning 423/2000). I handlingar eller filer som gäller en patient (exempelvis i det elektroniska patientdatasystemet) ska man också ange den strålningsexponering som en genomlysningsundersökning eller en genomlysningsstyrd åtgärd har medfört (exempelvis produkten av dos och yta), 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. Vissa bilddiagnostiska apparater ger informationen i en sådan form att den kan lagras automatiskt i ett datasystem för radiologi.

I punkten *Strålningsdos och enhet* anges produkten av dos och yta (DAP) vid röntgen- och genomlysningsundersökningar, om uppgiften finns att tillgå. Rekommenderad måttenhet är mGy *cm^2. Vid datortomografiundersökningar anges produkten av dos och längd (DLP). Vid isotopundersökningar dokumenteras också det använda radiologiska läkemedlet och dess aktivitet. Om stråldosen inte går att ange exakt, kan strålningsdosen dokumenteras i textform i ett separat fält. Undersökningskoden och uppgifterna om strålningsdosen kan ge en antydan om den lokala strålningsbelastningen, men det går inte att räkna ut en tydlig lokal strålningsbelastning utifrån dem. Om uppgiften om strålningsdos inte kan dokumenteras som ett värde, dokumenteras den i fältet *Strålningsdos i text*. För att förbättra bedömningen av strålningsdosen kan man ange patientens *Vikt* samt uppgifter om *Informationskälla*. När detta kapitel skrivs väntas ändringar i strålskyddslagen i samband med föreskrifterna i EU-direktivet 2013/59/EURATOM. För närvarande finns detaljerade anvisningar om saken i Strålsäkerhetscentralens ST-direktiv 3.3, som finns på adressen http://www.finlex.fi/data/normit/25457-ST3-3.pdf .

12.3.6 Sammanställningar av avbildningsundersökningar

I sammanställningen av avbildningsundersökningar (RTGS) samlar Informationshanteringstjänsten avbildningsundersökningar som lagrats med åtgärdskoder i Patientdataarkivet i olika vyer och av olika registeransvariga. Informationshanteringstjänsten filtrerar och analyserar inte uppgifterna, utan returnerar till patientdatasystemet för det sökta tidsintervallet alla avbildningsundersökningar som dokumenterats i strukturerad form samt

tillhörande begäranden och utlåtanden, med undantag av uppgifter om de tjänstetillhandahållare eller servicehändelser som patienten förbjudit utlämnande av.



Suorittamattomien tutkimuksien pyynnöt = Begäranden som gäller outförda undersökningar
Muokattava haun aikaväli = Tidsintervall för sökningen, kan ändras
Poikkeavan löydöksen merkintä = Anteckning om avvikande fynd
Hakuvälin tutkimuksien kokonaismäärä = Totalt antal undersökningar under sökintervallet
Linkki uuden pyynnön tekoon = Länk till uppgörande av ny begäran
Pyynnön ja lausunnon olemassaolo = Begärans och utlåtandets existens

Figur 12. Exempel på skärmvisning av en sammanställning av avbildningsundersökningar jämte förklaringar. (Virkkunen m.fl. 2016)

Förslag

13 Åtgärder

BRA ATT VETA

Åtgärder dokumenteras med THL - Åtgärdsklassifikation, som används för att specificera åtgärder som utförts av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Som ytterligare uppgift om en åtgärd kan man använda uppgift om åtgärdens prioritet samt om rollen för den som utförde åtgärden. Åtgärder klassificeras i krävande åtgärder, mindre åtgärder, munåtgärder, avbildningsundersökningar och övriga prestationer. Vid tandåtgärder kan man dessutom precisera på vilken tand och tandyta åtgärden utfördes. För dokumentation av komplikationer används klassifikationen ICD-10.

Förslag

För dokumentation av åtgärder och preciseringar av dem kan man använda flera olika klassifikationer, som uppräknas i tabell 11. *THL - Åtgärdsklassifikation* specificerar åtgärder som utförts av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Klassifikationen används i patientdatasystemen som en del av de centrala hälsouppgifterna i patientjournalen inom Kanta-tjänsterna, i vårdanmälningar (HILMO), inom administrativa processer och statistik samt inom klinisk forskning och utveckling. Social- och hälsovårdsministeriet har utfärdat en föreskrift (1995:81) om anteckningar i patientjournaler om förloppet vid behandling av sjukdom och användning av åtgärdsklassifikationen vid dessa. Det strukturerade informationsinnehållet i åtgärderna och specifikationerna för de sammanställningar som bildas utifrån dem beskrivs närmare i publikationen Tiedonhallintapalvelun määrittely (Virkkunen m.fl. 2016). Informationsinnehållet i sammanställningar har publicerats på den nationella Kodservern.

Tabell 11. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av åtgärder på en patient.

Klassifikationer för dokumentation
THL - Åtgärdsklassifikation [10]
AR/YDIN - Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus (Päätoimenpide/ Sivutoimenpide) (Diagnosens/åtgärdens prioritet - Huvudåtgärd/Biåtgärd)
THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10
AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi (Typ av åtgärd) [11]
THL - Toimenpiteen tekijän rooli (ensisijainen - avustava tekijä) (Roll hos den som utförde åtgärden - primär/assisterande utförare)
SSR - ICD-O-3-Topografiat (Topografier)
STH - STH01 Hampaiden numerointi (Numrering av tänder)
STH - STH03 Hampaan pinnat (Tandytor)
AR/YDIN - Riskityyppi (Typ av risk)[11], AR/YDIN - Riskitiedon aste (Riskuppgiftens grad) [11], AR/YDIN - Pysyvyys (Varaktighet) [11]

[10] Åtgärdsklassifikationen för den öppna primärvården (SPAT) slogs ihop med THL - Åtgärdsklassifikation 11/2017. Åtgärdsklassifikationen innehåller också Kommunförbundet - Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder samt Klassifikation av åtgärder i mun och käkar

13.1 Dokumentation av åtgärder

De åtgärder som har utförts på en patient dokumenteras i patientdatasystemet (och i andra separata datasystem, t.ex. en operationsavdelnings eller en polikliniks system) med THL - *Åtgärdsklassifikationen*. Användningen av åtgärdsklassifikationen och tilläggskoderna beskrivs mer ingående i publikationen THL - Åtgärdsklassifikation (2013). Åtgärder i mun och käkar har också beskrivits i publikationen Klassifikation av åtgärder i mun och käkar 2016. Mer information om användningen av Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder finns på adressen https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/radiologinen-tutkimus-ja-toimenpideluokitus.

Centrala uppgifter är: *Toimenpiteen nimi ja koodi(t)* (Åtgärdens namn och kod(er)), *Toimenpiteen tarkentimet* (tunnus ja tyyppi) (Precisering av åtgärden - kod och typ), *Toimenpiteen tekijän tiedot* (Uppgifter om den som utfört åtgärden) samt *Toimenpiteen päivämäärä* (Datum för åtgärden). Tilläggsattribut till åtgärden är åtgärdens prioritet, som anges med hjälp av kodverket AR/YDIN - *Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus* (päätoimenpide/sivutoimenpide) (Diagnosens och åtgärdens prioritet - huvudåtgärd/ biåtgärd). När det rör sig om en tandåtgärd ska man till åtgärdskoden lägga uppgift om den tand och de tandytor som åtgärden gäller.

Standardvärdet för åtgärdens namn är namnet enligt åtgärdskoden, men man kan fritt ändra texten och åtgärdens namn sparas i den form användaren gett den. *Typen av åtgärd* kommer automatiskt till dokumentationen från *THL - Åtgärdsklassifikation* enligt den åtgärdskod som valts. Den som gör anteckningen kan vid behov ändra det standardvärdet för typen.

Åtgärderna specificeras med hjälp av klassifikationen *Toimenpiteen tyyppi* (Typ av åtgärd) i

- krävande åtgärder
    - operationer, stora endoskopier och andra åtgärder som i allmänhet utförs i för ändamålet byggda utrymmen, exempelvis knäartroskopi
- munåtgärder
    - tandåtgärder eller åtgärder i andra vävnader i munnen, som i regel utförs av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvård
- mindre åtgärder
    - mindre endoskopier och andra åtgärder som i regel kan utföras i normala mottagningsutrymmen, exempelvis att avlägsna ett främmande föremål ur näsan
    - mindre åtgärder omfattar inte tand- eller munåtgärder som i regel utförs av en tandläkare, munhygienist, tandskötare eller specialtandtekniker
- avbildningsundersökningar
    - avbildningsundersökningar som beskrivits med åtgärdskodverket och inte innehåller någon krävande åtgärd eller mindre åtgärd
- övriga prestationer
    - mindre prestationer som i sig inte har någon väsentlig vårdeffekt, exempelvis att sätta in en venkanyl

Användaren tar i regel ställning till Åtgärdens prioritet. Om användaren inte separat dokumenterar uppgiften, anges den först dokumenterade åtgärden som huvudåtgärd. I varje anteckning kan bara en åtgärd vara huvudåtgärd. För datum för åtgärden är utgångsvärdet dagen för dokumentationen. Likaså anges den som gjort anteckningen, dennas organisation och enhet som utgångsvärde för den som utfört åtgärden. Som roll för den som utfört åtgärden anges som standard att den utförare som dokumenterats först är *Ensisijainen*

[11] bygling till THL- Åtgärdsklassifikation 6/2016

Förslag

toimenpiteen tekijä (Primär utförare av åtgärden) och de följande *Avustava toimenpiteen tekijä* (Assisterande utförare av åtgärden).

Det är möjligt att ange fler än en utförare av en åtgärd genom att ändra uppgifterna om utförare av åtgärden till återkommande och i informationsinnehållet lägga till Roll för den som utfört åtgärden. Rollen dokumenteras med klassifikationen *THL - Toimenpiteen tekijän rooli (*Roll för den som utfört åtgärden). I det här skedet kan man som utförare av åtgärden bara ange personer vars roll är antingen *Ensisijainen toimenpiteen tekijä* (Primär utförare av åtgärden) eller *Avustava toimenpiteen tekijä* (Assisterande utförare av åtgärden). Längre fram utreds också betydelsen av att i patientjournalen dokumentera andra personer som varit med och utfört åtgärden.

Om det uppstår komplikationer vid en åtgärd beskrivs komplikationen verbalt och komplikationens diagnos dokumenteras med klassifikationen ICD-10 exempelvis på följande sätt: **Beskrivning av komplikation i samband med en åtgärd*: *Infektion * Komplikationens kod T81.4, Annan infektion efter åtg.*

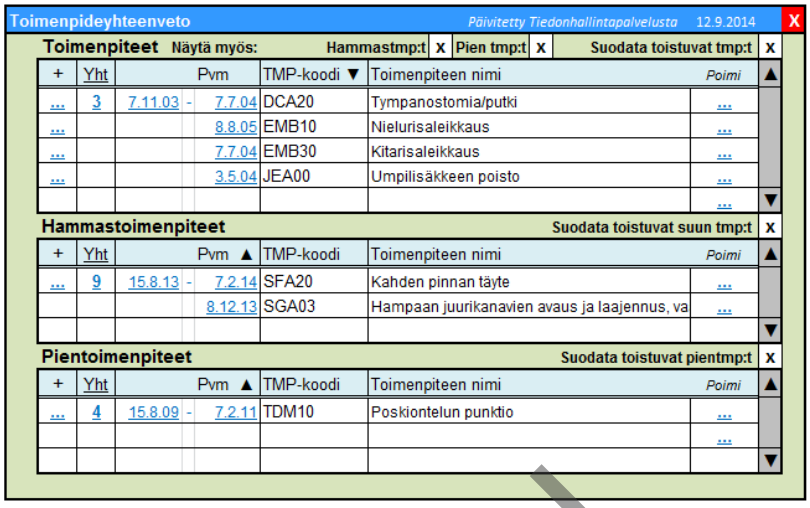
Se även kapitel 12 Undersökningar och mätningar, 14 Läkemedelsbehandling och 15 Förebyggande vård och vaccinationer

13.2 Sammanställning av åtgärder, åtgärdsrapport och sammandragsinformation

Informationshanteringstjänsten sammanställer och returnerar strukturerat informationsinnehåll om åtgärder och visar dem för användaren som en Sammanställning av åtgärder (ÅTGS). I sammanställningen av åtgärder visas endast Krävande åtgärder, Mindre åtgärder och Munåtgärder enligt klassifikationen *AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi (*Typ av åtgärd). Åtgärden ska vara utförd (åtgärdsstatus = utförd). Journalanteckningar som hör till planer visas inte i sammanställningen. Se figur 13.

Informationshanteringstjänsten gör en sammanställning av uppgifterna från åtgärdsanteckningar som gjorts i strukturerad form i vyerna i olika registeransvarigas fortlöpande journaler. För att undvika eventuella överlappningar extraheras inte uppgifter från blanketter, exempelvis intyg, och inte heller från en separat lokal vy för åtgärder. Informationshanteringstjänsten filtrerar eller analyserar inte åtgärderna utan returnerar i enlighet med sökningen alla ovan nämnda åtgärdsanteckningar med undantag av anteckningar som patienten har förbjudit utlämnande av gällande enskilda tjänstetillhandahållare eller enskilda servicehändelser. Om man vill att tidigare åtgärder som är av mycket stor betydelse för patienten ska beaktas i Sammanställningen av åtgärder ska de dokumenteras separat, som en ny strukturerad uppgift med den ursprungliga åtgärdsdagen, exempelvis i journalen under rubriken *Anamnes*.

Föråldrad



Figur 13. Exempel på en sammanställning av åtgärder, där olika åtgärder kan visas som separata listor. (Virkkunen m.fl. 2016)

Över en åtgärd ska man dessutom göra upp en åtgärdsrapport i tilläggsvyn OPER. Rapporten ska innehålla en tillräckligt detaljerad beskrivning av hur åtgärden utförts och de observationer som gjordes under åtgärden. Rapporten ska innehålla motiveringar till de avgöranden som träffats under åtgärden i nya situationer (se förordningen om journalhandlingar 298/2009).

I regel dokumenteras åtgärder i strukturerad form i patientjournalen vid det tillfälle då de utförs. Om de utförda åtgärderna emellertid dokumenteras på nytt exempelvis i epikrisen, ska de kopieras från den egentliga åtgärden. Då kan man med hjälp av identifikationskoden för åtgärden också sluta sig till att det inte är fråga om en åtgärd som utförts på nytt. Om det är fråga om en ny åtgärd ska man också ge den en ny identifikationskod, man ska alltså göra en separat, ny anteckning om åtgärden.

Förlåtrad

13.3 Fotografier och andra bilder som hänför sig till åtgärder

Bilder tagna med hjälp av synligt ljus, exempelvis fotografier, kan tas bl.a. i samband med endoskopier och åtgärder eller i samband med ett vanligt patientbesök. Man kan också göra teckningar av en patient. De här bilderna kan lagras i samma arkiv som radiologiska bilder eller i ett särskilt arkiv. För arkiveringen använder man *THL - Åtgärdsklassifikationen* vid kodningen av bilderna på samma sätt som vid radiologiska undersökningar. Om man tar bilder exempelvis i samband med endoskopi ska de lagras med koden för endoskopiåtgärden och preciseringarna för åtgärderna.

En konstaterad eller antagen diagnos kan också anges som tilläggskod för att precisera bilden. Som precisering används en ICD-10-diagnoskod med minst tre teckens noggrannhet, eller en ICPC2-kod. Man kan söka de här bilderna med personuppgifter och åtgärdskod, men också utifrån diagnos och/eller lokalisation.

Se även kapitel 12 Undersökningar och mätningar ->12.3.4 Bilder tagna med hjälp av synligt ljus.

14 Läkemedelsbehandling

BRA ATT VETA

Basuppgifter om medicinering är läkemedlets namn, mängd, engångs- och dygnsdos, administreringssätt, administreringstidpunkt samt namnet på den som administrerade läkemedlet och på den som ordinerade läkemedlet. Utöver de här uppgifterna kan man precisera dokumentationen av läkemedelsbehandling i strukturerad form genom att dokumentera uppgifter med hjälp av klassifikationer för läkemedelsbehandling eller som fri text. Den riksomfattande medicineringslistan tas sannolikt i bruk 2022. Fram till dess dokumenteras läkemedelsanteckningar i patientdatasystemets medicineringsmodul (vyn LÄK) och aktuell medicinering i vyn MEDIC. Uppgifterna i vyn MEDIC visas också för medborgaren på Mina Kanta-sidor. I och med utvecklingen av den riksomfattande medicineringslistan kommer detta kapitel om Läkemedelsbehandling i Handboken för strukturerad dokumentation att kompletteras, när specifikationerna och tidsplanerna är klara.

Föråldrad

Uppgifter om en patients medicinering kan dokumenteras både i strukturerad form och som fri text. Tabell 12 visar de klassifikationer som ska användas vid strukturerad dokumentation.

Tabell 12. De viktigaste klassifikationerna som ska användas vid dokumentation av läkemedelsbehandlingen för en patient.

Klassifikationer för dokumentation	Obs.
THL - Preparatets art	
THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10	
Kommunförbundet – ICPC-2 Primärvårdsklassifikation	
THL - Åtgärdsklassifikation	
THL - Orsak till ändrad läkemedelsterapi	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantoreitti (Administreringsväg)	
AR/LÄÄKITYS – Lääkkeenantopaikka (Administreringsplats)	
AR/LÄÄKITYS – Lääkkeenantotapa (Administreringssätt)	
THL - Informationskälla	
THL - Lääkitystarkistuksen tyyppi (Typ av medicineringskontroll)	tas i bruk i fas 2

14.1 Medicineringsuppgifter och utvecklingen av dem under åren 2015–2022

En riksomfattande medicineringslista som baserar sig på uppgifterna i Receptcentret och ska visas i patientdatasystemen införs 2020 och en lista över den totala medicineringen införs sannolikt 2022.

