

Manual för klassificeringshelheten FinCC 4.0

1.4

Ulla-Mari Kinnunen

Pia Liljamo

Mikko Härkönen

Timo Ukkola

Anne Kuusisto

Tiina Hassinen

2/2024

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Institutet för hälsa och välfärd

Finnish Institute for Health and Welfare

PL / PB / P.O. Box 30 • FI-00271 Helsinki, Finland

Puh/tel +358 29 524 6000

www.thl.fi

Innehåll

VERSIONSHANTERING	3
RESUMÉ	4
1 INLEDNING	6
2 PATIENTJOURNALENS INFORMATIONSTRUKTUR	8
3 CENTRALA STRUKTURERADE UPPGIFTER I VÅRDARBETET	9
3.1 VÅRDBEHOV	9
3.2 VÅRDÅTGÄRD	9
3.3 VÅRDRESULTAT	9
3.4 VÅRDTYNGD	10
3.5 SAMMANFATTNING AV VÅRDARBETET	10
4 STRUKTURERAD DOKUMENTATION AV VÅRDARBETET MED HJÄLP AV FINCC-KLASSIFICERINGEN	15
5 DEN FINLÄNDSKA KLASSIFIKATIONEN AV VÅRDBEHOV SHTAL 4.0	18
6 FINLÄNDSK KLASSIFIKATION AV FUNKTIONER INOM VÅRDARBETE SHTOL 4.0	22
7 DOKUMENTATIONSEXEMPEL	27
KÄLLOR	32
BILAGA 1 SHTAL VERSION 4.0	34
BILAGA 2. SHTOL VERSION 4.0	41
BILAGA 3. SHTUL VERSION 3.0	53

Versionshantering

Version	Datum	Beskrivning
1.0	16.12.2019	Första versionen
1.1	2.4.2020	Innehåll i tabellen i de bifogade klassifikationerna har korrigerats
1.2	14.4.2020	Skrivfel har korrigerats
1.3	22.12.2022	SHTuL-klassifikationen samt texterna i bilaga 3 har uppdaterats.
1.4	25.10 2023	SHTuL-klassifikationen har korrigerats och texterna i anslutning till resultatet i kapitel 3, 4 och bilaga 3 samt i tabellerna samt dokumentationsexemplen har uppdaterats. Länkarna och källorna har uppdaterats. Författarna och beskrivningen av sammanfattningen har uppdaterats. Bilagorna till SHTaL och SHToL-klassifikationerna har uppdaterats.

Resumé

I detta dokument beskrivs den nationella vårddokumentationsmodellen och uppdateringen av det finländska vårdklassificeringssystemet Finnish Care Classification (FinCC), version 4.0. Syftet med denna uppdaterade manual är att hjälpa yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att i den elektroniska patientjournalen dokumentera patientens dagliga vård enligt beslutsprocessmodellen genom att använda FinCC. Den nationella vårddokumentationsmodellen består av central strukturell information om vården (vårdbehov, vårdåtgärder, vårdresultat, vårdtyngd och sammanfattning av vården), vårdprocessen och FinCC-klassificeringshelheten. I manualen finns dokumentering enligt dokumenteringsmodellen som åskådliggörs med hjälp av exempel. Dokumentering av innehållet i vården i enlighet med modellen genomförs i praktiken enligt de olika faserna i vårdprocessen genom att från klassifikationen välja en huvud- och underklass som kompletteras vid behov med fri text enligt klassens informationsstruktur. När dokumenteringen av vården sker på alla ställen på samma enhetliga sätt genom att använda överenskomna termer, kan dokumenteringen jämföras i olika vårdenheter och organisationer. Detta garanterar en kontinuitet i patientens vård när vården och vårdansvaret flyttas från en organisation eller vårdplats till en annan. Information som dokumenterats på ett strukturerat sätt är av särskild betydelse i den dagliga vården av en patient då information kan utnyttjas multiprofessionellt i enlighet med till exempel olika typer av sök- och sorteringsfunktioner. Ur information som dokumenterats strukturerat kan man få bland annat rapporter och statistik för att säkerställa kvaliteten, utveckla patientvården, styra verksamheten, planera, utvärdera, leda och utveckla yrkesutbildningen.

FinCC utgörs av Finländsk klassifikation av vårdbehov (SHTaL), Finländsk klassifikation av vård (SHToL) och Finländsk klassifikation av behandlingsresultat (SHTuL). SHTaL och SHToL har en enhetlig hierarkisk uppbyggnad (komponent-, huvudklass- och underklassnivå). Komponenterna beskriver den mest abstrakta nivån. Dokumenteringen av innehållet i vården görs i huvud- och underklasserna som innehåller FinCC-komponenter i enlighet med informationsstruktur som de tillåter. Med hjälp av SHTuL uppskattas vårdresultatet i relation till vårdbehovet genom fyra olika alternativ (oförändrat resultat, förbättrat resultat, försämrat resultat eller behovet av behandling är borta). Versionen 4.0 SHTaL och SHToL innehåller vardera 17 komponenter. Antalet huvud- och undergrupper i komponenterna varierar.