Utvecklingen och införandet av den riksomfattande medicineringslistan har indelats i två faser. Strävan är att ta i bruk fas **ett** av medicineringslistan från och med ingången av 2020. I fas ett baserar sig medicineringslistan på uppgifterna i recepten och innehåller medicinering inom den öppna vården. Då införs också strukturerad dosering och en identifikationskod som specificerar läkemedlet och med vars hjälp man kan följa förändringar i patientens medicinering separat för varje läkemedel.

I fas **två** av införandet av den riksomfattande medicineringslistan är målet att medicineringslistan också ska innehålla uppgifter om medicinering vid avdelningsvård samt patientens receptfria medicineringar. I fas två kan man också dokumentera genomförandet av läkemedelsbehandlingen, till exempel att läkemedlet administrerats. I den här fasen blir det också möjligt att dokumentera uppgifter om kontroll av medicineringen. När fas två av införandet av medicineringslistan är slutförd kan man följa patientens totala medicinering.

I och med att den riksomfattande medicineringslistan tas i bruk förändras dokumentationen av medicineringsuppgifter markant och bland annat upphör användningen av vyn för aktuell läkemedelsbehandling (MEDIC). Fram till dess dokumenteras medicineringsanteckningar i patientdatasystemen på beskrivet sätt enligt CDA-bestämningen för läkemedelsanteckningar (Kanta 2011).

Före införandet av den riksomfattande medicineringslistan dokumenteras enskilda strukturerade läkemedelsanteckningar i patientdatasystemets medicineringsmodul, varifrån anteckningarna sparas i vyn LÄK. När ett vårdbesök eller en vårdperiod på avdelning avslutas sparas den aktuella medicineringen dessutom i vyn MEDIC. Vyn för aktuell medicinering (MEDIC) kan också uppdateras i samband med besök inom den öppna vården. Vyn MEDIC kan exempelvis fogas till en remiss eller vårdrespons/svar i vården.

Syftet med vyn MEDIC är att förmedla information om patientens aktuella medicinering till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och till patienten själv. Listan över aktuell medicinering omfattar de fortgående och temporära läkemedel som patienten använder vid tidpunkten då anteckningen gjordes. Vyn MEDIC ger möjlighet att göra ett separat medicineringssammandrag i patientdatasystemet. Sammandragsinformationen kan exempelvis överföras till en plats för fortsatt vård, vilket underlättar hanteringen av medicineringsuppgifterna när en patient flyttas från en vårdplats till en annan. När en patient flyttas borde man därför omedelbart lagra listan över aktuell medicinering i Patientdataarkivet, för att den också ska kunna utnyttjas av den andra organisationen som deltar i vården.

Uppgifterna i vyerna LÄK och MEDIC kan inte utnyttjas i strukturerad form via Patientdataarkivet, utan enbart som skärmvisningar. Eftersom patientdatasystemen kan bilda uppgifterna i vyn MEDIC automatiskt av uppgifterna i medicineringsmodulen på basis av bristfällig eller till och med felaktig information, måste användaren alltid kontrollera uppgifterna i vyn MEDIC innan de arkiveras i Patientdataarkivet.

På Mina Kanta-sidor kan patienten se de uppgifter som sparats i vyn MEDIC. Vyn LÄK visas inte på Mina Kanta-sidor.

Förändrad

14.2 Dokumentation av medicineringsanteckningar

I journalhandlingarna bör anteckningarna om förskrivning och administrering av läkemedel innehålla uppgift om läkemedlets namn, mängd, läkemedelsform, engångs- och dygnsdos samt administreringssätt, administreringstidpunkt 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 för strukturerad dokumentation beskrivs hur man gör strukturerade läkemedelsanteckningar enligt den receptreform som enligt planerna ska genomföras åren 2020–2022. Då kommer den strukturerade dokumentationen av medicinering att vara betydligt mer aktuell och uppgifterna om läkemedelspreparat fås huvudsakligen direkt via systemet från FPA:s Läkemedelsdatabas. De strukturerade läkemedelsanteckningarna och recepten förenhetligas också innehållsligt så att uppgifterna i receptet inte kräver att användaren dokumenterar dem på nytt, utan patientdatasystemet kan ta fram anteckningen om förskrivning av ett läkemedel och receptet med en enda dokumentation. Hur man skriver ett recept har beskrivits i samband med den funktionella specifikationen av en läkemedelsanteckning (Mäkelä-Bengs m.fl. 2015).

Förändrad

14.2.1 Uppgifter om läkemedelsförskrivaren

För en läkemedelsanteckning tar Patientdatasystemet fram uppgifter om läkemedelsförskrivaren, och användaren kan vid behov ändra dessa uppgifter. Uppgifterna om läkemedelsförskrivaren består bland annat av registreringsnummer, identifikationskod (tidigare SV-nummer), namn, uppgift om läkarens specialitet och tjänst, uppdrag eller befattning, uppgift om yrkesrättighet och uppgifter om läkemedelsförskrivarens serviceenhet. Förutom läkarna har också sjukskötare eller studerande med begränsad rätt att förskriva läkemedel en egen identifikationskod.

Läkemedelsförskrivaren dokumenterar alltid förskrivningen i läkemedelsmodulen. Förskrivningstidpunkten anges med datum. 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. Vid behov kan den som dokumenterar också göra upp ett recept utifrån uppgifterna i samma anteckning.

När läkemedelsförskrivaren och den som dokumenterar är olika personer kommer anteckningen att innehålla information om dem båda. Exempel på sådana situationer är när man dokumenterar ändringar i doseringen av ett läkemedel och när en sjukskötare dokumenterar läkemedel som förskrivits via telefon. En sjukskötare har rätt att på en läkemedelsförskrivares vägnar dokumentera uppgifter om läkemedelsbehandling i journalen, men sjukskötaren kan inte göra ändringar i Receptcentret, exempelvis korrigera ett elektroniskt recept, ifall hen inte har förskrivningsrätt för läkemedlet i fråga.

14.2.2 Basuppgifter om läkemedel

Dokumentationen av ett läkemedel består av anteckningar om datum för påbörjande, administrering, ändring och avslutande. Patientdatasystemet tar vanligen fram uppgift om datum utifrån tidpunkten då anteckningen gjordes, och då behöver användaren inte ändra uppgiften manuellt. Systemet tar också fram standardvärden för de tekniska klassifikationerna av läkemedelsanteckningen och fyller automatiskt i förskrivningsdatum.

Läkemedelsförskrivaren kan vid behov ändra uppgiften *Lääkemerkinnän tyyppi* (Typ av läkemedelsanteckning), som anger om det är fråga om en förskrivnings- eller en administreringsanteckning. En administreringsanteckning kan bara göras när det redan finns en förskrivningsanteckning för läkemedlet.

Förskrivning av läkemedelspreparat

Läkemedelspreparatets handelsnamn eller verksamma ämne och ATC-kod

Läkemedelspreparatets handelsnamn hämtas från Läkemedelsdatabasen. När en användare väljer ett läkemedelspreparats handelsnamn eller verksamma ämne kan patientdatasystemet automatiskt komplettera dokumentationen utifrån uppgifterna i Läkemedelsdatabasen. I de här uppgifterna ingår bland annat preparatets art, läkemedelspreparatets ATC-kod, preparatets namn, styrka och enhet för styrkan, läkemedelsform, administreringsväg, läkemedelsförpackningens identifikationskod (VNR-nummer), förpackningsstorlek och enhet för förpackningsstorleken, förpackningsstorlekens koefficient, förpackningsstorlek i textform samt förvaringskärl, tilläggsinformation om preparatet – är det ett HCI-läkemedel eller narkotika, blod- eller plasmaprodukt eller ett läkemedel som kräver ytterligare uppföljning. Av de här uppgifterna kan användaren vid behov ändra uppgiften om administreringsvägen för läkemedlet. Läkemedelsdatabasen har information om huruvida ett preparat saknar ATC-kod, exempelvis salvbaser. När en läkemedelsförskrivare förskriver ett läkemedelspreparat utifrån det verksamma ämnet väljer hen 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 läkemedelspreparatets styrka och enheten för styrkan 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, om uppgifterna inte fås från Läkemedelsdatabasen. Läkemedelsformen kommer från uppgifterna i Läkemedelsdatabasen. Användaren kan vid behov komplettera informationen med *Lääkkeenantoreitti* (Administreringsväg för läkemedlet) och *Lääkkeenantotapa* (Administreringssätt för läkemedlet). Mängden av ämnet samt mängdenheten dokumenteras separat, om uppgiften inte kommer färdigt från Läkemedelsdatabasen. När en uppgift hämtas från Läkemedelsdatabasen behöver användaren inte ändra den.

Förskrivning av läkemedel utanför Läkemedelsdatabasen

När det är fråga om ett läkemedel som framställs på apoteket, ett prövningsläkemedel eller ett specialtillståndspreparat för en enskild patient kan uppgifterna inte hämtas direkt från Läkemedelsdatabasen, utan tills vidare måste användaren själv dokumentera uppgifterna om läkemedlet i textform. Längre fram blir det möjligt att dokumentera läkemedlens sammansättning i strukturerad form. När ett läkemedel som framställs på apoteket innehåller läkemedel som finns i Läkemedelsdatabasen som komponenter, kan uppgifter om dessa extraheras från Läkemedelsdatabasen. Den totala mängden av ett läkemedel som framställs på apoteket enligt anvisning samt mängdenheten dokumenteras också i strukturerad form. Framställningsanvisningen dokumenteras som fri text. Anvisningarna för strukturerad dokumentation av ett läkemedels sammansättning preciseras i ett senare skede.

14.2.3 Läkemedelsdos

Doseringen av ett läkemedel dokumenteras i regel i strukturerad form. Doseringen kan dokumenteras som fri text, om det inte är möjligt att göra det i strukturerad form. Hur man dokumenterar dosering i strukturerad form har beskrivits närmare i samband med den funktionella specifikationen av en läkemedelsanteckning (Mäkelä-Bengs m.fl. 2015).

Förhandrapport

14.2.4 Läkemedelsförpackning och förskriven mängd

Läkemedelsförpackningens produktnummer och förskriven mängd är inte obligatorisk information, om man inte samtidigt gör upp ett recept. Läkemedel kan förskrivas med hjälp av förpackningsstorlek och antal förpackningar, med totalmängden läkemedel eller för en tidsperiod. Läkemedelsförpackningens produktnummer, VNR-koden, gör det möjligt att tillförlitligt identifiera en enskild läkemedelsförpackning i alla leverans- och distributionsled. Läkemedlets produktnummer fås från Läkemedelsdatabasen. Också uppgifterna om förpackningen fås direkt från Läkemedelsdatabasen och när man gör upp ett recept behöver den som dokumenterar inte skriva in dem separat.

14.2.5 Användningsändamål

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

14.2.6 Ändring av läkemedel

Orsaken till att ett läkemedel ändras eller avslutas ska dokumenteras i strukturerad form med klassifikationen *Lääkehoidon muutoksen syy* (Orsak till ändring av läkemedelsbehandling). Orsaken till att ett läkemedel ändras eller avslutas kan vid behov preciseras som fri text. Klassifikationen har åtta orsakskoder att välja bland:

- määräaikainen lääke (tidsbegränsat läkemedel)
- lääkkeen tarve on päättynyt (behovet av läkemedlet har upphört)
- lääkkeen haittavaikutus (läkemedelsbiverkning)
- muu lääkkeen muutos (annan ändring av läkemedlet)
- terveydentilan muutos (förändring i hälsotillståndet)
- tekninen syy (teknisk orsak)
- potilaan antamat virheelliset tiedot tai pakottaminen (felaktiga uppgifter av patienten eller tvång)
- muu syy (annan orsak)

Som orsak till att ett läkemedel avslutas tar systemet fram dokumentationen *Tidsbegränsat läkemedel*, när avslutningsdatum för läkemedelsanvändningen dokumenterades redan då läkemedlet ordinerades. När ett fortlöpande behov av ett läkemedel upphör – exempelvis när en blodtryckssjukdom hålls under kontroll med ändrad livsstil – anges *Behovet av läkemedlet har upphört* som orsak till ändring (avslutande) av läkemedlet. *Läkemedelsbiverkning* anges som orsak när läkemedlet ändras på grund av en ytterligare sjukdom som läkemedlet orsakat patienten, exempelvis synnervsinflammation orsakad av amiodaron, eller på grund av någon annan biverkning. *Annan ändring av läkemedlet* anges som orsak exempelvis när ett läkemedel har en otillräcklig vårdrespons och man därför ändrar doseringen. *Förändring i hälsotillståndet* väljs när ett läkemedel ändras på grund av en annan sjukdom än den som läkemedlet är avsett för. Med hjälp av den här orsaken kan man också dokumentera nödvändiga ändringar av en patients läkemedel på grund av vård eller behandling av en annan sjukdom, exempelvis en njurkroppsinflammation (glomerulonefrit) med påföljande njursvikt.

Föråldrad

Teknisk orsak används när det är fråga om ett felaktigt recept, till exempel när ett recept har gjorts upp för fel patient (makulering av recept). *Felaktiga uppgifter av patienten eller tvång* anges som orsak när man makulerar ett recept på grund av att patienten gett felaktiga uppgifter eller på grund av tvång. Klassen *Annan orsak* kan också användas. När man väljer *Annan orsak* måste man motivera orsaken som fri text. Fritt formulerade motiveringar kan vid behov också användas i samband med de övriga orsakerna.

När man använder kodverket för att dokumentera orsaken till ändring eller avslutande av läkemedelsbehandling, ger dokumentationen bättre möjlighet att granska stödet för beslutsfattandet och till automatiska varningar på systemnivå när nya recept görs upp.

14.2.7 Läkemedelsbiverkning

Läkemedelsbiverkningar dokumenteras i journalen med hjälp av Sjukdomsklassifikationen ICD-10 när man ändrar användningen av ett läkemedel på grund av biverkningar. Om en biverkning inte orsakar ändringar i medicineringen dokumenteras den inte i läkemedelsanteckningen. Om den diagnoskod som beskriver biverkningen ligger mellan S00 och T98 i klassifikationen ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10, 2011, kap. 19) ska användaren också ange koden för den yttre orsaken. Dokumentationen av biverkningar i medicineringsmodulen förtar inte skyldigheten att göra en separat anmälan om biverkning. I avancerade system går det att bygga in automatik som assisterar framtagandet av en anmälan om biverkning, när en läkemedelsbiverkning dokumenteras i en läkemedelsanteckning. När man dokumenterar en läkemedelsbiverkning med koden T88.7# i läkemedelsanteckningen, borde detta i systemet öppna Fimeas blankett för anmälan om läkemedelsbiverkning, i vilken de ovan nämnda diagnoserna förs in, samt ta fram biverkningsdiagnosen i diagnoslistan. Dokumentationen av biverkningar av läkemedelsbehandling beskrivs närmare i handboken Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (Komulainen, 2012).

Förläsrad

14.2.8 Dokumentation av risker förknippade med läkemedel

När en användare dokumenterar en läkemedelsbiverkning ska hen överväga att också dokumentera saken bland patientens riskuppgifter. Särskilt när biverkningen har orsakat symtom, sjukdom eller ett livshotande tillstånd hos patienten som kräver annan vård eller behandling ska anteckning alltid också göras bland riskuppgifterna (se närmare Komulainen 2012 samt kap. 10 Riskuppgifter). De varningar som skapas i systemet borde för medicineringens del basera sig dels på det läkemedel som orsakat en biverkning eller allergisk reaktion och dels på läkemedel som påminner om det till sin verkningsmekanism eller kemiska struktur och kan orsaka samma biverkning eller reaktion.

14.2.9 Läkemedels utbytbarhet

Uppgiften om ett läkemedels utbytbarhet hänför sig till uppgörandet av recept och anger om läkemedlet kan bytas mot ett generiskt preparat (synonympreparat) 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.

14.2.10 Informationskälla

En medicineringsuppgift kan exempelvis härstamma från patienten själv. Det är normalt att en sjuksköterska exempelvis i en ankomstsituation kan intervjua patienten och utifrån intervjun dokumentera patientens aktuella medicinering. Då ska uppgiften dokumenteras med kodsystemet *THL - Informationskälla*. När en uppgift kommer exempelvis från patientens anhöriga ska man välja det ifrågavarande värdet i kodverket för att beskriva informationskällan. Man kan också dokumentera patientens egenvårdsläkemedel i journalanteckningen med hjälp av informationskällan.

14.2.11 Dokumentation av läkemedelsadministrering

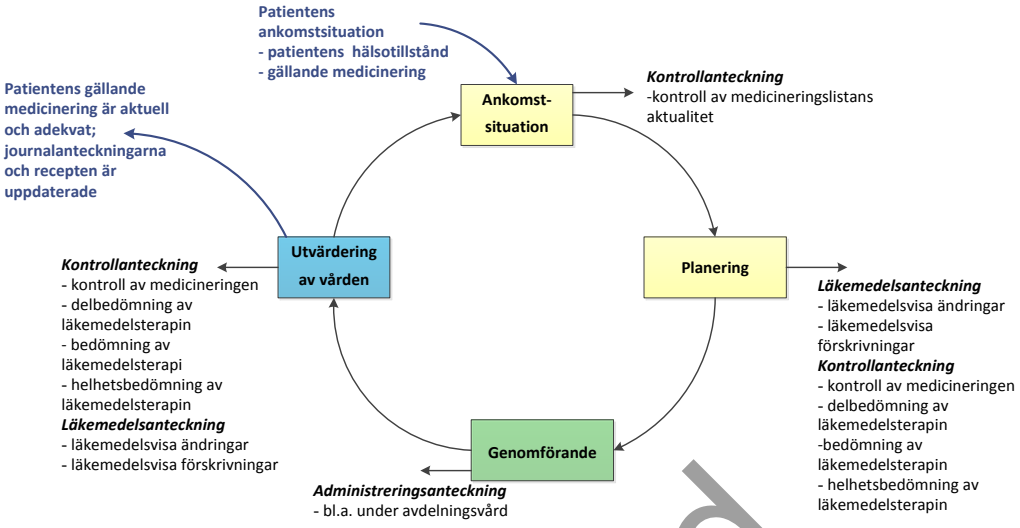
Dokumentationen av läkemedelsadministrering baserar sig alltid på en anteckning om läkemedelsförskrivning[12]. Uppgifter om administreringen, såsom datum och administrerare skapas automatiskt i systemet som en del av anteckningen. Den som gör administreringsanteckningen behöver bara ändra de uppgifter som förändras i samband med administreringen, exempelvis om dosen avviker från den föreskrivna. För läkemedelsinfusioner kan man ange infusionshastighet, total tid och total volym. Motsvarande struktur kan användas vid dokumentation av intravenös vätskebehandling. Patientdatasystemen kan automatiskt kvittera att läkemedlen som fanns på medicineringslistan för samma administreringstillfälle har administrerats. Administreringar som avviker från medicineringslistan samt läkemedel som administreras vid behov ska dokumenteras separat.

14.3 Kontroll av medicinering

Medicineringsanteckningar sparas i olika faser av vårdprocessen (se figur 14). Exempelvis hör utredning av aktuell medicinering som en del av anamnesen till vårdplaneringen medan anteckningar om administreringen av ett läkemedel hör till genomförandet av vården. En vårdare kan kontrollera att patientens medicineringslista är aktuell när hen utreder den aktuella medicineringen, men bara en läkare kan kontrollera att patientens medicinering är adekvat. Dokumentationer som gäller kontroll av medicinering kan börja lagras i Kanta först i fas 2 av medicineringsprojektet.

Förslag

[12] I vissa situationer, exempelvis återupplivningssituationer, kan patientdatasystemet ta fram en förskrivningsanteckning med samma dokumentation som en administreringsanteckning. Egenskapen behövs bland annat i separata system, såsom journalen över prehospital akutsjukvård.



Figur 14. Läkemedelsbehandlingsprocessen och de olika läkemedelsanteckningarna under den.

Föråldrad

14.3.1 Partiell kontroll av medicineringen

Kontroll av läkemedlets aktualitet

Enskilda läkemedels aktualitet kan kontrolleras av vilken som helst yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården tillsammans med patienten. Man kontrollerar med patienten om hen använder läkemedlen så som de ordinerats enligt medicineringslistan. Om patienten använder läkemedlet enligt receptet dokumenteras i kontrollanteckningen bara *Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistuspäivämäärä* (Datum för kontroll av ett läkemedels aktualitet). Om användningen av ett läkemedel avviker från ordinationen eller om något är oklart i detta avseende, ska den som gör kontrollen dokumentera sin observation i fältet *Tarkistusmerkinnän lisätieto* (Tilläggsuppgift till kontrollanteckning), exempelvis "Patienten använder bara 1x1", och ska vid behov dessutom ange *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta* (Kräver bedömning eller ändring av läkare). Om en patient uppger att hen använder läkemedel som inte finns på medicineringslistan, ska de dokumenteras enligt patientens berättelse som nya egenvårdsläkemedel (Slag av recept = *Egenvårdsläkemedel*). Läkaren kan senare bedöma om de borde ordineras som öppenvårdsläkemedel. Vanligen kontrolleras hela medicineringslistans aktualitet (separat för varje läkemedel), men man kan också kontrollera bara en del av läkemedlen. För alla kontrollerade läkemedel dokumenteras *Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistuspäivämäärä* (Datum för kontroll av läkemedlets aktualitet). Observationer dokumenteras enbart för de läkemedel för vilka det behövs.

Kontroll av att läkemedlet är adekvat

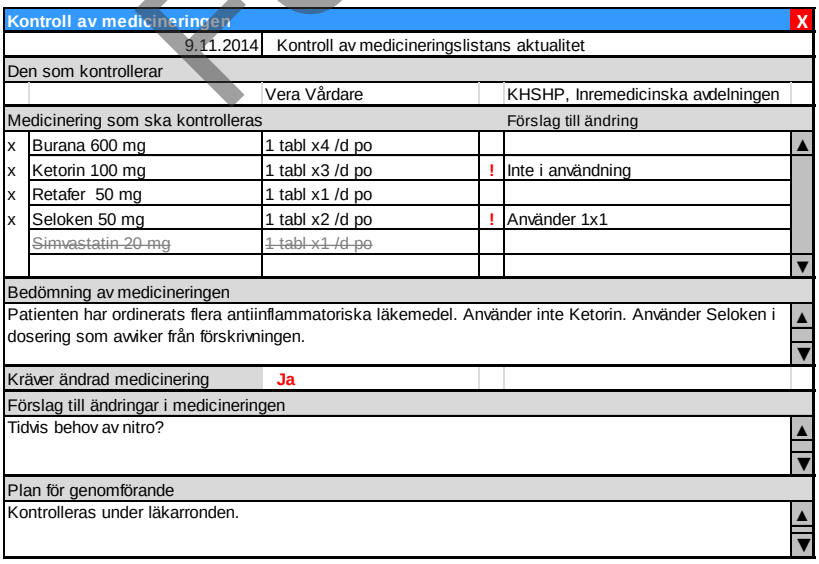
Läkaren kontrollerar om användningen och doseringen av ett läkemedel är ändamålsenlig för vården av patienten och att läkemedlet är kompatibelt med den övriga medicineringen samt gör de ändringar som behövs i läkemedlet. När ett recept är adekvat dokumenterar läkaren *Lääkkeen asianmukaisuuden tarkistuspäivämäärä (*Datum för kontroll av att läkemedlet är adekvat). Om läkemedlet kräver ytterligare bedömning senare kan läkaren dokumentera detta i fältet *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta* (Kräver bedömning eller ändring av läkare) och precisera uppgiften i fältet *Tarkistusmerkinnän lisätieto* (Tilläggsuppgift till kontrollanteckning), exempelvis "Doseringen ska utvärderas efter 1 månads användning". Läkaren kan kontrollera att läkemedlen är adekvata antingen för hela medicineringen (separat

för varje läkemedel) eller för bara en del av läkemedlen. Exempelvis kan en ögonläkare i uppgifterna om ögonläkemedel som används för behandling av en patients glaukom ange vilket datum läkaren har kontrollerat dessa läkemedels lämplighet och hur nödvändiga de är för behandlingen, utan att ta ställning till den övriga medicineringen. Anteckningar om kontroll av ett enskilt läkemedel skapar alltid en ny receptanteckning i journalen för varje läkemedel som kontrollerats.

14.3.2 Kontroll av den totala medicineringen

Utöver de anteckningar om kontroll som göra för enskilda läkemedel kan man i vyn LÄK också göra en separat, mer övergripande anteckning om kontroll av medicineringen med en egen struktur. Separata anteckningar om kontroll av medicineringen visas också som en egen helhet separat från den egentliga medicineringslistan, men i medicineringslistan visas när patientens totala medicinering senast har kontrollerats. Enligt standardinställningen görs en separat anteckning om kontroll av medicineringen för patientens hela aktuella medicinerings-lista, men anteckningen kan också göras bara för en del av medicineringen. I anteckningen om kontroll dokumenteras kontrolldatum, de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i kontrollen och deras identifikationsuppgifter samt vilken typ av kontroll det är fråga om. De kontrollerade läkemedlen och doseringen av dem dokumenteras separat för varje läkemedel utifrån uppgifterna i medicineringslistan. Om man inte kontrollerar hela medicineringen väljer man i medicineringslistan ut de läkemedel som ska kontrolleras (eller plockar bort de läkemedel som inte ska kontrolleras). I anteckningen kan man dessutom för varje läkemedel ange *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta* (Kräver bedömning eller ändring av läkare) samt *Ehdotus lääkkeen muutokseksi* (Förslag till ändring av läkemedel). Utöver uppgifterna om enskilda läkemedel kan man dessutom dokumentera uppgifter i textform om hela den kontrollerade medicineringen i en separat anteckning: *Arvio lääkityksestä* (Bedömning av medicineringen), *Ehdotus lääkityksen muutoksiksi* (Förslag till ändring av medicineringen) och *Muutosten toteutussuunnitelma* (Plan för genomförande av ändringar).

Förslag



Kontroll av medicineringen X

	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 medicinering	Ja				
Förslag till ändringar i medicineringen					
Tidvis behov av nitro?					
Plan för genomförande					
Kontrolleras under läkarronden.					

Figur 15. I en anteckning om kontroll av medicineringen kan man dokumentera en fritt formulerad bedömning av medicineringen samt förslag till ändringar i den, om den som utför kontrollen inte kan ändra medicineringen, exempelvis när en avdelningsfarmaceut gör en farmakologisk helhetsbedömning av medicineringen. Vid en partiell kontroll väljer man bara ut de läkemedel som ska kontrolleras. (Figuren innehåller inkonsekvenser, eftersom flera egenskaper har avbildats samtidigt i den.)

Olika typer av kontroll av medicineringen

Den totala medicineringen kan kontrolleras på fem olika sätt: kontroll av medicineringslistans aktualitet, kontroll av medicineringen, delbedömning av läkemedelsbehandlingen, bedömning av läkemedelsbehandlingen och helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen. Den som gör anteckningen väljer ***kontroll av medicineringslistans aktualitet*** när en patient, dennas anhöriga eller en yrkesutbildad person inom social- eller hälsovården har kontrollerat medicineringslistans aktualitet tillsammans med patienten eller dennas anhöriga. Anteckningen omfattar uppgift om huruvida patientens medicinering motsvarar uppgifterna i medicineringslistan. Den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården gör en anteckning i journalen om den här kontrollen.

Den som gör anteckningen väljer ***kontroll av medicineringen*** när en patients medicinering kontrolleras av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Då kontrollerar man om läkemedlens dosering och administreringstidpunkter motsvarar godkänd vårdpraxis samt kartlägger eventuella överlappningar av och inkompatibiliteter hos läkemedlen. Den yrkesutbildade personen kan här vara sjukskötare, provisor eller farmaceut. Anteckningen innehåller ingen bedömning av vare sig behovet av, indikationen för eller ändamålsenligheten med läkemedelsbehandlingen och inte heller några åtgärder för att korrigera medicineringen.

Läkaren väljer ***delbedömning av läkemedelsbehandlingen*** när hen bedömer den del av medicineringen som hör till läkarens egen specialitet eller som annars har avgränsats. Vid delbedömningen bedöms behovet av de kontrollerade läkemedlen och doseringen av dessa, medan ingen ställning tas till den övriga medicineringen. Anteckningen innehåller de nödvändiga anteckningar som läkaren gör om ändringar i den bedömda medicineringen.

Läkaren väljer ***bedömning av läkemedelsbehandlingen*** när hen bedömer en patients behov av läkemedelsbehandling och läkemedelsbehandlingens ändamålsenlighet som en del av undersökningen av patienten och planeringen av vården. I bedömningen av läkemedelsbehandlingen deltar vid behov andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, såsom en klinisk farmakolog, provisor eller farmaceut eller någon annan specialutbildad person inom hälso- och sjukvården. Anteckningen innehåller de nödvändiga anteckningar om ändringar i medicineringen som en läkare har bedömt eller bekräftat, eller läkarens bekräftelse av att ändringar inte behövs. Om läkemedelsbehandlingen kräver uppföljning dokumenterar den som gör anteckningen en plan för uppföljning av ändringarna i medicineringen.

Den som gör anteckningen väljer ***helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen*** när en patients läkemedelsbehandling bedöms i samarbete mellan kliniska experter och/eller ett multiprofessionellt team. Bedömningen sker på beslut av den vårdande läkaren utifrån bedömningen av läkemedelsbehandlingen och innehåller förutom bedömning av läkemedelsbehandlingen även en bedömning hemma hos patienten av hur läkemedelsbehandlingen genomförs och hur patienten förbundit sig till behandlingen. En person som hör till de kliniska experterna och/eller det multiprofessionella teamet kan också vara klinisk farmakolog, specialutbildad provisor eller farmaceut eller någon annan specialutbildad person inom hälso- och sjukvården. Utöver bedömningen av läkemedelsbehandlingen eller den bedömning som görs hemma hos patienten kartläggs i det här sammanhanget också de sociala och ekonomiska förutsättningarna för läkemedelsbehandlingen. Anteckningen innehåller de ändringar i medicineringen som en läkare har gjort, eller läkarens bekräftelse av att ändringar inte behövs. Om läkemedelsbehandlingen kräver uppföljning dokumenterar den som gör anteckningen en plan för uppföljning av ändringarna i medicineringen.

Förhandsgranskning

14.3.3 Anvisningar om läkemedelsbehandling

När anvisningar om medicineringen ges till en patient kan detta dokumenteras som fri text under rubriken *Läkemedelsbehandling*. Om en sjukskötare ger anvisningar om läkemedelsbehandlingen kan detta dokumenteras i vårdjournalen med klassifikationen *Hoitotyön toiminto* (Aktivitet inom vårdarbetet). I och med införandet av elektroniska recept är man enligt lagen skyldig att skriva ut en patientanvisning när en patient får ett recept.

Föråldrad

15 Förebyggande vård och vaccinationer

BRA ATT VETA

Hälsorådgivning eller hälsofostran som ges en klient dokumenteras som fri text under rubriken Förebyggande vård (prevention). Vid hälsoundersökningar används vanligen överrubriken *Hälsoundersökning* i journalanteckningen. Uppgifter om vaccinationer dokumenteras i strukturerad form i samband med dokumentationen av att vaccinet ges, antingen i en vy i den fortlöpande patientjournalen under rubriken *Förebyggande vård (prevention)* eller i vyn Vaccinationer (VACC). I och med införandet av nationellt enhetliga vaccinationsuppgifter bildas en sammanställning av uppgifterna i vyn *Sammanställning av vaccinationer* (VACCS). Vaccinationssammanställningen utnyttjas på skärmen för central strukturerad information som sammanställs av patientdatasystemet.

Förårdrad

Råd och handledning om förebyggande hälsovård som ges klienten samt utförda hälsoundersökningar dokumenteras som fri text. Vaccinationsuppgifter dokumenteras i strukturerad form i samband med att vaccinet ges. Tabell 13 visar de klassifikationer som ska användas vid dokumentation av vaccinationsuppgifter.

Tabell 13. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av vaccinationsuppgifter.

Klassifikationer för dokumentation
Fimea – ATC-luokitus (ATC-klassifikation)
AR/YDIN - Rokotustapa (Vaccinationssätt)
AR/YDIN - Pistoskohta (Injektionsställe)
THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10
THL - Vaccinationsskydd
THL - Vacciner
THL - Vaccinpreparat
THL - Informationskälla

15.1 Förebyggande hälsovård

Syftet med förebyggande hälsotjänster är att främja medborgarnas hälsa och välbefinnande samt förebygga sjukdomar och identifiera dem i ett så tidigt skede som möjligt. I dessa tjänster ingår bl.a. hälsorådgivning och hälsoundersökningar samt screening. Rådgivning ordnas på olika sätt, exempelvis på hälsovårdspersonalens mottagningar, i grupp eller genom olika former av hälsokommunikation. Förebyggande hälsotjänster genomförs bl.a. på rådgivningarna, inom skol- och studerandehälsovården, inom rådgivningstjänster för äldre och

inom företagshälsovården. Också förebyggande av sjukdom ingår i förebyggande hälsovård. (STM 2013)

Förebyggande av sjukdom kan indelas i tre nivåer (Terveysportti 2018):

- **Primärt förebyggande** (primärprevention) omfattar åtgärder för att motverka sjukdom innan den bryter ut (t.ex. eliminering av orsakerna till sjukdomen) eller åtgärder som syftar till att allmänt öka hälsan (t.ex. hälsofostran, hälsoundersökningar).

- **Sekundärt förebyggande** (sekundärprevention) omfattar åtgärder med vilka man försöker förhindra att en sjukdom som konstaterats (t.ex. med hjälp av screening) i ett tidigt, ofta symtomfritt, stadium utvecklas vidare.

- **Tertiärt förebyggande** (tertiärprevention) omfattar åtgärder med vilka man försöker förhindra att en sjukdom framskrider, att komplikationer uppstår eller att skador som sjukdomen orsakar förvärras (t.ex. åtgärder för att försöka förhindra en ny infarkt hos en patient med hjärtinfarkt).

Råd och handledning om förebyggande hälsovård som ges klienten dokumenteras i en vy i den fortlöpande patientjournalen under rubriken *Förebyggande vård (prevention)*. Under rubriken dokumenterar exempelvis läkare som fri text uppgifter om hälsofrämjande handledning som getts klienten. Sjuksköterare kan använda klassifikationen av vårdaktiviteter som hjälp vid sina dokumentationer. Likaså kan rehabiliterings- och specialpersonal dokumentera den handledning de gett i enlighet med sina egna nomenklaturer i sina tjänste- eller yrkesspecifika vyer. Vid dokumentation av hälsoundersökningar används vanligen överrubriken *Hälsoundersökning* i början av texten i journalanteckningen. Vid behov struktureras texten också med andra nationella rubriker (se även kap. 6).

Förslag

15.2 Vaccinationsuppgifter

Vaccinationsuppgifter dokumenteras i strukturerad form i samband med dokumentationen av att vaccinet ges, antingen i en vy i den fortlöpande patientjournalen under rubriken Förebyggande vård (prevention) eller direkt i vyn Vaccinationer (VACC). Om det har gjorts upp ett recept på vaccinet finns förskrivningsanteckningen i patientens läkemedelsanteckningar. I annat fall görs ingen separat förskrivningsanteckning för vaccinationen.

Den strukturerade informationen om en vaccination dokumenteras på ett nationellt enhetligt sätt. *Vaccinets namn* fås från Läkemedelsdatabasen. Om vaccinets namn inte finns i Läkemedelsdatabasen dokumenterar man namnet enligt ATC-klassifikationen eller i fri form. Om man dokumenterar uppgifter om ett undersökningsvaccin (prövningsvaccin) ska han eller hon välja att det gäller ett undersökningsvaccin. Det är inte obligatoriskt att dokumentera namnet på ett undersökningsvaccin, men man måste ange *Kod för undersökningsvaccinet*.