Syftet med manualen är att ge anvisningar för en enhetlig användning av klassifikationen. Denna manual inklusive exempel har sammanställts enligt SHTaL- och SHToL-klassifikationerna version 4.0 samt SHTuL version 3.0. Uppdateringarna av klassifikationerna grundar sig på respons, bedömningar, kommentarer och förslag från användarna, utifrån vilka FinCC-expertgruppen har uppdaterat klassifikationerna. I den omfattande användarenkäten som genomfördes våren 2018 deltog FinCC-expertgruppen och Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen vid Östra Finlands universitet. Klassifikationen har uppdaterats utifrån användarenkäten 2018 och responsen efter den

Den nationella vårddokumentationsmodellen som innehåller FinCC-klassifikationshelheten, är en helhet av kodsystelet i enlighet med informationsstrukturen i det nationella Patientdataarkivet som möjliggör strukturerad dokumentation av vård. Vi rekommenderar att man parallellt med denna manual även använder [Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#) (THL).

Den nya strukturen för datainnehållet i Vårdjournalen har publicerats på [kodservern](#) 2020. [Handbok om dokumentation: Vårdjournal](#) publicerades 2022 och en uppdaterad version 2023. FinCC 4.0 kan utnyttjas i såväl den tidigare vårdjournalen som i datainnehållsstrukturen i den nuvarande vårdjournalen. I fortsättningen kommer man också att samordna FinCC 4.0 och HOIq-vårdtyngdsmätaren, vilket gör det möjligt att utnyttja strukturerade vårdjournaluppgifter i bedömningen av patientens vårdtyngd.

Nyttan som uppnås och upplevs med strukturerad dokumentering förblir liten eller uteblir om man vid dokumenteringen av patientvård endast använder en stor mängd berättande, fritt formulerad text eller om uppgifterna dokumenteras till stor del i olika delar av patientjournalen, till exempel i vårdtabellen. Då kan även dokumenteringen av de olika faserna i vårdprocessen förbli bristfälliga om någon fas i processen inte dokumenteras alls. Dokumentationen av vården kombineras i processens olika faser till vårdbehov, vårdåtgärder och vårdresultat och då bildar de en nationell minimifil för vård och ytterligare till och med en internationell minimifil.

I utvecklingen av FinCC version 4.0 har deltagit medlemmarna i expertgruppen Ulla-Mari Kinnunen, Kristiina Junttila, Pia Liljamo, Timo Ukkola, Sari Nissinen, Tiina Laaksonen, Anne Kuusisto och Mikko Härkönen. Förutom dessa personer ska alla som har deltagit i användarenkäten samt andra aktörer som lämnat kommentarer ha ett stort tack för uppdateringen av klassificeringshelheten. Tack även till terminologerna Virpi Kalliokuusi och Johanna Eerola för deras insats vid färdigställandet av klassifikationen samt till Minna Mykkänen och Helena Ikonen som har kommenterat manualen.

Från och med 2023 hör Ulla-Mari Kinnunen (ordf., Östra Finlands universitet), Pia Liljamo (THL), Timo Ukkola (SHM), Anne Kuusisto (Satakunta välfärdsområde), Tiina Hassinen (Pihlajalinna), Sirku Säätelä (Yrkeshögskolan Novia) och Minna Mykkänen (Norra Savolax välfärdsområde) till FinCC-expertgruppen.

1 Inledning

Du har tillgång till Manual för klassificeringshelheten FinCC version 4.0. En omfattande uppdatering från version 3.0 till den nuvarande versionen genomfördes 2018–2019. Därefter har huvud- och underklasser uppdaterats utifrån responsen. Målet var att utveckla FinCC-klassifikationens användbarhet så att man vid dokumentationen i så stor utsträckning som möjligt kan utnyttja de mätare som redan används kliniskt (t.ex. smärta, sår, nutrition, fallolyckor).

FinCC 4.0 baserar sig i ännu större utsträckning på evidensbaserad information. Expertgruppen sökte forskningsinformation och studerade God medicinsk praxis-rekommendationerna och andra vårdrekommendationer, satte sig in i lagstiftningen, THL:s manualer i ämnet, anvisningar, olika modeller och även vetenskapliga publikationer. Även expertutlåtanden och erfarenhetsbaserad information har utnyttjats. År 2018 organiserade FinCC:s expertgrupp en enkät för slutanvändarna i enlighet med avtalet om upprätthållande av klassifikationen som ingåtts med Institutet för hälsa och välfärd och Östra Finlands universitet. Expertgruppen hade till uppgift att utvärdera och utveckla SHTaL- och SHToL-klassifikationerna samt att skapa en lättfattlig terminologi som är klar och logisk med hänsyn till användarresponsen.