Identifieringsnumret på förpackningen (VNR-numret) fås från Läkemedelsdatabasen och den som gör anteckningen kan inte ändra det. *Partinumret på förpackningen* (satsnumret) dokumenteras i det fält som reserverats för ändamålet. Dokumentationen av vaccinförpackningens satsnummer är ett led i kvalitetssäkringen och uppföljningen av vaccinpreparat. Med hjälp av satsnumret kan man i efterhand identifiera från vilken vaccinsats en patients vaccin härstammar. Det kan förekomma variationer mellan olika vaccinsatser, eftersom vissa vaccinpreparat innehåller levande mikrober.

Med hjälp av uppgiften *Vaccinationsskydd* anges vilka sjukdomar och infektioner som vaccinet är avsett att förebygga. Ett vaccin kan innehålla flera vaccinationsskydd, (t.ex. ett vaccinpreparat mot både difteri och stelkramp). Vaccinationsskyddet har byglats till klassifikationerna *Vaccinpreparat* och *Vacciner*. Med hjälp av byglingen kan patientdatasystemet automatiskt ta fram uppgifter om vaccinationsskyddet för enskilda sjukdomar på basis av vaccinpreparatets namn. Exempelvis har en patient som fått vaccinet Boostrix fått vaccinationsskydd mot difteri, stelkramp och kikhosta. Den som gör anteckningen kan precisera vaccinationsskyddet med en fritt formulerad precisering, om uppgiften enligt klassifikationen inte ger tillräcklig information om vaccinationsskyddet. Med hjälp av klassifikationen för vaccinationsskydd kan man skriva ut ett vaccinationskort till patienten där man ser vilka vaccinationer och boosterdoser som har getts mot olika sjukdomar (se figur 16).

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							

Figur 16. Exempel på vaccinationskort (Virkkunen m.fl. 2016).

Föråldrad

För dosen dokumenteras *mängden vaccin och enheten* samt *vaccinationssättet* och *injektionsstället* med hjälp av klassifikationerna. När ett vaccin ges intradermalt, subkutant eller intramuskulärt (Vaccinationssätt = ID, CS, IM) ska injektionsstället dokumenteras. För serievaccinationer dokumenteras dosens *ordningsnummer*, när det exempelvis är fråga om en hepatitvaccinationsserie på tre vaccinationer. Ordningsnumret anger vilken vaccination i serien det är fråga om. Vid engångsvaccinationer behöver man ordningsnumret inte dokumenteras, inte heller vid boostervaccinationer som ges med många års mellanrum, exempelvis stelkramp.

I en anteckning kan Patientdatasystemet automatiskt ta fram uppgift om vaccinationsdatum och om vaccinatören, när vaccinet ges av den som gör anteckningen. Den som gör anteckningen kan ge ytterligare information om vaccinationen som fri text. Uppgiften om serviceenheten i vaccinatörens organisation tas automatiskt fram på systemnivå. Om en patient vägrar ta en vaccination kan man dokumentera uppgiften som fri text i journalvyn under rubriken *Förebyggande vård (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 - Vaccin*, exempelvis Poliovaccin. I sådana fall är det inte nödvändigt att

dokumentera ATC-koden och namnet enligt den. I en anteckning om tidigare vaccination behöver man inte heller dokumentera vare sig vaccinförpackningens identifikationskod eller satsnummer, vaccinationssättet, injektionsstället eller vaccinatören. Tidpunkten för vaccinationen kan också dokumenteras på basis av den givna informationen, exempelvis som ett årtal. Även om uppgifter om tidigare vaccinationer dokumenteras med mindre exakthet än uppgifter om vaccinationer som ska ges, är det bra att få med de förstnämnda i de riksomfattande sammandragen av vaccinationsuppgifter, för att det ska finnas så heltäckande information som möjligt om en patients vaccinationsskydd på ett och samma ställe.

Dokumentation av en omedelbar biverkning av ett vaccin

En biverkning av ett vaccin dokumenteras i patientdatasystemet med diagnoskoden för biverkningen. Vid behov kan diagnoskoden kompletteras med en ATC-klassifikation. Till dokumentationen av en biverkning ska man också foga datum då biverkningen konstaterades. Om en biverkning dokumenteras i efterhand ska man göra en ny vaccinationsanteckning genom att kopiera den gamla och lägga till uppgifterna om biverkningen. När vaccinationens identifikationskod är densamma förenas den nya anteckningen med den tidigare. När en biverkning 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*.

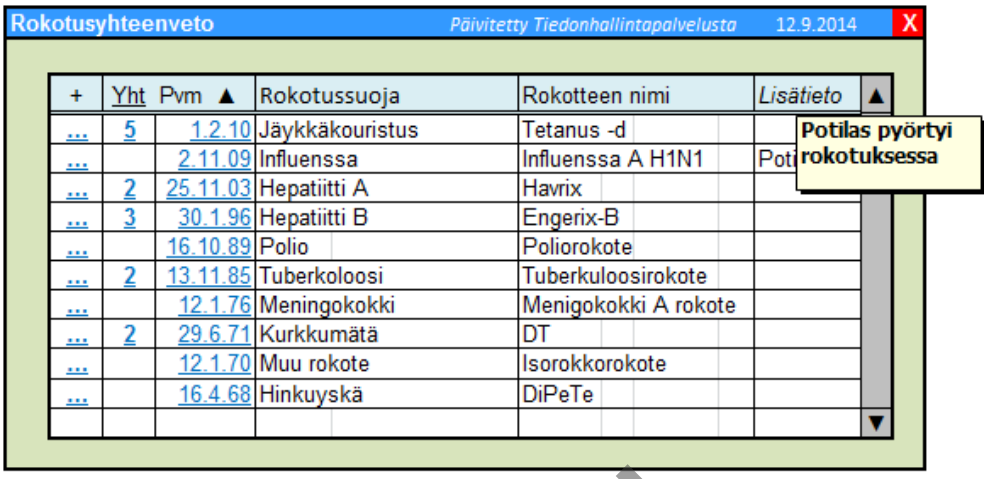
Vissa biverkningar av vaccinationer kan uppfattas som riskuppgifter, och då ska uppgiften sparas bland riskuppgifter i patientjournalen. Som exempel kan nämnas äggallergi och/eller en anafylaktisk reaktion i samband med en vaccination. Vid dokumentationen av biverkningen är det bra att komma ihåg att vissa vaccinreaktioner är önskvärda och inte bör dokumenteras som biverkningar. Beskrivningen av en biverkning kan vid behov kompletteras med ytterligare information som fri text.

Förslag

15.3 Vaccinationssammandrag och vaccinationsregister

Ett nationellt enhetligt informationsinnehåll för vaccinationer (*THL/Tietosisältö - Rokotustiedot*) kommer att införas längre fram. Då kan vaccinationsuppgifter returneras från Informationshanteringstjänsten till ett Vaccinationssammandrag (Virkkunen m.fl. 2016). I informationsinnehållet för vaccinationer har man också beaktat dokumentationen av undersökningsvacciner eller tidigare vaccinationer, så att man kan få en heltäckande bild av en persons vaccinationsskydd. Informationsinnehållet för vaccinationer omfattar också de vaccinationsupgifter som behövs i THL:s HILMO-uppgifter, i vaccinationsregistret och i anmälan om biverkning av vaccination. Mer information finns på https://www.thl.fi/fi/web/rokottaminen/

Informationshanteringstjänsten returnerar en Sammanställning av vaccinationer (VACCS) till patientdatasystemet, som skapar en åskådlig och filtrerad presentationsform av uppgifterna (se figur 17). Patientdatasystemet kan komplettera sammanställningen med strukturerad information som finns i det egna systemet men ännu inte lagrats i Patientdataarkivet. Vid behov kan man skriva ut en aktuell vaccinationslista av sammanställningen till kunden.



Figur 17. Exempel på en sammanställning av vaccinationsuppgifter som skärmvisning, där man exempelvis kan visa bara den senaste dokumentationen för respektive vaccinationsskydd. (Virkkunen m.fl. 2016)

Föråldrad

16 Utlåtanden och intyg

BRA ATT VETA

Utlåtanden och intyg lagras i Patientdataarkivet huvudsakligen på standardiserade blanketter. Arkiveringsskyldigheten för blanketter och ibruktagandet av dem fortskrider successivt. Som tilläggstjänst kan man utnyttja förfrågnings- och förmedlingsservicen för intyg och utlåtanden.

Med utlåtanden avses här läkarintyg, lagstadgade anmälningar till olika myndigheter (exempelvis anmälan till implantatregistret) samt andra utlåtanden som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skriver på standardiserade blanketter av olika slag eller fritt formulerade. Många utlåtanden dokumenteras med egna blankettstrukturer enligt klassifikationen *AR/YDIN - Vyer* som finns på den nationella Kodservern. För dessa behöver användaren inte ange exempelvis rubrik, utan patientdatasystemet gör det automatiskt.

Föråldrad

16.1 Standardiserade blankettstrukturer

Standardiserade blanketter kommer att specificeras för alla intyg, formbundna utlåtanden och lagstadgade anmälningar som lagras i Patientdataarkivet. Målet är att utlåtanden och anmälningar med specificerat informationsinnehåll delvis kan fyllas i automatiskt med hjälp av uppgifter från patientjournalen.

Enligt förordningen om informationstjänster (SHM 1257/2015) skulle följande blanketter lagras i Patientdataarkivet före utgången av 2017:

- Läkarintyg A (A)
- Läkarintyg B (B)
- Läkarintyg D (D)
- Läkarintyg för behov av särskild moderskapsledighet (SV97)
- Intyg över graviditet eller efterundersökning (SV75)
- Intyg för reseersättning (MATKA)
- Remiss till observation (MI)
- Observationsutlåtande (MII)
- Beslut om intagning för vård (MIII)
- Beslut om begränsning av kontakter (PSYB)
- Beslut om omhändertagande av egendom (PSYEG)

Från och med 1.2.2018 kan man börja arkivera andra intyg och utlåtanden:

- Läkarintyg E (E)
- Läkarutlåtande över hälsotillstånd (T)
- Hälsointyg för ungdom (UT)
- Läkarutlåtande om körförmågan (KÖR)
- Läkarintyg (INTYG)
- Födelseattest (FÖD)
- Dödsattest för 28 dygn gammal eller äldre avliden (DÖD)
- Dödsattest för avliden under 28 dygn eller dödfödd (DÖD28)

Som tilläggstjänst är det också möjligt att ta i bruk förfrågnings- och förmedlingsservicen för intyg och utlåtanden. I den första fasen av servicen kan intyg och utlåtanden förmedlas elektroniskt till FPA. Senare blir det också möjligt att förmedla intyg till andra aktörer (t.ex. Trafi) med hjälp av Kanta-tjänsterna. Saken beskrivs närmare i THL:s publikation Kysely- ja välityspalvelu: Toiminnallinen määrittely, versio 1.2. (Alanärä 2017). Mer information finns också på https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/terveystodistusten-valitys

16.2 Fritt formulerade utlåtanden

Utöver de formbundna utlåtandena kan man inom hälso- och sjukvården också skriva fritt formulerade utlåtanden för olika ändamål. Fritt formulerade utlåtanden kan skrivas på en blankett för ett fritt formulerat läkarintyg enligt vyn INTYG. Om utlåtandet skrivs som en del av en fortlöpande patientjournalanteckning och inte behöver skickas till en utomstående part, kan det dokumenteras under rubriken *Utlåtande*.

16.3 Begäran om handräckning och andra specialsituationer

Utlåtanden som hänför sig till polisens begäran om handräckning eller övriga anmälningar och utlåtanden till andra myndigheter eller försäkringsbolag dokumenteras och sparas varken i patientjournalen eller i Patientdataarkivet, utan de avfattas (i systemet) på något annat sätt på en egen handlingsmall och tillställs den ifrågavarande myndigheten, som ansvarar för arkiveringen av dem.

Exempelvis förmedlas originalet av en barnskyddsanmälan till socialvårdens barnskydd, där anmälan arkiveras, och tas upp till utredning. Den organisation som skrivit utlåtandet kan förvara en kopia av handlingen i sitt register över patientförvaltningens handlingar. I socialvårdslagen (1301/2014, 35 §) beskrivs när och hur man ska kontakta socialvården eller göra en anmälan för att bedöma stödbehovet.

Undersökningar som utförs på begäran om handräckning är handlingar som enligt offentlighetslagen (621/1999, 5 §) tillhör den myndighet som begärt handräckning. Därför är de inte patientuppgifter. I patientjournalen kan man exempelvis som uppgift om besöket dokumentera Z08.2 med texten ”*Kontroll på begäran av myndighet*” och som journaltext antecknas enbart ”*Avfattat utlåtande till myndighet*.”

I lagen om ordnande av utredningar av sexualbrott (1009/2008, 4 §) sägs emellertid att ”*Enheten får dessutom efter undersökningen utan hinder av sekretessbestämmelserna tillställa den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som ansvarar för barnets psykiska vård ett slutgiltigt utlåtande om barnets hälsotillstånd, om det är nödvändigt för ordnande av den vård som barnet behöver*.” Motsvarande tillvägagångssätt kan också tillämpas i fråga om annan än psykisk vård och på andra uppgifter i samband med begäran om handräckning. Om de uppgifter som observerats vid undersökningen är nödvändiga eller viktiga för vården av patienten, kan de i nödvändiga delar också sparas i patientjournalen.

När en patient själv söker vård på grund av misshandel är det fråga om en normal vårdhändelse och då dokumenteras uppgifterna också i patientjournalen. Anteckningen ska göras så noggrant att det senare går att ge ett separat utlåtande utifrån den, om/när polisen eller någon annan motsvarande myndighet ber om ett utlåtande. Originalversionen av ett utlåtande om misshandel skickas till polismyndigheten och i journalen görs en anteckning om att ett utlåtande har getts.

Förslag

Enligt nuvarande lagstiftning är inte heller ett utlåtande om sinnestillstånd en journalhandling och utlåtandet lagras inte i Patientdataarkivet. Till den del undersökningen också är förenad med vård av patienten dokumenteras nödvändiga journalanteckningar om detta i patientjournalen och uppgifterna förmedlas till Kanta-tjänsterna, så att de är tillgängliga även för andra hälso- och sjukvårdsaktörer i enlighet med patientens samtycke och eventuella förbud.

Ett utlåtande om sinnestillstånd är enligt 14 § i offentlighetslagen en handling som tillhör den myndighet som givit uppdraget att utföra undersökningen. Enligt offentlighetslagen fattas beslut om utlämnande av uppgifter ur en sådan handling hos den myndighet som givit uppdraget. Detta stöds också av den allmänna principen om ändamålsbundenhet, enligt vilken personuppgifter ska samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål (bl.a. artikel 5 i dataskyddsförordningen). I detta fall är det ursprungliga ändamålet något annat än vårdrelaterat.

Föråldrad

17 Sammanfattande anteckningar och dagliga anteckningar

BRA ATT VETA

Över vården av en patient ska en utvärderande sammanfattning göras när vården avslutas eller periodiskt. För en sammanfattning som görs när vården avslutas använder man rubriken *Slutvärdering (epikris)* och för en uppföljande sammanfattning under pågående vård rubriken *Mellanvärdering*. Anteckningar med de här rubrikerna går till sammanfattningsvyn (SAMF). Till sammanfattningsvyn är det också möjligt att få information om ett enskilt besök, om man anger sammanfattningsvyn som tilläggsvy för dokumentationen av ett sådant besök. Som rubrik för dokumentering av korta anteckningar under avdelningsvård eller motsvarande används rubriken *Daglig anteckning*.

Föråldrad

17.1 Sammanfattning av en servicehändelse

En sammanfattning av en servicehändelse är en slut- eller uppföljningssammanfattning eller annan text på sammanfattningsnivå som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör av undersökningen, vården och rehabiliteringen av en patient under servicehändelsen eller när den avslutas.

För ett enskilt poliklinikbesök eller någon annan motsvarande servicehändelse inom den öppna vården behöver man inte göra någon sammanfattning, eftersom uppgifter om besök inom den öppna vården alltid klassificeras som anteckningar på sammanfattningsnivå. Om å andra sidan en enskild uppgift om en patient eller ett besök är mycket viktig med tanke på informationsförmedlingen och den fortsatta vården, kan man som tilläggsvy till huvudvyn för en sådan dokumentation använda sammanfattningsvyn (SAMF), trots att det inte är fråga om en egentlig mellan- eller slutvärdering. På det här sättet får man fram viktiga enskilda uppgifter i sammanfattningsuppgifterna.

17.2 Slut- och mellanvärderingar

För varje vårdperiod på en avdelning och för en sådan öppenvårdsperiod på poliklinik där vården upphör vid periodens slut eller vårdansvaret överförs till en annan verksamhetsenhet inom hälso- eller sjukvården, ska man göra ett **slutsammandrag**. I slutsammandraget beskrivs hur patientens mående och vård utvecklats under vården.

Läkaren ska dessutom med minst 3 månaders mellanrum göra ett **uppföljningssammandrag** för patienter i avdelningsvård (jfr SHM:s förordning om journalhandlingar 30.3.2009), men sammandraget kan också göras av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I mellanvärderingen dokumenteras väsentlig information om patientens tillstånd samt om den utveckling som skett i patientens mående, vård och rehabilitering, viktiga undersökningsresultat och slutsatser samt en aktuell vård- eller rehabiliteringsplan.

Dokumentationen av en sammanfattning ska börja med rubriken *Slutvärdering (epikris)* eller *Mellanvärdering*, så att uppgifterna automatiskt också sparas i sammanfattningsvyn (SAMF). Användaren kan emellertid förhindra detta om hen så vill genom att ta bort tilläggsvyn SAMF

från anteckningen. Det går också att separat lägga till vyn SAMF till en anteckning, även om man inte använder rubrikerna *Mellan-* eller *Slutvärdering (epikris)*. Vyn SAMF kan aldrig förekomma som självständig vy, utan kräver alltid en vy i den fortlöpande journalen som huvudvy. Syftet med sammanfattningsvyn är att göra det lättare att få en helhetsuppfattning om patientens situation utan att man behöver börja extrahera uppgifter ur en uppsplittrad datamängd. Ett sammandrag motsvarar inte direkt vårdrespons (VÅRDR), som är en handling som sammanställs separat och i regel består av en eller flera anteckningar på sammanfattningsnivå och av andra nödvändiga uppgifter.