Syftet med strukturerad dokumentation av uppgifter är att dokumentera uppgifterna endast en gång i patientdatasystemet så att uppgifter som redan har dokumenterats kan länkas till olika vyer i vårdjournalen och på detta sätt kunna utnyttjas multiprofessionellt i patientvården och sammanfattningen av vårdarbetet (=primär användning) samt i forskning, ledning, utveckling av de kliniska vårdprocesserna och utveckling av kvalitetsindikatorerna (=sekundär användning). I ledningen av vårdarbetet behövs dessutom numeriska rapportuppgifter om dokumentationen av vårdarbetet. Jämförelseuppgifter om vårdarbetet som följs upp nationellt är till exempel uppgifter om trycksår, undernäring, fallolyckor samt smärta som patienten upplever.

Mer omfattande ändringar i version 4.0 av FinCC var:

- Komponenten Aktivitet har raderats, och anknytande frågor finns i komponenten Dagliga funktioner och initiativförmåga.
- Den nya komponenten Smärtbehandling har lagts till.
- I vissa komponenter har underklasser flyttats till huvudklassnivån.
- Enligt informationsstrukturmodellen i den nationella vårdjournalen kan dokumentationen av vårdåtgärden göras på huvudklassnivå
 - med en strukturerad klassifikation (existerande eller inbyggd), t.ex. sårförband, eller
 - med mätuppgifter, t.ex. smärtmätare, AUDIT, riskmätare, eller
 - med numeriska uppgifter, t.ex. 540 ml, eller
 - med fritt formulerad text
- Målet var att förbättra balansen och förhållandet mellan termerna i klassifikationerna.
- Komponenten Samordning av vård och fortsatt vård innefattar nu alla de huvudklasser som hänför sig till patienthandledningen (flyttad hit från alla komponenter).

FinCC-klassifikationshelheten, som är den enda terminologin inom vårdarbetet som används i Finland, har kunnat hämtas från kodservern sedan september 2008. Den vidare utvecklingen och upprätthållandet av klassifikationerna överfördes 2008 till Östra Finlands universitet. Användar erfarenheter samlas regelbundet in med riktade enkäter. Respons kan också fortlöpande lämnas på THL:s webbplats [Respons på dataspecifikationer eller datastrukturer - THL](https://thl.fi/sv/om-thl/respons/respons-pa-dataspecifikationer-eller-datastrukturer) (<https://thl.fi/sv/om-thl/respons/respons-pa-dataspecifikationer-eller-datastrukturer>) eller genom att skicka e-post till Kodtjänsten på adressen koodistopalvelu@thl.fi. Utifrån responsen bedöms behoven av att utveckla klassifikationerna och vid behov uppdateras de. Klassifikationerna ska vidare bearbetas på ett kontrollerat sätt och samordnas centraliserat så att alla aktörer inom vårdarbetet enligt det ursprungliga målet har tillgång till klassifikationerna i den nationella dokumentationsmodellen och de senaste versionerna av dessa.

För användarna har också webbplatsen [SV – FinCC](http://fincc.fi/sv/) (<http://fincc.fi/sv/>) grundats. Den upprätthålls av expertgruppen och vi hoppas att vi får respons även där. Mer detaljerade uppgifter kan begäras på adressen luokitukset@fincc.fi.

I denna manual har nationell, aktuell forskning och THL:s anvisningar utnyttjats. Texten grundar sig på de publikationer och undersökningar som tas upp i källförteckningen, men i faktainnehållet finns inte separata hänvisningar till källorna.

2 Patientjournalens informationsstruktur

Uppgifter om patientvården lagras i det elektroniska patientdatasystemet enligt en på förhand överenskommen struktur. Den elektroniska patientjournalens struktur består av hierarkiska informationshelheter på olika nivåer som struktureras med hjälp av vyer, faser i vårdprocesserna och rubriker och där man använder klassifikationer och kodsystäm avsedda för dokumentation. Strukturerade uppgifter kan oftast preciseras med hjälp av fritt formulerad text. Enhetliga strukturer och innehållsspecifikationer för patientuppgifter gör det möjligt att använda och överföra patientuppgifter mellan olika system inom gränserna för patientens samtycke och förbud. Användningen av uppgifterna i patientjournalen i olika system och vårdorganisationer främjas av att informationsinnehållet har producerats med enhetliga begrepp. Med hjälp av olika terminologier (ordlistor, nomenklaturer, klassifikationer) kan man beskriva den praktiska verksamheten och den vård som patienten fått på ett enhetligt sätt.

I Finland har de centrala strukturerade uppgifterna (tidigare kärnuppgifter) i den elektroniska patientjournalen fastställts, och med hjälp av dessa beskrivs hälso- och sjukvårdsuppgifter om patienten som har uppkommit i olika vårdfaser. Centrala strukturerade uppgifter är identifieringsuppgifter för patienten, tjänstetillhandahållaren och helheten, problem, diagnoser, faktorer som påverkar hälsan, fysiologiska mätningar, centrala strukturerade uppgifter om vårdarbetet (tidigare kärnuppgifter om vårdarbetet), funktionsförmåga, undersökningar, åtgärder, läkemedelsbehandling, utlåtanden och intyg, hjälpmedel och uppgifter om den fortsatta vården samt samtycke.

I den elektroniska patientjournalen grupperas ämneshelheterna med hjälp av olika vyer. Med vy avses en informationshelhet eller saklig anknytning med vilken uppgifter som hör till en viss innehålls- eller ärendehelhet kan sammanställas i patientjournalen till exempel för vård inom en medicinsk specialitet, ett yrkesområde eller en tjänst. Vid dokumentation av dagliga anteckningar om vårdarbetet används vyn Vårdjournal (HOKE) och sammanfattningen av vårdarbetet som vårdaren upprättat lagras i HOI-vyn. De dagliga anteckningarna om vårdarbetet dokumenteras stegvis i vårdprocessen med hjälp av överenskomna klassifikationer och fri text. Sammanfattningen av vårdarbetet omfattar de centrala händelserna under patientens vårdperiod och görs med hjälp av de centrala strukturerade uppgifterna för vårdarbetet (vårdbehov, vårdåtgärder, vårdresultat, vårdtyngd och sammanfattning av vårdarbetet), vilka efter behov kan kompletteras med klassifikationerna för vårdarbetet och fritt formulerad text.

Mer information:

[Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#) (THL)

[Handbok om dokumentation: Vårdjournal](#) (THL)

3 Centrala strukturerade uppgifter i vårdarbetet

3.1 Vårdbehov

Vårdbehoven är vårdpersonalens beskrivning av eventuella nuvarande eller framtida problem som är relaterade till patientens hälsotillstånd och som kan elimineras eller lindras med hjälp av vårdåtgärder. Fastställande av vårdbehovet innebär att man kartlägger problem med anknytning till patientens vård eller livssituation. Patienten berättar om sina symtom, vårdaren observerar patienten och gör efter behov olika mätningar (till exempel blodtryck eller kroppstemperatur). Utifrån de erhållna uppgifterna fastställer vårdaren tillsammans med patienten vårdbehovet eller vårdbehoven.

I vårdjournalen antecknas de vårdbehov som är väsentliga med tanke på vården. Tilläggsattributet för vårdbehovet är säkerhetsgraden, som kan dokumenteras när det är av intresse med tanke på vården. För dokumentationen används AR/YDIN-koderna för säkerhetsgrad. Vårdaren ska också kunna observera och förutse eventuella och sannolika problem hos patienten. Patienten kan inte nödvändigtvis beskriva sitt tillstånd med ord, utan vårdaren måste kunna tolka vad det kan vara fråga om vid en observerad förändring av tillståndet eller i beteendet.

3.2 Vårdåtgärd

Vårdåtgärd (tidigare åtgärd i vårdarbetet) beskriver planering och genomförande, uppföljning och utvärdering av patientvården. I patientjournalen antecknas de vårdbehov som är väsentliga med tanke på vården. Vårdåtgärderna genomförs i direkta hjälp- och handledningssituationer mellan patienten och sjukskötaren. Åtgärderna grundar sig på vårdarens kunskaper och olika färdigheter, till exempel händighet, observations- och kommunikationsfärdigheter, förmåga att ge handledning och råd i hälso- och sjukvården samt psykosocialt stöd enligt kundens, patientens, en anhörigs eller familjens behov. Också de uppgifter och åsikter om situationen som kan ges av kunden eller patienten samt eventuellt även av en anhörig är väsentliga. Genom olika vårdåtgärder försöker vårdpersonalen tillgodose patientens vårdbehov. Handledning av en anhörig i frågor som gäller vården av patienten kan dokumenteras i samband med patientens vårdbehov eller genomförandet av vården. Exempel på åtgärd i vårdarbetet: Handledning gällande sårvård, *med fri text preciseras att en anhörig har fått handledning.*

3.3 Vårdresultat

På komponentnivå beskriver vårdresultat en förändring som sker i kundens eller patientens tillstånd. Patientens aktuella tillstånd, hälsa eller förmåga att klara sig utvärderas i förhållande till vårdbehov, mål för vården, planerade vårdåtgärder och/eller förverkligad vård. Klassifikationen kan också användas för att utvärdera responsen på behandlingen. I utvärderingen av status för vårdresultat använder man skalan i den finländska klassifikationen av vårdresultat (SHTuL 3.0), dvs. förbättrad, oförändrad, försämrad, behovet av behandling är borta samt kompletterar vid behov med fritt formulerad text.

- **Oförändrad:** inga väsentliga förändringar har skett i kundens eller patientens hälsa eller tillstånd. (Kod EN)
- **Försämrad:** kundens eller patientens hälsa eller tillstånd har försämrats. (Kod HUO)
- **Förbättrad:** kundens eller patientens hälsa eller tillstånd har förbättrats (Kod PA)
- **Behovet av behandling är borta:** Behovet av behandling har försvunnit eftersom kunden eller patienten har återhämtat sig från det symptom, åkomma eller sjukdom som var föremål för behandlingen (Kod POIS)

Vårdresultatet bedöms i syfte att följa upp effekten av vården, vårdkvaliteten och resultatet och utvärdering av behandlingsresponsen. Utvärderingen görs dagligen, efter behov i varje arbetsskift och i samband med förändringar i patientens hälsotillstånd samt alltid när vården avslutas.