En sammanfattning av vårdarbetet är avvikande såtillvida att den kan bildas direkt på vyn Vårdarbete (VÅRD+SAMF) eller genom att utnyttja vyn Vårdjournal (VÅRDJ), där man vanligen dokumenterar planer för vårdarbetet under en långvarigare servicehändelse samt dagliga anteckningar. Från vyn VÅRDJ kan man ännu inte arkivera några anteckningar direkt[13], men sammanfattande anteckningar om vårdarbetet som ska arkiveras kan sammanställas från vyn VÅRDJ i vyn VÅRD. Genom att använda rubrikerna *Slutvärdering (epikris)* eller *Mellanvärdering* i början av sammanfattningen sparas uppgiften automatiskt också i sammanfattningsvyn.

I bilaga 2 till denna handbok finns ett journalexempel på en slutvärdering (epikris). I sammanfattningarna utnyttjas i allmänhet också andra rubriker, exempelvis *Undersökningar* (sammanfattning av utförda undersökningar), *Åtgärder* (utförda åtgärder, eventuella avvikelser i patientens återhämtning efter vården) och *Plan* (anvisningar om den fortsatta vården hemma eller på följande vårdplats, tydliga och detaljerade anvisningar för uppföljningen och den fortsatta vården samt rehabiliteringen av patienten).

Närmare instruktioner om hur olika yrkesgrupper, specialiteter eller tjänster dokumenterar sammanfattningar ges exempelvis i den kommande del två av handboken för strukturerad dokumentation eller i andra separata publikationer, så som dokumentationsanvisningar för enskilda serviceområden eller yrkesgrupper.

Förslag

17.3 Dagliga anteckningar

Som rubrik för korta dagliga anteckningar (Decursus-anteckningar) under avdelningsvård eller motsvarande används huvudsakligen rubriken *Daglig anteckning*, inte *Mellanvärdering*. Rubriken *Daglig anteckning* kan också användas inom den öppna vården exempelvis för korta anteckningar om vården eller sjukdomens förlopp.

I dagliga anteckningar finns det vanligen inget behov av någon annan rubrik. Rubriken *Daglig anteckning* används främst av läkare, men den kan också användas av annan yrkesutbildad personal när anteckningarna inte görs som dagliga anteckningar i vårdjournalen (VÅRDJ).

Närmare anvisningar om användningen av rubriker ges i kap. 6 Faser i vårdprocessen samt rubriker.

[13] Vid THL håller man (2018) på att utarbeta en egen datastruktur för dagliga anteckningar, som senare läggs ut på den nationella Kodservern.

18 Hälso- och vårdplan

BRA ATT VETA

En hälso- och vårdplan utarbetas patientcentrerat för den öppna vården som stöd för planeringen och koordineringen av vården, och ersätter inte planer för enskilda vårdperioder. Hälso- och vårdplanen underhålls av alla aktörer som deltar i vården av patienten. I planen bör man dokumentera vilken aktör som ansvarar för koordineringen av vården och det bör framgå hur vården av patienten ordnas och tidsplanen för genomförandet. I planen dokumenteras även vårdbehoven och målen för vården, vilka identifierats i samråd med patienten och vid behov med de anhöriga. Syftet med de gemensamma målen är att aktivera patienten och dennas närstående att delta i genomförandet av vården. Patienten får en egen kopia av hälso- och vårdplanen som utskrift eller kan läsa den på Mina Kanta-sidor.

Förslag

En hälso- och vårdplan är en patientspecifik handling som ska underhållas och i vilken man kan dokumentera uppgifter både som fri text och i strukturerad form med klassifikationer. Eftersom det är fråga om en handling som ska underhållas lagras hälso- och vårdplanen alltid i vyn HVP. Tabell 14 visar de klassifikationer som ska användas i hälso- och vårdplanen.

THL har publicerat Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset (Korhonen 2017), där det ges en närmare beskrivning av hur handlingen implementeras i informationssystemen. Hälso- och vårdplanen har också beaktats i publikationen Tiedonhallintapalvelun määrittely (Virkkunen m.fl. 2016). Där beskrivs *THL/Informationsinnehåll - Hälso- och vårdplan*, som också har publicerats på den nationella Kodservern.

Tabell 14. Klassifikationer som ska användas för dokumentation av en hälso- och vårdplan.

Klassifikationer för dokumentation
THL - Klassifikation av sjukdomar ICD-10 eller Kommunförbundet - ICPC Primärvårdsklassifikation
ICF - Funktionsförmåga
Kommunförbundet - Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder
Kommunförbundet - Nomenklatur för laboratorieundersökningar
FinLOINC - Fysiologiska mätningar
Kommunförbundet - Nomenklatur för fysioterapi eller Kommunförbundet - Nomenklatur för talterapi eller Kommunförbundet - Nomenklatur för näringsterapi

18.1 Syftet med hälso- och vårdplanen

Hälso- och vårdplanen (Komulainen m.fl. 2011; Virkkunen m.fl. 2016) är avsedd för fastställande och beskrivning av vårdbehovet och målen för vården tillsammans med patienten och patientcentrerat. En hälso- och vårdplan utformas för alla patienter vars vård kräver koordinering och som har nytta av en plan. Sådana patienter är särskilt långtidssjuka och multisjuka patienter, som man vill aktivera och motivera att ta hand om sin hälsa. I hälso- och vårdplanen kan man utnyttja tidigare upprättade planer, t.ex. en rehabiliteringsplan.

Hälso- och vårdplanen omfattar **planerna mellan en patients vårdperioder**. För vårdperioder gör man alltid upp en egen vårdplan som gäller den specifika vårdperioden. När en hälso- och vårdplan har gjorts upp för en patient dokumenterar man inte separat någon plan för den fortsatta vården när vårdperioden är avslutad, utan uppdaterar i stället hälso- och vårdplanen. Om man i samband med ett slutsammandrag (epikris) dokumenterar en plan för fortsatt vård ska de här uppgifterna också dokumenteras i den gällande hälso- och vårdplanen.

Hälso- och vårdplanen är en handling som ska underhållas i Informationshanteringstjänsten. Alla personer som genomför hälso- och sjukvård och deltar i vården av patienten underhåller hälso- och vårdplanen gemensamt, och utnyttjandet av planen är inte beroende av patientens vårdplats eller patientdatasystemet.

Föråldrad

18.2 Principer för hälso- och vårdplanen

Hälso- och vårdplanen ska göras upp i samförstånd mellan patienten och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Patientens vårdande läkare ansvarar förutom för vården även för upprättandet av vårdplanen (Valvira 2015). I allmänhet är den vårdande läkaren en hälsocentralläkare inom primärvården.

Underhållet och samordningen av hälso- och vårdplanen sköts i första hand av primärvården. Den är en del av patientjournalen, som underhålls av alla yrkesutbildade personer som deltar i vården av patienten.

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

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

18.3 Ifyllande av hälso- och vårdplanen

Den strukturerade informationen i en hälso- och vårdplan består av sju huvudkomponenter, nämligen 1) basuppgifter, 2) vårdbehovet, 3) målet för vården, 4) genomförandet av den planerade vården och metoderna, 5) planerat stöd, uppföljning och utvärdering, 6) den

yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården och 7) tilläggsuppgifter om hälso- och vårdplanen.

Basuppgifterna i en hälso- och vårdplan, det vill säga patientens personuppgifter, består av patientens namn och personbeteckning. Bland basuppgifterna dokumenteras också tidpunkten när hälso- och vårdplanen gjordes upp eller uppdaterades med en dags noggrannhet. Första gången man fyller i en hälso- och vårdplan är det bra att reservera tillräckligt med tid för att man ska hinna bekanta sig med patientens uppgifter på förhand och kunna skapa en grund för en förtroendefull vårdrelation vid mötet med patienten.

Den tid man lägger ned på planen i början kan man ha igen under vårdrelationens gång i form av färre kontakter, när patienten känner motivation i fråga om sin vård. Man kan på förhand skicka patienten exempelvis en egenvårdsenkät eller något annat test av funktionsförmågan som bör användas som grund för uppgörandet av planen. Enkäten eller testerna kan också skickas elektroniskt, allt efter klientens önskemål.

Förslag

18.3.1 Vårdbehovet

Under Vårdbehov kan man som fri text dokumentera vårdbehovet och behov som hänför sig till funktions- och arbetsförmågan. Det kan handla om ett eller flera behov som man har identifierat tillsammans med patienten. Vid dokumentationen av vårdbehovet kan man också utnyttja klassifikationerna ICD, ICPC eller ICF. Den strukturerade informationen kan preciseras ytterligare och vid behov dokumenteras som fri text. Se även kap 9 Ankomstorsak, Besöksorsak, Diagnoser.

Vårdbehovet ska utgå från patienten, och då kan man hjälpa patienten att identifiera behovet exempelvis genom att be patienten komplettera meningen: *”Som mitt vårdbehov har jag angett..."*. Syftet är att dokumentera sådant som är viktigt för patienten, exempelvis att göra saker tillsammans med barnbarnen. Det här stärker patientens engagemang i sin vård.

18.3.2 Målet för vården

Under Målet för vården dokumenteras som fri text de mål för vården som man identifierat tillsammans med patienten samt mål som hänför sig till funktions- och arbetsförmågan. Man kan också dokumentera namnen på de personer som varit med och satt upp målen. Målen kan specificeras närmare med exempelvis *klassifikationerna Nomenklatur för näringsterapi, Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder* eller *FinLOINC - Fysiologiska mätningar*. Nivån på mätaren av målet kan dokumenteras i fältet *Villkor för den specificerande faktorn*. Detta kan kompletteras som fri text i fältet för tilläggsuppgifter om *Villkor för den specificerande faktorn*.

I fältet för fri formulering av målet för vården dokumenteras det som patienten själv är beredd att förbinda sig till. Det är bra att binda målet till en tidpunkt, så att man får en naturlig tidsplan för kontroll av planen. Målet ska helst vara konkret och tillräckligt litet så att patienten själv kan följa vägen mot målet. Målet kan delas upp så att man sätter ett huvudmål och mindre delmål på vägen mot det. Målet kan exempelvis vara ”*Jag klarar av att hänga tvätten själv*” eller ”*Jag kan promenera till invigningen av köpcentret*”.

18.3.3 Genomförandet av den planerade vården och metoderna

Genomförandet av vården och metoderna dokumenteras patientorienterat som fri text. Tillsammans med patienten och vid behov de anhöriga/närstående söker man de egenvårdsmetoder som patienten själv kan tillämpa. Metoderna ska helst vara så enkla och konkreta som möjligt, exempelvis att delta i gruppaktivitet en gång i veckan. Tjänstens innehåll kan specificeras med exempelvis klassifikationerna *Nomenklatur för laboratorieundersökningar*, *Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder*, *Nomenklatur för fysioterapi*, *Nomenklatur för talterapi* och/eller *Nomenklatur för näringsterapi*. Tjänstens innehåll och villkoret för den kan beskrivas som fri text. Villkoret för tjänsten kan dessutom preciseras med en kod, som dokumenteras med exempelvis klassifikationerna *Nomenklatur för laboratorieundersökningar* och/eller *FinLOINC - Fysiologiska mätningar* samt preciseras med ett villkorligt värde för undersökningsresultatet.

18.3.4 Planerat stöd, uppföljning och utvärdering

Det planerade stödet samt uppföljningen och utvärderingen dokumenteras som fri text, där man beskriver vad de yrkesutbildade personerna inom hälso- och sjukvården gör för att stödja patienten i att nå målen. Stödet kan exempelvis bestå av ett samtal med egenvårdaren eller ett elektroniskt meddelande en gång per vecka eller månatliga gruppträffar. När man dokumenterar uppgifterna bör man beakta att det ska vara lätt för patienten att ta kontakt med den koordinerande aktören. Den yrkesutbildade person som dokumenterar är ansvarig för underhållet och koordineringen av hälso- och vårdplanen, om ingen koordinerande aktör har beskrivits i samband med vårdbehovet.

18.3.5 Tilläggsuppgifter om hälso- och vårdplanen

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

18.4 Exempel på en hälso- och vårdplan

Nedan visas ett exempel på en hälso- och vårdplan som har skrivits i strukturerad form och sammanfattats som fri text för patienten.

Förslag

Datum: 1.10.2012
Namn: Paulina Patient
Personbeteckning: 230462-4321

Som mitt vårdbehov har jag angett: Rökning och slarv med användningen av läkemedel.

Koordinerande aktör: Hälsovårdscentralen
Koordinerande yrkesutbildad person: Vera Vårdgivare
Koordinerande serviceenhet: Hälsofrämjande tjänster

Som mål har jag satt: att sluta röka och börja ta mina mediciner regelbundet.

Läkaren Lasse Doktor har rekommenderat följande målvärden för mig:

- Mål för vikten: under 85 kg.
- Mål för blodtrycksnivån: under eller lika med 130/85 mmHg.
- Mål för LDL-kolesterolnivån: under eller lika med 3,0 mmol/l.
- Annan faktor som specificerar målet: PEF, målnivå: över eller lika med 380

För att nå målet har jag beslutat att: delta i gruppaktivitet med syfte att sluta röka. Dessutom försöker jag minska antalet cigarretter med en per dag i en veckas tid. Veckan därpå minskar jag igen antalet cigarretter med en per dag. Vid behov börjar jag använda en nikotinavvänjningsprodukt. Jag skaffar en dosett som hjälper mig att få i mig de mediciner som ska tas genom munnen och samtidigt påminner mig om att ta de mediciner som ska inhaleras.

Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård: Hälsovårdscentralen
Serviceenhet: Hälsofrämjande tjänster

Som stöd för egenvården har vi kommit överens om följande: Telefonmottagning hos sjuksköterskan när rökningsgruppen har avslutats. Via den elektroniska tjänsten berättar jag med en veckas mellanrum för min vårdansvariga hur jag har lyckats med att minska rökningen.

Den här planen har gjorts upp tillsammans med mig av följande person/personer:
Sjuksköterska Vera Vårdare
Den yrkesutbildade personens identifikationskod: 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.
Kontroll hos sjuksköterska med 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 nikotinavvänjningen.

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

Förårad

19 Viljeyttringar

BRA ATT VETA

Med ett livstestamente och en donationsvilja kan patienten uttrycka riktlinjer för sin egen vård. För en patients viljeyttringar, eller viljeförklaringar, finns det elektroniska handlingar som gör att viljeyttringarna också kan hanteras i Kanta-tjänsterna. Patienten kan själv hantera sina viljeyttringar inom hälso- och sjukvården eller via Mina Kanta-sidor.

19.1 Livstestamente

Med ett livstestamente uttrycker medborgaren sina önskemål om den framtida vården för den händelse att hen inte själv kan besluta om sin egen vård på grund av medvetslöshet, ålderdomssvaghet eller någon annan mot- svarande orsak. Livstestamentet är en handling som underhålls i Informationshanteringstjänsten (Virkkunen m.fl. 2016), 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 som görs av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Ändring av ett livstestamente förutsätter inte en vårdrelation. För att kunna läsa ett giltigt livstestamente måste man emellertid ha en vårdrelation till patienten.

Av patientens basuppgifter dokumenteras namnet och personbeteckningen i livstestamentet. Det egentliga livstestamentet består av fälten "*Jag återkallar mitt giltiga livstestamente*" och "*Jag upprättar ett livstestamente enligt följande*" samt av den egentliga beskrivningen av innehållet i livstestamentet, som kan dokumenteras som fri text. Till viljeyttringen fogas uppgift om ort och datum för viljeyttringen samt, när livstestamentet dokumenteras inom hälso- och sjukvården, uppgift om serviceenheten enligt SOTE-organisationsregistret. Viljeyttringen skrivs ut till patienten och sparas i det egna patientdatasystemet och samtidigt i Informationshanteringstjänsten, där den kan sökas vid behov.

Dessutom ska uppgift om att patienten har ett giltigt livstestamente synas bland riskuppgifterna, även om det egentliga livstestamentet inte dokumenteras som riskuppgift. När Informationshanteringstjänstens sammanställningar tas i bruk inom Kanta-tjänsterna kommer riskuppgiften automatiskt att dokumenteras i samband med dokumentationen av livstestamentet. När ett livstestamente på patientens begäran dokumenteras inom hälso- och sjukvården, borde man i patientjournalen också anteckna att patienten har fått en tillräcklig utredning av de konsekvenser som kan följa av att av patientens vilja iakttas.

19.2 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. Genom lagändringen ändrades principen i bestämmelsen om samtycke till tagande av organ och vävnader från en avliden givare. Nu kan man ta organ om det inte finns uppgifter om eller skäl att anta att den avlidna under sin livstid skulle ha motsatt sig ett sådant ingrepp.

Förslag

Donationsvilja är en handling som underhålls i Informationshanteringstjänsten (Virkkunen m.fl. 2016), 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 som görs av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Det behövs ingen vårdrelation till patienten för att göra ändringar i en donationsvilja, men däremot för att kunna läsa uppgiften om en donationsvilja.

I donationsviljehandlingen dokumenteras 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 donationsviljan dokumenteras också ort och datum samt uppgifter om serviceenheten enligt SOTE-organisationsregistret, när donationsviljan dokumenteras inom hälso- och sjukvården. Viljeyttringen skrivs ut till patienten och sparas i det egna patientdatasystemet och samtidigt i Informationshanteringstjänsten.

Föråldrad

20 Fullmakt för köpta tjänster

BRA ATT VETA

När tjänster köps som köptjänst eller på något annat motsvarande sätt ska de handlingar som upprättas inom tjänsten arkiveras i tjänsteanordnarens register. I avtalet ska anordnaren och producenten av köptjänsten specificera hur arkiveringen av handlingarna inom köptjänsten genomförs. Genom fullmakten för köpta tjänster specificerar tjänsteanordnaren en namngiven tjänsteproducents rätt att använda tjänsteanordnarens journalhandlingar vid genomförandet av köptjänsten och rätt att arkivera handlingar som uppkommit inom köptjänsten i tjänsteanordnarens register i Patientdataarkivet. Fullmakten för köpta tjänster kan vara på befolkningsnivå eller specifik för en patient och en giltighetstid ska fastställas för den.