3.4 Vårdtyngd

Med vårdtyngd avses patientens beroende av vårdarens arbetsinsats, den är en bedömning av hur krävande det genomförda vårdarbetet är. Den planering och det förverkligande av vården som har dokumenterats med hjälp av klassifikationen av vårdbehovet och klassifikationen av funktioner inom vårdarbete utgör grunden för bedömningen av patientens vårdtyngd. En omsorgsfull dokumentation av den genomförda vården för en patient ger innehåll för bedömningen av patientens vårdtyngd samt stöder tillförlitligheten av vårdtyngdsklassificeringen.

I vårdarbetet används olika vårdtyngdsmätare. Vid många av Finlands sjukhus har man för den dagliga bedömningen av vårdavdelningspatienternas vårdtyngd använt OPCq-mätaren som hör till RAFAELA-systemet. OPCq-mätaren har samordnats med klassifikationerna av vårdbehov och av funktioner inom vårdarbetet i version 3.0 av FinCC-klassifikationen. OPCq-mätaren har utvecklats till en HOIq-mätare som lämpar sig bättre för vårdavdelningsvård och poliklinisk vård. Samordningen av klassifikationsversionen FinCC 4.0 och HOIq-mätaren pågår och torde bli klar under 2023. Genom att samordna klassifikationerna främjas utnyttjandet av de strukturerade dagliga anteckningarna om vårdarbetet som har antecknats med hjälp av FinCC vid bedömningen av patientens vårdtyngd. Tillförlitligheten för uppgiften om vårdtyngden förbättras när det kan påvisas att bedömningarna av vårdtyngden grundar sig på förverkligad och dokumenterad vård av patienten. Uppgiften om vårdtyngdsklassificeringen den dag då patientens vårdperiod avslutas ska fogas till sammanfattningen av vårdarbetet.

3.5 Sammanfattning av vårdarbetet

För varje vårdperiod, då vården avslutas eller vårdansvaret övergår till någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården vid utgången av perioden, ska ett slutsammandrag skrivas, och i detta inkluderas förutom vårdåtgärderna också klara och detaljerade anvisningar för uppföljningen och den fortsatta vården av patienten. I sammanfattningen beskrivs hur patientens hälsotillstånd och vård har utvecklats under vården. Sammanfattningen av vårdarbetet ska lagras i den riksomfattande arkiveringstjänsten från och med anslutningsdatum till denna. Om en enskild uppgift om patienten eller ett besök är mycket viktigt med tanke på informationsförmedlingen och den fortsatta vården, kan en sådan anteckning inkluderas i sammanfattningen av vårdarbetet. En slutvärdering av vårdperioden eller flera besök kan göras till exempel för hemvård eller seriebehandlingar. Inom långtidsvård ska en mellanvärdering göras med minst 3 månaders mellanrum eller vid väsentliga förändringar i patientens status. I mellanvärderingen dokumenteras ett sammandrag av de väsentliga förändringar som skett i patientens hälsotillstånd och vård under vården, rehabiliteringen eller terapin samt förändringen i förhållande till anamnesen eller en tidigare mellan- eller slutvärdering.

Sammanfattningen av vårdarbetet består av dagliga anteckningar, och syftet med sammanfattningen är att trygga patientvårdens kontinuitet, patientsäkerheten och förbinda patienten till vården. Sammanfattningen av vårdarbetet ger patienten information om vården och dess framskridande (MittKanta), vilket gör det lättare att förverkliga patientens egenvård. De yrkesutbildade kan snabbt skapa sig en bild av patientens tillstånd (i Patientdataarkivet) om patientens vård fortsätter. En sammanfattning av vårdarbetet görs vid alla enheter (till exempel på polikliniken, intensivvården, jouren, vårdavdelningen) under vården (mellanvärdering) och när vårdperioden avslutas (slutvärdering).

Sammanfattningen av vårdarbetet dokumenteras patientspecifikt, man undviker att använda medicinska termer och beaktar informationsbehovet på platsen för fortsatt vård (hem/institution). Anvisningarna i tabell 3.1 och exemplet i tabell 3.2 grundar sig på de nationella anvisningarna och exempel i den tidigare FinCC-manualen. Dessutom har man utnyttjat anvisningar och exempel som används i olika organisationer samt uppgifter som fastställts av yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården och som är centrala med tanke på utskrivningen av patienten.

Tabell 3.1 Nationella rubriker, beskrivningar, innehåll och ändamål i sammanfattningen av vårdarbetet.

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Syfte
Slutvärdering/ Mellanvärdering	Rubriker som används i dokumentationen av sammanfattningsanteckningar vid avslutning/mellanvärdering (inte enstaka besök) av patientens avdelningsvård eller annan långvarig vård, till exempel en psykiatrisk dagsjukhusperiod eller hemvårdsperiod. Obs. Slutvärderingen innehåller en beskrivning av vårdförloppet, väsentlig utveckling i patientens hälsotillstånd och vård samt av slutresultatet. Anteckna för enskilda besök anamnes efter behov vid rubrikerna "Anamnes"/"Permanent bakgrundsuppgifter"/"Bakgrundsuppgifter för specifik vårdhändelse".	Vårdtid/besöksdag Orsak till att söka vård Vårdens/rehabiliterings/terapiens framskridande Boendeform: ensam/tillsammans med någon/serviceboende med heldygnssomsorg/institution	Kortfattad beskrivning med tanke på vårdarbetet, varför patienten har sökt sig till vård och hur vården/rehabiliteringen/terapien har framskridit. Under rubrikerna för slut- och mellanvärderingen ska det finnas en anteckning för att uppgifterna ska överföras till Kanta-tjänsterna.
Vårdbehov	Rubrik under vilken man antecknar existerande eller eventuella framtida problem som anknyter till patientens hälsotillstånd och som man försöker lösa eller lindra genom vård och handledning.	<i>Centrala problem/behov i vårdarbetet</i> <i>Patientens upplevelse av sin sjukdom</i> <i>Patientens önskemål</i> Mätare används: smärta, risk för fallolyckor, trycksår och undernäring, minne, depression, funktionsförmåga osv.	Beskrivning av centrala problem i patientens vård och vårdbehoven vid den tidpunkt då patienten anlände till denna tjänsteleverantör. Även sådana problem som patienten har som ska beaktas i den fortsatta vården (till exempel risk för undernäring, fallolyckor, trycksår).
Vårdåtgärder	Rubrik under vilken man antecknar patientens förverkligade vård för att tillgodose patientens behov av vård och uppnå de uppsatta målen och som man inte antecknar under andra rubriker för förverkligandet av vården, till exempel Åtgärder, Rehabilitering eller Läkemedelsbehandling.	<i>De mest centrala hjälpmetoderna inom vården</i> <i>Undervisning och handledning i vården och den fortsatta vården</i> <i>Patientens upplevelse</i>	Beskrivning av de viktigaste hjälpmetoderna i vården av patienten. Enligt behov också beskrivning av vårdåtgärder som inte har gett önskat resultat (till exempel en allmän sårvårdsmetod som inte har gett önskad effekt i vården av patienten).

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Syfte
Vårdresultat	Rubrik under vilken man antecknar förändringar som har skett i patientens tillstånd och som man bedömer i förhållande till vårdbehovet, målen för vården och/eller den förverkligade vården.	<i>Förändringar som har skett i tillståndet som ett resultat av vården med tanke på vårdarbetet</i> <i>Patientens upplevelse</i> <i>Hälsotillstånd och funktionsförmåga vid utskrivning eller överflyttning</i> <i>minne: orienterad (till tid/rum)/minnet sviker</i> <i>Sinnesstämning: normal/deprimerad/ångestfylld</i> <i>Rörelseförmåga: självständigt/med assistans/med hjälpmedel</i> <i>Toalettbesök: självständigt/med assistans/använder blöjor</i> <i>Tvätt: självständigt/med assistans</i> <i>På klädning: självständigt/med assistans</i> <i>Måltider: specialdiet/självständigt/med assistans/</i> <i>Tillreder själv mat/måltidstjänst</i> <i>Hjälpmedel: utvärderad/ordna</i>	Beskrivning av förändringar som skett i patientens tillstånd under vårdperioden och som ett resultat av vården med tanke på vårdarbetet. Patientens tillstånd och funktionsförmåga i utgångsläget. Använd mätare. Beakta också patientens egen upplevelse. = Välj: Status Oförändrad Status Försämrad Status Förbättrad Behovet av behandling är borta
Vårdtyngd	Rubrik under vilken man antecknar en bedömning av mängden vård som patienten behöver eller får och hur krävande den är (mätare och resultatklass som används)	T.ex. Klass I: Behov av minimivård Klass II: Genomsnittligt vårdbehov Klass III: Större vårdbehov än genomsnittet Klass IV: Maximalt vårdbehov Klass V: Intensivt vårdbehov (Rafaela-systemets Hoiq-mätare)	När vårdansvaret överförs till en annan tjänsteleverantör (fortsatt vårdplats) antecknas vårdbehovet på vårdperiodens slutdag. Om enheten inte använder klassifikationssystemet för vårdtyngd raderas hela rubriken (vårdtyngden antecknas inte).
Plan	Rubrik under vilken man antecknar en plan för fortsatt vård som behandlar patientens hälsotillstånd, undersökningar, vård, rehabilitering och ordnandet av dessa.	<i>Planerad fortsatt vård/rehabilitering/terapi</i> <i>Ärenden som har överenskommit med patienten och de närstående</i> <ul style="list-style-type: none"> Information om inbokade kontrolltider och information till enheten för fortsatt vård Vårdartiklar (behövs inte/skaffar själv/getts med) 	Beskrivning av faktorer som stöder patientens egenvård och planerad fortsatt vård/rehabilitering/terapi. Uppgifterna innefattar orsaken för fortsatt vård, enheten för fortsatt vård och information om tjänster (måltider/hemhjälp/hemsjukhus). Vid behov också information om huruvida de anhöriga känner till förflyttningen.