Föråldrad

Anordnaren av en köptjänst är en tillhandahållare av tjänster, som enligt lag eller annan förpliktelse är ansvarig för anordnandet av köptjänsten. Anordnaren av en köptjänst är alltid den ursprungliga beställaren av tjänsten. Serviceanordnaren kan genomföra köptjänsten själv eller köpa den av någon annan tillhandahållare av tjänster. Med köptjänstproducent avses en tillhandahållare av tjänster som genomför den egentliga vård- eller andra köptjänsten som riktar sig till patienten.

De patienthandlingar som uppkommer inom köptjänsten hör till tjänsteanordnarens register. Patientens vård dokumenteras inom köptjänsten enligt samma principer som alla andra patientanteckningar som ska arkiveras. I patientens logiska personregister ingår alla journaluppgifter, undersökningsresultat, utlåtanden och andra motsvarande handlingar som dokumenterats om patienten.

Genom fullmakt för köpta tjänster kan tjänsteanordnaren ge tjänsteproducenten rätt att använda patientuppgifter som finns i tjänsteanordnarens register samt rätt att arkivera patientuppgifter som uppkommer inom köptjänsten i tjänsteanordnarens register i Patientdataarkivet. Köptjänstproducenten skapar i allmänhet en servicehändelse där uppgifter som uppkommer inom köptjänsten arkiveras, men tjänsteanordnaren kan förutsätta att uppgifterna sparas i en befintlig servicehändelse (t.ex. avbildningsundersökningar/bildutlåtanden).

De funktionella specifikationerna för fullmakt för köpta tjänster har beskrivits närmare i Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille (Korhonen & Räty, 2017).

20.1 Förutsättningar för fullmakt för köpta tjänster

Fullmakt för köpta tjänster förutsätter att det har upprättats ett avtal mellan anordnaren och producenten av köptjänsten om produktion av tjänsten och arrangemangen i samband härmed. Båda parterna ska dessutom vara användare av Patientdataarkivet och ha ett certifierat informationssystem som klarar av de funktioner som behövs i samband med fullmakt för köpta tjänster. En annan förutsättning är att anordnaren av köptjänsten har lagrat en fullmakt för den enskilda tjänsteproducenten i Patientdataarkivet. När köptjänstproducenten använder eller arkiverar uppgifter om patienten ska det gå att verifiera att det föreligger en vårdrelation mellan köptjänstproducenten och patienten.

Fullmakt för köpta tjänster kan bara ges en patient som har en officiell personbeteckning. Handlingar kan inte arkiveras i tjänsteanordnarens register med stöd av fullmakten för köpta tjänster om patienten har en tillfällig personbeteckning. Anordnaren och producenten av köptjänsten ska genom inbördes avtal komma överens om hur man går till väga vid vården av de här patienterna.

I mer sällsynta fall kan det hända att en patients personbeteckning byts ut under köptjänstfullmaktens giltighetstid. Då ansvarar tjänsteanordnaren för att uppdatera uppgifterna om patienten, eftersom tjänsteanordnaren är ansvarig för patientens vård. Anordnaren av köptjänsten ska meddela köptjänstproducenten om den ändrade personbeteckningen, så att köptjänstproducenten kan ändra personbeteckningen i sitt eget system. Därmed är den tidigare fullmakten för köpta tjänster inte längre i kraft, eftersom uppgifterna om patienten är ”felaktiga”. Serviceanordnaren ska då avsluta den tidigare fullmakten och upprätta en ny med den giltiga personbeteckningen.

20.2 Upprättande av fullmakt för köpta tjänster

Anordnaren av en köptjänst kan ge tjänsteproducenten fullmakt att arkivera handlingar som uppkommit inom köptjänsten direkt i tjänsteanordnarens register i Patientdataarkivet. I fullmakten kan tjänsteanordnaren också specificera tjänsteproducentens åtkomsträttigheter till tjänsteanordnarens journalhandlingar i Patientdataarkivet. Fullmakten för köpta tjänster är antingen på befolkningsnivå eller specifik för en enskild patient och gäller för en bestämd tidsperiod.

En köptjänst **på befolkningsnivå** är en omfattande tjänst som gäller en befolkningsgrupp och där patienterna inte specificeras i förväg (exempelvis screeningar). Med köptjänst **för en enskild patient** avses en situation där en köptjänst (exempelvis terapi eller en åtgärd) anordnas för en specificerad patient. Om köptjänsten produceras med servicesedel eller på något annat motsvarande sätt kan patienten själv välja tjänsteproducent bland dem som anordnaren av köptjänsten godkänt. Ur Patientdataarkivets synvinkel motsvarar den här verksamhetsmodellen en köptjänst för en enskild patient.

Anordnaren av köptjänsten upprättar en fullmakt för köpta tjänster för den enskilda tjänsteproducenten på blankettvyn FKÖPTJ och lagrar den i Patientdataarkivet. Av fullmakten ska framgå tjänsteanordnaren (den registeransvarige) och registret, samt tjänsteproducenten, köptjänstens giltighetstid, fullmaktens omfattning (användnings- och arkiveringsrättigheter) samt fullmaktens typ (på befolkningsnivå eller för en enskild patient).

En fullmakt för en enskild patient ska också innehålla specificerande uppgifter om patienten. Uppgifterna för fullmaktsblanketten kommer huvudsakligen direkt från patientdatasystemet eller ett separat system, och alla uppgifter behöver inte antecknas separat i fullmakten. Fullmakten kan exempelvis produceras i ett separat system som hanterar servicesedlar hos anordnaren av köptjänsten. Servicesedelsystemet tar fram uppgifterna i blanketten på basis av servicesedeluppgifterna efter att kunden har valt producenten bland de producenter som anordnaren angett. Ett separat system behandlar enbart fullmakter för köpta tjänster och det går inte att söka eller behandla vårdhandlingar i köptjänstanordnarens register med de tjänstanrop som det separata systemet använder.

Serviceanordnaren upprättar och arkiverar fullmakten på befolkningsnivå eller för en enskild patient, när man vet som ska producera köptjänsten. Med hjälp av fullmakten för köpta tjänster kan uppgifter som hänför sig till köptjänsten lämnas ut från Patientdataarkivet ur anordnarens register till tjänsteproducenten även när en patient inte har meddelat Kanta-

Förslag

samtycke eller har förbjudit att anordnaren av köptjänster lämnar ut patientuppgifter från Patientdataarkivet.

20.2.1 Åtkomst- och arkiveringsrättigheter vid fullmakter på befolkningsnivå

Vid en fullmakt för köpta tjänster som ges till en tjänsteproducent på befolkningsnivå måste man alltid ge rätt att arkivera uppgifter i tjänsteanordnarens register i Patientdataarkivet. Anordnaren av köptjänsten ska också definiera om tjänsteproducenten får åtkomsträttigheter till tjänsteanordnarens register eller inte. Exempelvis inom jouren ges köptjänstproducenten omfattande åtkomsträttigheter till alla patientuppgifter i tjänsteanordnarens register samt arkiveringsrättigheter. Däremot är screeningar, där en viss del av befolkningen eller en viss åldersgrupp kallas till exempelvis mammografi, exempel på situationer där tjänsteproducenten inte behöver ges åtkomsträttigheter till patientuppgifter. Tjänsteproducenten ges enbart rätt att arkivera uppgifter om genomförandet av tjänsten, såsom screeningens resultat, i tjänsteanordnarens register.

20.2.2 Åtkomst- och arkiveringsrättigheter vid fullmakter för enskilda patienter

Vid fullmakt för köpta tjänster för en enskild patient definierar tjänsteanordnaren vilka handlingar om en specificerad patient som tjänsteproducenten behöver ur tjänsteanordnarens register för att producera köptjänsten. Anordnaren av den köpta tjänsten kan välja att lämna ut

- alla handlingar om en specificerad patient ur sitt patientregister
- handlingar för ett avgränsat tidsintervall eller
- handlingar som gäller vissa servicehändelser för patienten

Serviceanordnaren kan också definiera att det inte behövs några åtkomsträttigheter till handlingar om patienten i tjänsteanordnarens register för att producera tjänsten. I alla situationer ska tjänsteproducenten dock ges rätt att arkivera de uppgifter som uppkommer inom köptjänsten. Anordnaren av den köpta tjänsten kan separat ange en servicehändelse till vilken tjänsteproducenten kan foga handlingarna som ska arkiveras, om man inte har kommit överens om att tjänsteproducenten själv producerar servicehändelsen för tjänsteanordnarens register.

Föråldrad

20.3 Hantering av fullmakter för köpta tjänster

I Patientdataarkivet kan anordnaren av en köpt tjänst söka den fullmakt för köpta tjänster som anordnaren lagrat där eller fullmaktens metadata, för att titta på, rätta eller makulera fullmakten. Sökning av fullmakten förutsätter inte någon servicehändelsehandling som certifierar vårdrelationen och patientens Kanta-samtycke eller förbud kontrolleras inte i samband med sökning. Tjänsteanordnaren kan vid behov rätta informationsinnehållet i fullmakten för köpta tjänster, om

- patienten ångrar eller byter tjänsteproducent
- anordnaren byter tjänsteproducent
- fullmaktens giltighetstid eller omfattningen av det material som lämnas ut ändras

Tjänsteanordnaren kan också makulera fullmakten för köpta tjänster, om den har getts för fel patient. Om tjänsteproducenten byts ut avslutas fullmakten för köpta tjänster för

tjänsteproducenten i fråga och en ny fullmakt för köpta tjänster görs för den nya köptjänstproducenten. I tjänsteanordnarens register kan köptjänstproducenten söka och titta på de fullmakter för köpta tjänster där köptjänstproducenten har utsetts till tjänsteproducent. På basis av sökningen returnerar Patientdataarkivet för varje tjänsteproducent bara den senaste versionen av en giltig fullmakt för köpta tjänster.

Om det finns flera giltiga fullmakter för en köptjänstproducent, avgränsas sökresultatet enligt kombinationen av fullmakter. Om det till exempel har upprättats två fullmakter för köpta tjänster för en och samma patient mellan anordnaren och producenten av köptjänsten, där den ena fullmakten tillåter användning av handlingar som gäller servicehändelse A och de andra handlingar som gäller servicehändelse B, får uppgifterna om båda händelserna användas så länge båda fullmakterna är i kraft. Om det för en och samma patient däremot finns en giltig fullmakt för köpta tjänster mellan anordnaren och producenten av köptjänsten både för den enskilda patienten och på befolkningsnivå, agerar man med de rättigheter som fullmakten på befolkningsnivå tillåter, även om det skulle finnas en begränsning av något slag i fullmakten för köpta tjänster för den enskilda patienten.

När en köptjänstproducent söker en fullmakt i köptjänstanordnarens register, förutsätter sökningen inte att det finns en servicehändelsehandling som certifierar vårdrelationen, och patientens Kanta-samtycke eller förbud kontrolleras inte i samband med detta. Köptjänstproducenten kan inte rätta eller makulera en fullmakt som tjänsteanordnaren arkiverat.

Föråldrad

20.4 Behandling av journalhandlingar inom köpta tjänster

20.4.1 Sökning och användning av journalhandlingar

När en köptjänstproducent söker patientens handlingar i Patientdataarkivet för att genomföra köptjänsten, kontrollerar Informationshanteringstjänsten först att anordnaren av den köpta tjänsten har bemyndigat tjänsteproducenten genom en fullmakt för köpta tjänster. Dessutom kontrollerar Informationshanteringstjänsten i tjänsteanordnarens register den servicehändelse som verifierar vårdrelationen samt patientens Kanta-samtycke.

Sökningen returnerar patientens handlingar från tjänsteanordnarens register till köptjänstproducenten i enlighet med fullmakten, oavsett om patienten har Kanta-samtycke eller förbud mot utlämnande av uppgifter ur anordnarens register. Avgränsningarna av utlämnandet inom ramen för fullmakten gäller inte utlämnande av andra tjänstetillhandahållares (registeransvarigas) patientuppgifter eller förbud mot utlämnande av dessa ur Patientdataarkivet. På så sätt får köptjänstproducenten vid utförandet av köptjänsten tillgång till uppgifter och handlingar om patienten i fråga från andra tjänstetillhandahållares register i enlighet med patientens Kanta-samtycke och eventuella förbud mot utlämnande. Förutom de patientuppgifter som tjänsteproducenten sökt i Patientdataarkivet på basis av fullmakten för köpta tjänster och utlämningssökningen i arkivet kan tjänsteproducenten vid utförandet av köptjänsten använda uppgifter om patienten som finns i tjänsteproducentens eget system.

Med tanke på en eventuell nödsituation i samband med utförandet av köptjänsten kan tjänsteproducenten göra sökningar som gäller nödsituationer. Då verifieras vårdrelationen i enlighet med principerna för fullmakten för köpta tjänster samt Kanta-samtycket och principerna för behandling av förbud mot utlämnande i nödsituationer. En nödsökning beaktar inte eventuella avgränsningar av fullmakten, utan Patientdataarkivet returnerar (köptjänstanordnarens och övriga tjänstetillhandahållares) uppgifter om patienten avgränsade

enligt gällande förbud. Om patienten har tillåtit att förbuden kan förbigås i en nödsituation avgränsas utlämnandet av uppgifter inte på något sätt.

När en fullmakt för köpta tjänster upphör får tjänsteproducenten tillgång till de handlingar producenten arkiverat i Patientdataarkivet inom köptjänsten bara genom utlämnande från tjänsteanordnaren. Tjänsteproducenten får i sitt eget system förvara patientuppgifter som uppkommit i köptjänstsituationer för kvalitetskontroll, statistik och fakturering, men kopior av patientuppgifterna bör förstöras efter nämnda användningsändamål.

20.4.2 Arkivering, rättelse och makulering av journalhandlingar

Alltid när en köptjänstproducent arkiverar handlingar som uppkommit i en köptjänstsituation i anordnarens register i Patientdataarkivet kontrollerar Informationshanteringstjänsten att det finns en giltig fullmakt och en vårdrelation (servicehändelsehandling). Tjänsteproducentens patientdatasystem skapar journal- och blanketthandlingar för enskilda patienter på basis av de anteckningar som uppkommer inom köptjänsten och arkiverar dem i tjänsteanordnarens register i Patientdataarkivet.

Inga vårduppgifter som uppkommit vid genomförandet av en köptjänst arkiveras i tjänsteproducentens register i Patientdataarkivet. Om det i samband med en köptjänst uppkommer uppgifter som inte kan arkiveras i tjänsteanordnarens register ska tjänsteanordnaren och tjänsteproducenten genom avtal specificera hur man ska gå till väga med dessa patientuppgifter. Anordnaren av en köptjänst är registeransvarig för de handlingar som producerats inom köptjänsten och kan därför vid behov alltid rätta eller makulera en handling. I första hand görs rättelser eller makuleringar dock av köptjänstproducenten. Tjänsteproducenten får bara rätta eller makulera de handlingar som producenten själv producerat i en köptjänstsituation och arkiverat i tjänsteanordnarens register.

Om handlingar som producerats av tjänsteproducentens informationssystem inte går att ändra med det informationssystem som tjänsteanordnaren använder finns det två sätt att gå till väga. Fullmakten för köpta tjänster kan förlängas, så att tjänsteproducenten har möjlighet att ändra uppgifterna. Det andra alternativet är att tjänsteanordnaren i sitt eget system söker den handling som tjänsteproducenten lagrat, gör nödvändiga ändringar i handlingen och lagrar den i arkivet som en ny handling. Den gamla versionen av handlingen kan vid behov sökas i bakgrundsarkivet.

I den senare verksamhetsmodellen bör man beakta att tjänsteproducentens uppgifter om handlingens metadata försvinner. Den som lagrar handlingen är den aktör som ändrar handlingen, alltså tjänsteanordnaren, och uppgiften om tjänsteproducent syns inte längre. Därför bör man i den ändrade texten klart ange var köptjänsten utfördes och att texten i handlingen i fråga har ändrats av tjänsteanordnaren. När en tjänsteproducent rättar eller makulerar en handling kontrollerar Informationshanteringstjänsten att servicehändelsen och fullmakten för köpta tjänster som verifierar vårdrelationen fortsättningsvis tillåter att tjänsteproducenten arkiverar handlingen. Det är möjligt att arkivera en handling med fullmakten för köpta tjänster även efter att fullmaktens giltighetstid har gått ut, men det går inte längre att använda, rätta eller makulera uppgifterna när fullmakten inte längre gäller.

Förslag

21 Utlämnande av patientuppgifter

BRA ATT VETA

Utlämnandet av patientuppgifter från Patientdataarkivet regleras i lag, och en patient kan begränsa utlämnandet med samtyckes- och förbudshandlingar. Innan handlingarna kan skapas måste man informera patienten om de elektroniska informationstjänsterna inom hälso- och sjukvården och om den elektroniska behandlingen av patientuppgifter i samband med dem. Handlingarna som gäller information till patienten och patientens samtyckes- och förbudshandlingar är handlingar som underhålls i Informationshanteringstjänsten. Patienten kan hantera innehållet i de här handlingarna inom hälso- och sjukvården eller på Mina Kanta-sidor. När detta kapitel skrivs är flera lagändringar under beredning, bl.a. i klientuppgiftslagen (159/2007). **Anvisningarna i kapitlet uppdateras när lagändringarna trätt i kraft.**

Förslag

I Patientdataarkivet finns särskilda blanketter för verifiering och hantering av information till patienten samt patientens samtycken och förbud. Likaså ska eventuella förbud gällande recept dokumenteras i en särskild handling. Tabell 15 visar strukturerna för utlämnande. I den här handboken beskrivs den information till patienten som ges av en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård samt dokumentationen av uppgifter om samtycke och förbud. En person kan hantera sina uppgifter om utlämnande av patientuppgifter via Mina Kanta-sidor. Ytterligare anvisningar finns på kanta.fi.