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Syfte
Läkemedels behandling	<p>Rubrik under vilken man antecknar förskrivning av läkemedel, läkemedelsadministrering och kontroll av läkemedelsbehandling samt bedömningar, kommentarer och motiveringar gällande läkemedelsbehandlingen. OBS! Strukturerade läkemedelsanteckningar görs alltid i LÄK-vyn.</p>	<p><i>Läkemedel som har administrerats i dag och tidpunkterna för administreringen</i></p>	<p>Om vården av patienten förutsätter att patientens medicineringsuppgifter förmedlas, t.ex. läkemedel som patienten fått på avresedagen (Varfarin) med klockslag, anteckna dessa uppgifter.</p>
Annan anteckning	<p>Rubrik under vilken man antecknar uppgifter som inte kan hänföras till andra rubriker.</p>	<p><i>Enhetens namn, Sjukhus Adress Enhetens telefonnummer Anhöriga har underrättats om överflyttningen/utskrivningen Medföljande egendom Uppgifterna antecknades av, namn och yrkesbeteckning</i></p>	

Tabell 3.2 Exempel

Nationella rubriker	Nationell beskrivning
Epikris	Vårdtid 23.9.2023–24.9.2023. Med remiss enligt överenskommelse på grund av ljumskbräck. Bräckoperation utförd. 85-årig man. Använder inga läkemedel hemma. Bor ensam, klarar sig hemma, anhöriga nära.
Vårdbehov	<p>SMÄRTBEHANDLING/Smärta i samband med ingrepp. Akut smärta. Periodisk smärta i sårområdet. Ibuprofen hjälper inte.</p> <p>VÄVNADSIKTEGRITET/Kirurgiskt sår.</p> <p>FÖRMÅGA ATT KLARA SIG/Stöd för förmågan att klara sig. Klarar sig hemma med hjälp av sonen.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Behov av information om läkemedelsbehandling.</p> <p>Behov av information om smärta.</p> <p>Behov av information om vävnadsintegritet.</p>
Vårdåtgärder	<p>SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans art. Kraftig, molande sårsmärta efter morgonsysslor och efter att patienten varit i rörelse. VAS 6–7.</p> <p>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Läkemedel peroralt. Smärtstillande medel.</p> <p>Uppföljning av läkemedelsverkan Ibuprofen hjälper inte. Läkaren har konsulterats om effektivisering av smärtstillande medel.</p> <p>VÄVNADSIKTEGRITET/Bedömning av mängden sårsekret. Ingen utsöndring i sårförbandet.</p> <p>Utsöndring/med fri text: <i>Efter ingreppet har urineringen och magfunktionen observerats.</i></p> <p>NUTRITION/Måltidsuppföljning. Har ätit frukost med god aptit kl. 07.00</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning i läkemedelsbehandling. Smärtstillande läkemedel Tramal enligt recept.</p> <p>Handledning i läkemedelsbehandling. Patienten har fått information om att sårsmärtan kan pågå i en vecka.</p> <p>Handledning gällande sårvård. Såret kan duschas och sårförbandet får avlägnas följande dag. Stygnen smälter av sig själva.</p> <p>Planering och koordinering av fortsatt vård. Sonen kan gå och hjälpa till, Om smärtan fortsätter kraftigt eller förvärras eller om det uppstår andra frågor, kontakta det givna telefonnumret.</p>
Vårdresultat	<p>SMÄRTBEHANDLING. Status "OF" Oförändrad. Smärta fortfarande (VAS 3–4), behöver smärtstillande läkemedel 2–3 gånger per dag enligt anvisningen. Rörelser ökar smärtan, rör sig försiktigt på grund av smärtan.</p> <p>UTSÖNDRING. Status "OF" Oförändrad. Magen har fungerat 24.9.</p> <p>VÄVNADSIKTEGRITET. Status "OF", säger sig ha förstått anvisningarna för sårvård.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD "BÄT", patienten har förstått anvisningarna för hemvård.</p>
Vårdtyngd	Poäng totalt: 15 p Klass: III Större vårdbehov än genomsnittet (Rafaela klassifikationssystemet för vårdtyngd, Hoiq-mätare)
Plan	SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD. Får åka hem med anvisningar.
Läkemedelsbehandling	LÄKEMEDELSBEHANDLING/Peroral administrering av läkemedel. Har fått Tramadol 1 x 50 mg kapsel mot sårsmärta kl. 7:00.
Annat anteckning	Kirurgiska avdelningen 3, Sjukhuset Sinervä. Sinervägen 4, 26660 Sinervä. Telefon 040 556 6227. Patienten skrevs ut i gott skick med sonen kl. 11. Information har getts om hur de ska gå till väga om problem uppstår. Sari Saarni, sjukskötare.