Tabell 15. Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av hanteringen av utlämnande av patientuppgifter.

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 - Luovutuskielto ja luovutuskiellon peruutus (eArkivet/Blankett - Förbud mot utlämnande och återkallelse av förbudet)
epSOS/Lomake - Informointi ja suostumus (epSOS/Blankett – Information och samtycke)
Sähköinen lääkemääräys/Lomake - Lääkemääräystietojen luovutuskielto (Elektroniskt recept/Blankett - Förbud mot att lämna ut receptuppgifter)
SOTE-organisationsregistret
KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus (Kanta-tjänsterna - Registerkod för journalhandlingar)

21.1 Grundläggande begrepp inom utlämnande av patientuppgifter

Följande begrepp är relaterade till utlämnandet av patientuppgifter från Patientdataarkivet:

- Utlämnande av patientuppgifter innebär att förmedla patientuppgifter med hjälp av de riksomfattande informationstjänsterna 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 ger rätt att lämna ut uppgifter.

- 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 personens samtycke behövs och vad hen samtycker till.

- Förbud gäller en situation där en patient begränsar utlämnandet och användningen av sina patientuppgifter för andra än den registeransvarige som har producerat uppgifterna.

21.2 Utlämnandet av patientuppgifter grundar sig på lag

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 §).

Hanteringen av utlämnandet av en patients uppgifter som finns i Kanta-tjänsternas Patientdataarkiv baserar sig på klientuppgiftslagen (159/2007). 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 klientuppgiftslagen (159/2007) och modellen för information och förbud enligt hälso- och sjukvårdslagen har definierats enhetligt (SHM 2012). Också i lagen om elektroniska recept beskrivs hanteringen av uppgifter som ingår i ett elektroniskt recept. Information till patienten och patientens samtycke till europeiskt gränsöverskridande utbyte av patientuppgifter beskrevs också i epSOS-piloten (2011–2014).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan patientuppgifter som finns i ett sjukvårdsdistrikts gemensamma patientdataregister användas i en vårdrelation mellan olika registeransvariga eller verksamhetsenheter utan separat samtycke av patienten. Det här förutsätter att patienten har informerats om praxis i fråga om utlämnande av patientuppgifter och om möjligheten att begränsa utlämnandet, men att patienten inte har förbjudit utlämnande. Utlämnande av patientuppgifter enligt klientuppgiftslagen (159/2007) gäller utlämnande av patientuppgifter till andra tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster för ordnande och tillhandahållande av hälso- och sjukvård för patienten med hjälp av Kanta-tjänsterna, när patienten har gett sitt samtycke till det. En förutsättning för samtycket är att patienten har informerats om de riksomfattande informationstjänsterna. En patient kan när som helst begränsa sitt samtycke genom separata förbud som gäller en viss tillhandahållare av tjänster, dennas register eller en enskild servicehändelse.

Samtycket gäller inte sökning av patientuppgifter i Patientdataarkivet som har uppkommit i tjänstetillhandahållarens egen verksamhet. Då är det fråga om användning av "organisationens egen" information. Principerna för utlämnande av patientuppgifter har beskrivits närmare i Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset 2018 och i Yhteisrekisterin määrittely (Vuokko m.fl. 2014). Handlingar som gäller utlämnande av patientuppgifter är

Förändrad

handlingar som underhålls i Informationshanteringstjänsten, vilket betyder att alla som deltar i vården av en patient är skyldiga att underhålla dem.

Elektroniska handlingar som gäller information till patienten om de riksomfattande informationstjänsterna samt om patientens samtycken och förbud eller återkallelse av dessa har publicerats på den nationella kodservern under namnen Dokument om information till patienten, Samtycke och återkallelse av samtycket och Förbud mot att lämna ut uppgifter - återkallelse av förbudet. De här handlingarna används när en patient vill ge eller återkalla sitt samtycke och/eller hantera sina förbudsuppgifter vid besök hos tjänstetillhandahållaren. Patienten kan också hantera sina samtycken och förbud med hjälp av tjänsten Mina Kanta-sidor. Nedan beskrivs de elektroniska handlingarnas informationsinnehåll så som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ser det.

21.3 Informeringshandling

Informationen till patienten om de riksomfattande informationstjänsterna inom hälso- och sjukvården och om behandlingen av patientuppgifter antecknas i en informeringshandling i patientdatasystemet, och i och med att handlingen sparas överförs uppgiften också till Patientdataarkivet, Mina Kanta-sidor och Informationshanteringstjänsten. Informationen till patienten kan sparas i informeringshandlingen efter temaområde:

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

I informeringshandlingen består patientens basuppgifter av namn och personbeteckning. Informationen till patienten dokumenteras efter tema, exempelvis ”Information om Kanta-arkivet", i ja/nej-fältet. Informationen kan preciseras med uppgift om huruvida informationen till en minderårig patient getts till vårdnadshavaren (ja/nej-fältet). Handlingen innehåller också uppgift om den som har dokumenterat informationen till patienten (namn och personbeteckning), tidpunkten och serviceenheten där informationen till patienten har dokumenterats. I informeringshandlingen kan man precisera i ja/nej-fälten om patienten har fått informationen muntligt eller skriftligt. Patienten kan informeras en gång per temaområde. Informationen till patienten kan inte återkallas. I ett gemensamt register räcker det att enbart informera patienten om de elektroniska tjänsterna, inget separat samtycke behövs.

21.4 Samtyckeshandling

En patients Kanta-samtycke och eventuell återkallelse av det dokumenteras i en samtyckeshandling i patientdatasystemet, och i och med att handlingen sparas lagras informationen också i Patientdataarkivet, så att uppgiften om utlämnande också kan användas i Informationshanteringstjänsten och på Mina Kanta-sidor.

I samtyckeshandlingen består patientens basuppgifter av namn och personbeteckning. Bland uppgifterna om patienten kan man också dokumentera att patienten inte är förmögen att själv underteckna samtycket eller en återkallelse av det på grund av exempelvis sjukdom eller skada. Uppgiften kan dokumenteras i ja/nej-fältet och kompletteras som fri text i motiveringsfältet.

I underskriften av samtycket dokumenteras tidpunkten på klockslagsnivå. När samtycket undertecknas av patientens lagliga företrädare, exempelvis en minderårig patients vårdnadshavare eller intressebevakare, ska dennas personuppgifter fogas till handlingen. När

Förädrad

en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar ett samtycke eller återkallelse av det i patientdatasystemet ska även uppgifter om den yrkesutbildade personens namn, personbeteckning och tjänstetillhandahållaren enligt SOTE-organisationsregistret fogas till handlingen.

21.5 Förbudshandling

En patients eventuella förbud mot utlämnande och återkallelse av förbuden dokumenteras i en elektronisk handling i patientdatasystemet, och i och med att handlingen lagras i Patientdataarkivet betyder det samtidigt att uppgiften om förbud mot utlämnande också är tillgänglig i Informationshanteringstjänsten och på Mina Kanta-sidor. Samma förbud styr utlämnande av uppgifter från det gemensamma registret. För recept beskrivs en egen, separat förbudshandling.

Patienten kan inrikta sitt förbud mot utlämnande på en enskild servicehändelse eller i vidare bemärkelse på en tillhandahållare av tjänster och dennas register. Ett gällande förbud mot utlämnande reglerar utlämnandet av patientuppgifter från Patientdataarkivet till en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. När patienten har ett gällande förbud mot utlämnande kan uppgifter som omfattas av förbudet inte lämnas ut till en yrkesutbildad person, och denna får inte heller information om att patienten har ett gällande förbud mot utlämnande. I handlingen om förbud mot utlämnande består patientens basuppgifter av namn och personbeteckning. Bland uppgifterna om patienten kan man också dokumentera att patienten inte är förmögen att själv underteckna förbudet mot utlämnande eller en återkallelse av det på grund av exempelvis sjukdom eller skada. Uppgiften kan dokumenteras i ja/nej-fältet och kompletteras som fri text i motiveringsfältet.

De tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster och dessas register som patientens förbud inriktar sig på kan dokumenteras med användning av *SOTE-organisationsregistret*. Ett förbud som inriktar sig på tjänstetillhandahållarens register kan dokumenteras med klassifikationen *Potilasasiakirjan rekisteritunnus* (Journalhandlingens registerkod). Den servicehändelse man vill förbjuda dokumenteras med hjälp av tidpunkten och OID-koden för servicehändelsen.

I underskriften av ett förbud mot utlämnande eller återkallelse av förbudet dokumenteras tidpunkten på klockslagsnivå. I förbudshandlingen 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 även uppgifter om den yrkesutbildade personens namn, personbeteckning och tjänstetillhandahållaren enligt *SOTE-organisationsregistret* fogas till handlingen.

21.6 Kontroll av patientens uppgifter

Det går alltid att kontrollera i Informationshanteringstjänsten om en patient har ett gällande samtycke eller vid behov om patienten har informerats. Informationshanteringstjänsten filtrerar automatiskt bort de uppgifter som begränsats genom förbud från den information som returneras från Patientdataarkivet eller Informationshanteringstjänsten. Receptcentret filtrerar på motsvarande sätt bort de uppgifter som omfattas av förbudet från de receptuppgifter som returneras. En patient kan inte genom förbud mot utlämnande hindra att recept på HCI- och narkotiska medel syns när en läkemedelsförskrivare skriver ut recept på HCI- eller narkotiska medel. Det här förutsätter att läkemedelsförskrivaren gör en ny sökning av recept på HCI- och narkotiska medel i Receptcentret.

Förslag

22 Om standarden för dokumentationen

BRA ATT VETA

De journalanteckningar som dokumenteras i den elektroniska patientjournalen och lagras i Patientdataarkivet består av fri text och strukturerad information. Den elektroniska patientjournalen följer den internationella CDA-standarden. CDA-dokumentet för en patientjournal består av två huvuddelar: metadata, som berättar om kontexten kring handlingens uppkomst, samt det egentliga innehållet. I allmänhet behöver användaren av ett patientdatasystem bara dokumentera innehållet, det vill säga journalanteckningarna. När en användare av den elektroniska patientjournalen dokumenterar patientuppgifter i strukturerad form innebär det att varje uppgift har en specificerad plats i CDA-dokumentet och att informationen är i en form som är lättare att vidareförädla. I den strukturerade informationen kan man skilja mellan visningsform som kan läsas av en människa och strukturerad form som systemet kan tyda. Båda formerna uppstår genom en och samma dokumentation, och därmed kan det inte finnas någon konflikt mellan dem. Det här kapitlet innehåller ytterligare information om CDA-standarden och dess principer.

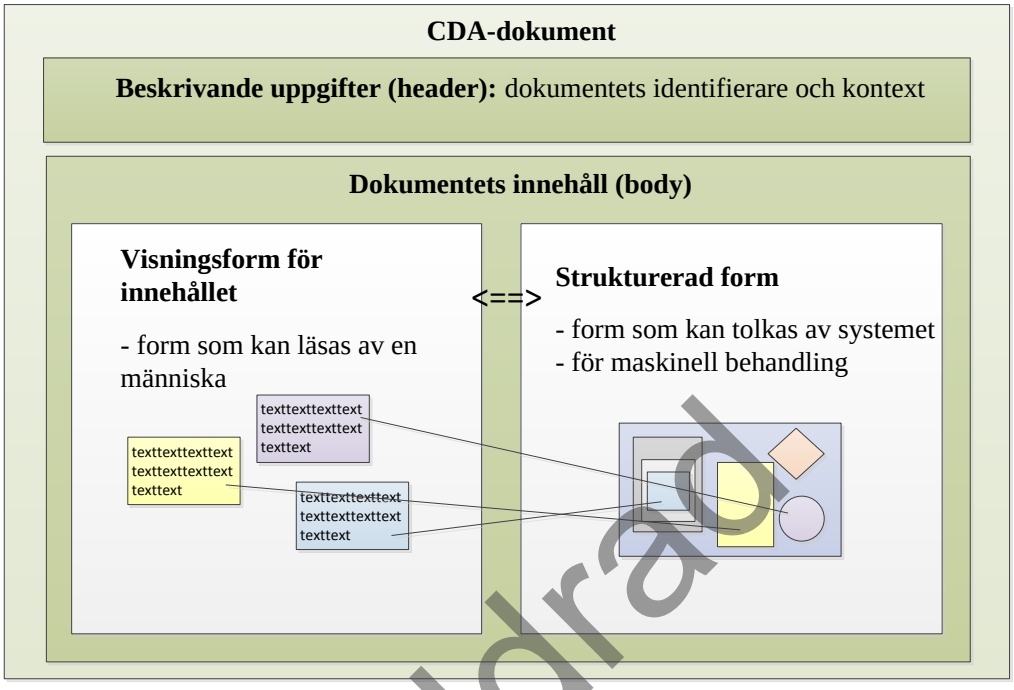
Föråldrad

22.1 Den elektroniska patientjournalens standardstruktur

Som struktur för informationsöverföring och arkivering i den elektroniska patientjournalen har CDA- standarden (Clinical Document Archive) valts. Utifrån den internationella standarden har man i Finland fastställt riksomfattande anvisningar för genomförandet av informationsinnehållen i patientdatasystemen och patientjournalen. Detaljerade anvisningar för lokalisering och tillämpning finns i föreningen HL7-Finland ry:s gränssnittskarta på adresserna www.hl7.fi och https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7.

I det här kapitlet beskrivs CDA-standarden, principerna för den och utnyttjandet av den till de delar CDA-standarden påverkar dokumentationen av anteckningar i patientjournaler. Ett CDA-dokument består av två huvuddelar: metadata (header eller beskrivande/specificerande uppgifter) och innehåll (body). Metadata är information som beskriver det egentliga innehållet i handlingen och kontexten kring dess uppkomst, såsom information om den servicegivare och den person som har producerat handlingen, tidpunkten då handlingen skapades samt tidpunkten för servicehändelsen. Det är vanligt att patientdatasystemet automatiskt tar fram metadata i handlingens header-del, och användaren behöver inte dokumentera dem manuellt (se figur 18).

I informationssystemen används för behandlingen av CDA-dokument förvarings- och processeringslösningar som är avsedda för behandling av strukturerade XML-filer. I CDA-standarden har en mängd metadata definierats internationellt, och de kompletteras av metadata som definierats som nödvändiga i den finländska verksamhetsmiljön, exempelvis av information enligt Sähke-rekommendationerna som hänför sig till arkivering. Metadata anger den kontext i vilken handlingens innehåll har producerats. Metadata för journalhandlingar har beskrivits närmare i olika specifikationer, såsom *Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille*, *Potilastiedon arkisto: rajapintakäyttötapaukset arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä* och *Potilastiedon arkiston CDA R2 Header*.



Figur 18. De elektroniska journalhandlingarna har genomförts utifrån HL7:s CDA-dokumentstruktur.

Föråldrad

22.2 Visningsform och strukturerad form

En handlings innehåll och dokumentationen av innehållet består av visningsform och strukturerad form (se figur 18). Visningsformen, narrative block, är dokumentets presentationsform och motsvarar visning av uppgifter i textform i patientdatasystemen. Syftet med visningsformen är att säkerställa att handlingen är läsbar på ett sätt som är oberoende av systemet. Samtidigt blir det lättare för användaren att tolka journalhandlingar som producerats i något annat patientdatasystem.

Uppgifterna lagras i både visningsform och strukturerad form. Uppgifterna behöver emellertid inte dokumenteras två gånger, utan patientdatasystemet kan också ta fram visningsformen på basis av den dokumenterade informationsstrukturen. Den strukturerade formen gör att uppgifterna lättare kan behandlas och förädlas i systemen, exempelvis för automatiska slutsatser, beslutsstöd och statistik. Alla uppgifter är dock synliga i visningsform, även om systemet inte skulle kunna utnyttja alla strukturer,

Den strukturerade formen, entry, innehåller information som kan behandlas i detalj och förädlas i patientdatasystemen. I strukturerad form presenteras alla uppgifter som ingår i journalanteckningarna och dessutom andra centrala uppgifter, såsom teknisk information eller systemspecifika strukturer. Enligt CDA-standarden får det inte finnas inbördes motstridiga uppgifter i struktur- respektive visningsformen.

För den som dokumenterar är det väsentligt att samma uppgift inte matas in två gånger. Exempelvis kan en diagnosuppgift dokumenteras i patientdatasystemet med hjälp av sjukdomsklassifikationen ICD-10. Patientdatasystemet fyller då i namnet enligt den

diagnoskod (kodvärde) som systemet använder och den kod som den som dokumenterar använder. Den som dokumenterar kan dessutom ändra namnet enligt diagnoskoden eller komplettera diagnosuppgiften som fri text i ett tilläggsfält.

CDA-standarden specificerar inte hur den strukturerade informationen ska produceras för dokumentet. Systemen kan stödja produktionen av strukturerad information på olika sätt. Den strukturerade informationen kan matas in via systemens användargränssnitt exempelvis via textfält och listrutor eller färdiga mallar. I systemen är det också möjligt att stödja synonymordlistor för strukturerad information. I princip kan en struktur också produceras med ett analysprogram för naturligt språk (NLP). Den vanligaste lösningen i dagens system är att den strukturerade informationen matas in direkt via systemens användargränssnitt.

22.3 Utförandet av CDA-dokument

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

Inom hälso- och sjukvården används olika slags intyg och blanketter, med vars hjälp information tidigare har strukturerats i ett pappersbaserat system. I blanketterna är informationen grupperad i 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, bland annat finns det särskilda klassifikationer för att dokumentera exempelvis modersmål och kön. Intyg är exempel på handlingar i blankettform. En blankett är en informationshelhet som man vill behandla som en enskild handling eller foga till en annan journalhandling eller helhet. Informationsinnehållet i blanketterna kan struktureras i sin helhet.

I patientdatasystemen har en egen vy specificerats för de flesta blanketter. Figur 19 åskådliggör hur specifikationen 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 visas i figur 19, har en egen identifikationskod (OID). Likaså får varje fält som specificerats för blanketten en identifikationskod (i figur 19 kolumnen uppgiftsfältkod oid). Varje fält i blankettstrukturen har en informationstyp, såsom rubrik (Label, LB), kodat värde (CodedValue, CV), tidpunkt (PointInTime, TS), identifikationskod (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 och hur uppgiften kan behandlas. 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 ange 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 identifikationskod för kodverket, som beskrivs i strukturspecifikationen som kodverkshänvisning. De kodverk som används på nationell nivå inom social- och hälsovården finns också på den nationella Kodservern.

Förändrad

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**	**1**	**Label**	**LB**		
3	Patientens namn	2	2	PersonName	PN	P	
4	Personbeteckning	2	2	InstanceIcentifier	II	P	
5	Datum	2	2	PointInTime	TS	P	
100	**Behov av vård**	**1**	**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	InstanceIcentifier	II		

Figur 19. Specifikation av en informationsstruktur, som exempel inledningen till en hälso- och vårdplan.

Föråldrad

När man dokumenterar ett fält med kodvärde behandlar patientdatasystemet uppgiften på basis av det kodvärde fältet får, medan användaren i allmänhet ser det namn eller den förklaring som koden står för. Vid utförandet av blanketter används mekanismer enligt CDA-standarden, med vars hjälp fältens koder, informationstyper och innehåll kan utföras i strukturerad form som XML-dokument. Blanketternas visningsform har inte ägnats 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 texten i en patientjournal, som kan presenteras med typiska strukturer i CDA-standarden. Ett CDA-dokument består av sektioner (section), inom vilka det finns en visningsform som består av läsbar text samt strukturerad information som systemen kan behandla. I dokumentets metadata beskrivs bland annat dokumentets tillkomstkontext, men kontextspecifikationerna kan vid behov också hoppas över för enskilda sektioner.

Figur 18 visar hur ett CDA-dokument består av visningsform och strukturerad form. 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. Den strukturerade informationen visas i sin tur med hjälp av CDA-standardens entry-strukturer. En entry-struktur motsvarar en anteckning, och i den är uppgifterna uttryckta i strukturerad form så att patientdatasystemen kan behandla och ”förstå” den dokumenterade informationen. Entry-strukturerna baserar sig på modellen Clinical Statements i HL7 V3 - standarden. Modellen gör det möjligt att uttrycka utförda dokumentationer så att innehållet kan förstås på enhetligt sätt i olika system.

22.4 Fältlängder vid strukturerad dokumentation

Patientdatasystemen överför och behandlar uppgifter som XML-dokument enligt CDA-standarden. Det finns inga egentliga storleksbegränsningar för elementen och attributen i

XML-filerna. I de programmeringsspråk och fil- eller databaslösningar som används vid implementeringen av systemen fastställs emellertid ofta en begränsad maximistorlek, plats eller längd för de olika datafälten. I handboken för strukturerad dokumentation anges vanligen inga längder för fälten.

I patientjournaler görs många anteckningar som fri text. Det är inte meningsfullt att sätta gränser för längden på en uppgift som ska dokumenteras i ett textfält för fri text, men i vissa lösningar, såsom i CDA R2-specifikationerna för elektroniska recept, har också textfälten för fri text begränsad längd på grund av begränsningarna i receptmeddelandet. Fältlängderna för de patientuppgifter som ska dokumenteras i strukturerad form har beskrivits i CDA R2-specifikationerna för implementeringen av Patientdataarkivet, som finns samlade på Kanta-sidorna i fråga om de datafält för vilka det är relevant.

I vissa fall kan emellertid datafält som har olika längd i olika system leda till problem på systemnivå. Varje system gör i allmänhet en kontroll i samband med informationsöverföringen, där det undersöks om informationen som ska tas emot fyller datasystemets kriterier för bland annat längd och innehåll. Om informationen inte lämpar sig för behandling eller lagring kan kontrollprogrammet orsaka en felsituation eller ändra informationen så att den går att lagra. I värsta fall kan felsituationen i praktiken leda till att hela den information som ska mottas förkastas samt till ett felmeddelande, och då lagras informationen inte på planerat sätt. Om informationen ändras i den mottagande ändan för att rätta till situationen kan det å sin sida leda till att information som kommer från den ursprungliga källan utplånas.

Föråldrad

22.5 Dokumentation av datum och andra tidsstämplar

I informationsstrukturer som handlar om vård är det oftast tillräckligt att ange tidpunkten med en dags noggrannhet. Hur noggrant datum eller någon annan tidsstämpel dokumenteras är förstås beroende av informationens natur och användningsändamål.

CDA-standarden definierar hur olika tidsangivelser anges i dokument enligt XML-standarden. CDA-standarden följer ISO-standardiseringsorganisationens modell, som tillåter varierande noggrannhet i tidsangivelser, från årsnivå till bråkdels sekunder. CDA-standardens informationstyp begränsar alltså inte i sig dokumentationen. Ett exempel på en form enlig ISO-standarden är yyyymmddhhmmss, där

- yyyy är år,
- mm är månad,
- dd är datum,
- hh är timme (enligt 24 timmar),
- mm är minut
- ss är sekund

I tidsstämplar som är avsedda för tekniskt bruk kan systemen använda en exaktare tidsstämpelform som anges automatiskt (exempelvis sekund eller millisekund). Med tanke på datastrukturernas interoperabilitet är det nödvändigt att datumuppgiften eller någon annan tidsstämpel har specificerats på samma sätt i patientdatasystemet och i Patientdataarkivets CDA R2-specifikationer. För användarna av systemen kan tidsuppgifterna presenteras i tydlig och åskådlig form. För de flesta uppgifter som gäller vården kan hälso- och sjukvårdsorganisationerna och programleverantörerna beroende på användningsändamålet överväga med vilken noggrannhet tidsangivelserna ska uttryckas och visas i användargränssnitten.

Källor

Alanärä, Tellervo 2017. Kysely- ja välityspalvelu: Toiminnallinen määrittely, versio 1.2. Ohjaus 11/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-889-0 [3.5.2018].

Regionreformen 2018. Beredningen av landskaps- och vårdreformen. http://alueuudistus.fi/etusivu [3.5.2018].

Bentsen 1986. Bentsen, B 1986. International Classification of Primary Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 4:1, 43-50. https://doi.org/10.3109/02813438609013970 [3.5.2018].

Britt et al. 2016. Britt H, Miller GC, Bayram C, Henderson J, Valenti L, Harrison C, Pan Y, Charles J, Pollack AJ, Chambers T, Gordon J, Wong C. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. General practice series no. 41. Sydney: Sydney University Press, 2016, Australia. http://purl.library.usyd.edu.au/sup/9781743325155 [30.5.2018].

HL7-määrittelyt 2018. https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7 [19.6.2018].

JHS 2012. JHS 110 kuntien numerotunnus. JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta, 5.10.2012 http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS110/JHS110.pdf [2.5.2018].

Kanta 2011. Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne. Versio 4.31, 11.4.2011. https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7 [19.6.2018].

Kantajulkaisu 2018. Kanta-palvelujen julkaisusuunnitelma palvelujen kehittämisestä. https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/julkaisuaikataulu [19.6.2018].

Komulainen, Jorma (toim.) 2012. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6 [13.3.2018].

Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285 [13.3.2018].

Korhonen, Matti 2017. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Versio 2.1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 23.3.2018. https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/julkaisut/maarittelyt [3.5.2018].

Korhonen, Matti ja Räty, Tarja 2017. Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille. Versio 2.1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 23.3.2018. https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/julkaisut/maarittelyt [3.5.2018].

Kvist, Mårten ja Savolainen, Tuija (toim.) 2010. ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliitto.https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus [13.3.2018].

Föråldrad

Kärkkäinen, Anna ja Rantala, Sinikka 2017. Lääketieteellisen kuvantamisen kansalliset toiminnalliset määritykset: Valtakunnallinen terveydenhuollon kuva-aineistojen arkisto - Kvarkki: Toiminnallinen määrittely: Versio 1.2. Ohjaus 2/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-818-0 [3.5.2018].

Lehtonen, Jari, Lehtovirta, Jukka ja Mäkelä-Bengs, Päivi 2013. THL-Toimenpideluokitus 2013. Ohjaus 4/ 2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-858-2 [3.5.2018].

Liikkumisresepti 2018. http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti [13.3.2018].

Liikunta 2016. Käypä hoito suositus -liikunta. Julkaistu: 13.1.2016. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075 [13.3.2018].

Mäkelä-Bengs, Päivi, Virkkunen, Heikki ja Vuokko, Riikka 2015. Lääkemerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016. Toiminnallinen määrittely, versio 2015. Ohjaus 1/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9 [13.3.2018].

Potilastiedon arkiston määrittelyt 2018. https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto [19.6.2018].

Soler ym. 2012. Soler Jean K, Okkes I, Oskam S, van Boven K, Zivotic P, Jevtic M, Dobbs F, Lamberts H. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. Family Practice 29/2012; 283–298, https://doi.org/10.1093/fampra/cmr098 [3.5.2018]

STM 2012. Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. STM:n julkaisuja 4/2012. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3337-8 [13.3.2018]

STM 2013. Terveydenhuolto Suomessa. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7 [13.3.2018].

Tautiluokitus ICD-10 2011. Tautiluokitus ICD-10, 3. painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423 [13.3.2018].

Terveysportti 2018. Duodecimin sanakirjat. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/koti [3.5.2018].

THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet 2018. https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet [3.5.2018].

THL - Elintavat 2018. https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat [13.3.2018].

THL - Huumeet 2018. https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/ehkaisevan-paihdetyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto/huumeet [3.5.2018].

Förslag

THL - Kansantaudit 2018. https://thl.fi/fi/web/kansantaudit https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat [13.3.2018].

THL - Lapset, nuoret ja perheet 2018. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon [13.3.2018].

Turunen, Seppo 2015. Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus 2016. Ohjaus 16/ 2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-600-1 [3.5.2018].

Turunen, Seppo 2017. Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määritykset 2016 : Versio 2017. Ohjaus 7/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-862-3 [3.5.2018].

Valvira 2015. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Valviran ohje 3/2015. http://www.valvira.fi/-/hoitosuunnitelmat-ja-dnr-paatos-pitkaaikaishoidossa-seka-ensihoito [3.5.2018].

Virkkunen, Heikki, Mäkelä-Bengs, Päivi, Suhonen, Jari ja Vuokko, Riikka 2016. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely - versio 2016. Ohjaus 7/ 2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-641-4 [13.3.2018].

Vuokko, Riikka; Kärkkäinen, Anna ja Suhonen, Jari 2016. Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan - Versio 2016. Ohjaus 6/2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-633-9 [13.3.2018].

Föråldrad

Bilaga 1: Centrala begrepp och uttryck

Klientuppgift är personuppgifter om en klient eller patient inom social- eller hälsovården som dokumenteras och hanteras av en yrkesutbildad person inom social- eller hälsovården, inbegripet receptuppgifter och uppgifter om expediering av läkemedel. Också sådana uppgifter som produceras av klienten och fogas till en klient- eller journalhandling är klientuppgifter. Se även uppgift om välbefinnande samt patientuppgift.

Donationsvilja är en viljeyttring genom vilken en person kan bestämma om donation av sina organ. Organdonation är överlåtelse av organ, vävnader och celler för medicinskt bruk.

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

Utvärdering av vård är en fas i vårdprocessen där man utvärderar den genomförda vården och de förändringar som skett i en patients mående i förhållande till de mål för vården som satts i vårdplanen.

Planering av vården är en fas i vårdprocessen där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, patienten och vid behov en anhörig eller en företrädare för patienten i samarbete planerar målen för och genomförandet av vården av patienten.

Genomförande av vård är en fas i vårdprocessen där patienten ges vård.

Vård omfattar de åtgärder som utförs av en patient och av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med syftet att främja och upprätthålla patientens välbefinnande och hälsa eller till att undersöka, lindra eller avlägsna problemen i patientens hälsotillstånd.

Vårdperiod är en tidsperiod när en patient är inskriven som mottagare av öppen eller sluten vård.

Vårdprocess är en serviceprocess inom hälso- och sjukvården som omfattar en serie vårdhändelser som riktar sig mot ett bestämt problemkomplex hos en patient.

Vårdrelation är en interaktion mellan en patient och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kopplad till ett visst vårdansvar.

Livstestamente är en viljeyttring där en person uttrycker sina önskemål om den framtida vården för den händelse att hen inte själv kan besluta om sin egen vård på grund av medvetslöshet, ålderdomssvaghet eller någon annan motsvarande orsak.

Uppgift om välbefinnande är personuppgifter om en medborgares hälsa och välbefinnande och som produceras och hanteras av medborgaren själv och inte ingår i klientuppgifterna.

Kanta-tjänster är riksomfattande informationstjänster inom social- och hälsovården som tillhandahålls och underhålls av FPA och är avsedda för behandling av klientuppgifter och uppgifter om välbefinnande.

Dokumentation, se journalanteckning.

Kodtjänsten är en riksomfattande tjänst som underhålls av Institutet för hälsa och välfärd och vars uppgift är att publicera, distribuera och underhålla enhetliga informationsstrukturer som kan utnyttjas i social- och hälsovårdens informationssystem samt register av organisationstyp.

Besök är en vårdhändelse där en patient på grund av ett hälsoproblem kommer till undersökning eller vård hos en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller där en yrkesutbildad person kommer till patienten.

Föråldrad

Metadata är information som beskriver materialets kontext, innehåll eller struktur samt styr och dokumenterar behandlingen och hanteringen av materialet.

Vy är en struktur för visningsformen i ett patientdatasystem som binder samman enskilda uppgifter till en bestämd informationshelhet eller kontext.

Mina Kanta-sidor är en e-tjänst med vilken medborgarna kan läsa, utnyttja och hantera sina klientuppgifter och uppgifter om välbefinnande.

Rubrik är en benämning med vars hjälp den som gör journalanteckningar grupperar anteckningarna i ämnesgrupper och binder den till en kontext.

Tillhandahållare av tjänster är en aktör som ordnar, producerar eller genomför tjänster. Tillhandahållare av tjänster är ett överordnat begrepp som omfattar tjänsteanordnare, tjänsteproducenter samt servicegivare. Tillhandahållaren av tjänster kan vara en organisation eller en del av den, eller en enskild person.

Servicehändelse är ordnande eller genomförande av en enskild tjänst mellan hälso- och sjukvården och en patient samt de undersökningar, åtgärder, konsultationer och kontakter som har tidsmässig och saklig anknytning till tjänsten. En servicehändelse kan vara en vårdperiod, ett besök eller någon annan motsvarande kontakt.

Journalhandling är ett dokument inom hälso- och sjukvården som innehåller patientuppgifter och som används, upprättas eller ankommer i samband med att vården av en patient ordnas och genomförs.

Patientjournal är en journalhandling som innehåller kronologiska anteckningar om vården av en patient.

En **journalanteckning** är en helhet av patientuppgifter som en användare på samma gång dokumenterar i en enskild vy i patientjournalen eller som produceras av en mätapparat eller en bilddiagnostisk apparat och som binds av samma metadata. En journalanteckning är den minsta innehållshelheten eller dokumentära informationen som uppkommer inom hälso- och sjukvårdens processer.

Patientdataarkivet är en informationstjänst som hör till Kanta-tjänsterna och med vars hjälp patientuppgifter arkiveras för permanent elektronisk förvaring för att kunna utnyttjas av social- och hälsovårdsaktörerna och via Mina Kanta-sidor av medborgarna samt för att kunna lämnas ut till aktörer utanför social- och hälsovården.

Patientuppgift är en klientuppgift som innehåller information om en patients hälsotillstånd eller annan personlig information om patienten.

Patientdatasystem är ett informationssystem avsett för lagring och behandling av patientuppgifter.

Strukturerad information är 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.

Yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården 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 yrkesbeteckning som beviljats tillstånd.

Självständig yrkesutövare inom hälso- och sjukvården är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som inte står i anställnings- eller tjänsteförhållande utan producerar tjänster självständigt direkt för kunden.

Informationshanteringstjänsten är en informationstjänst som hör till Kanta-tjänsterna. I Informationshanteringstjänsten lagras Kanta-information som ges till medborgaren samt

Föråldrad

dennas viljeyttringar och med hjälp av tjänsten sammanställs av de arkiverade klientuppgifterna central information med tanke på vården av en patient eller behandlingen av en klients ärende, samt underhålls en patients hälso- och vårdplan.

Ankomstsituation är en fas i vårdprocessen där man utreder orsaken till att en patient kommit till en organisation inom hälso- och sjukvården samt utför undersökningar och utredningar som bedömts nödvändiga på basis av ankomstorsaken.

Föråldrad

Bilaga 2: Journalexempel

LAS	Mats Modell
YHT	110397–1111

Utvärdering av vård

Slutvärdering	KYS, Barnsjukdomar, 2405 1.12.2006 - 3.12.2006
Ankomstorsak	Typ 1 diabetes, pumpbehandling inleds
Anamnes	En pojke som haft diabetes i fyra år och vars sockerbalans har växlat med injektionsbehandling. Beslut om avdelningsvård för inledande av pumpbehandling. Under de senaste månaderna lindrig trötthet i samband med växlingar i sockernivån. Dessutom lindrig smärta i högra knävecket under en vecka.
Status	Vid undersökning konstaterades en pojke i god kondition. En klinisk undersökning visade en lindrig palpationsömhet i höger knäveck och ett palpationsfynd som passar in på Bakercysta. Smärtan tolkades som en följd av cystan. I övrigt inget avvikande i status.
Vårdaktiviteter	Mats och hans föräldrar undervisades i principerna för insulinpumpbehandling. Mats och föräldrarna lärde sig pumpbehandlingen bra. Man övergick till pumpbehandling. Insulindosen minskades med 10 %.
Diagnoser	E10.9 Typ 1 diabetes (*huvuddiagnos, sannolik eller säker, av permanent karaktär*) M71.2 Bakercysta *(bidiagnos, misstanke, temporär)* E03.8 Hypotyreos *(bidiagnos, sannolik eller säker, av permanent karaktär)*
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 telefontid 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

Föråldrad