4 Strukturerad dokumentation av vårdarbetet med hjälp av FinCC-klassificeringen

Centrala strukturerade uppgifter i vårdarbetet bildar innehållsstrukturen för dokumentationen av de dagliga anteckningarna om vårdarbetet. De centrala strukturerade uppgifterna enligt faserna i vårdprocessen (vårdbehov, vårdåtgärder, vårdresultat, vårdtyngd och sammanfattning av vårdarbetet) dokumenteras med hjälp av klassifikationssystemet Finnish Care Classification, dvs. FinCC. FinCC dvs. Finländskt vårdklassifikationssystem består av [klassifikation av vårdbehov \(SHTaL 4.0\)](#), [klassifikation av funktioner inom vårdarbetet \(SHToL 4.0\)](#) och [klassifikation av vårdresultat \(SHTuL 3.0\)](#) (Bild 4.1).

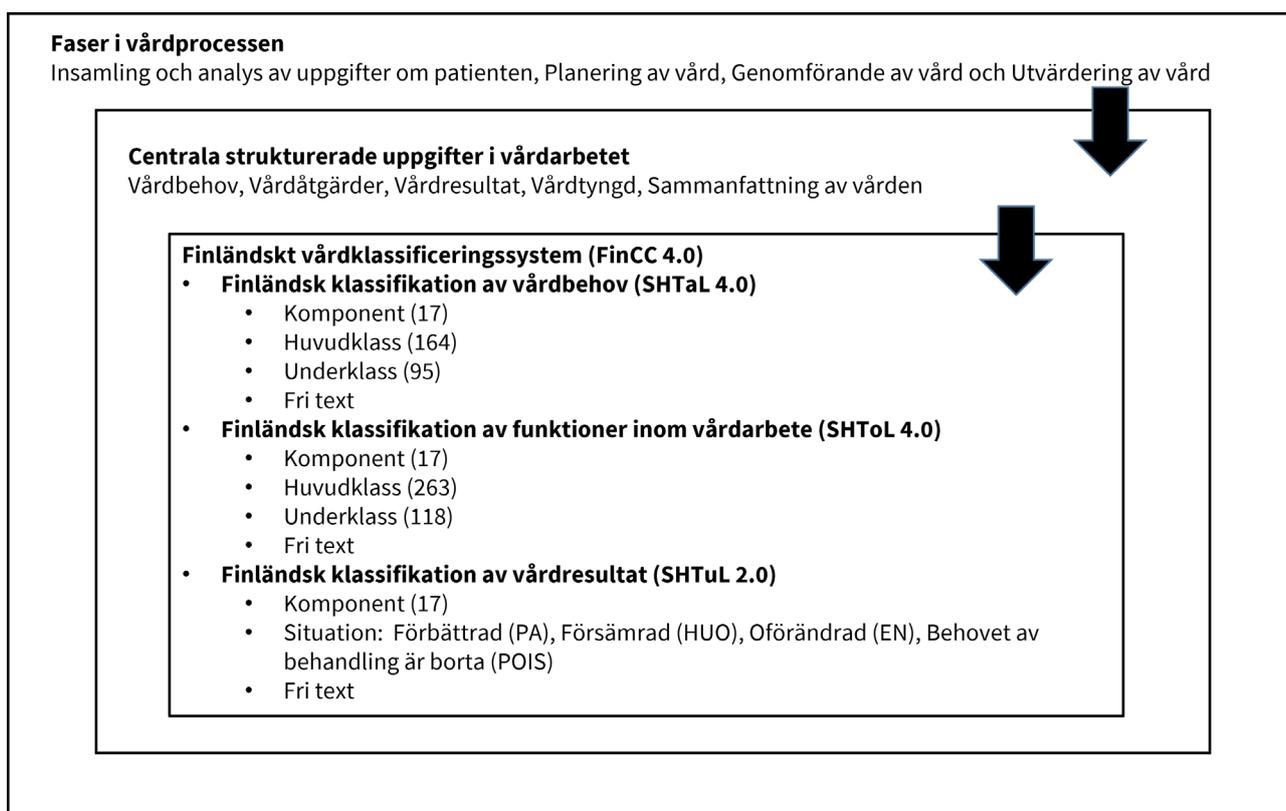


Bild 4.1 Enligt den finländska modellen för dokumentation av vårdarbete FinCC 4.0 (red. Mykkänen 2019). *Antalet huvud- och underklasser har uppdaterats 1.7.2023.*

Klassifikationen av vårdbehov och klassifikationen av funktioner inom vårdarbete används för strukturerad dokumentation av patientens dagliga vård på polikliniker och vårdavdelningar inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Båda klassifikationerna kan användas separat, men den största nyttan fås när de används parallellt. När patientens vårdbehov och den vård som har getts under de olika faserna i vårdprocessen beskrivs med hjälp av klassifikationen av vårdbehov och klassifikationen av funktioner inom vårdarbete får man en konsekvent helhetsbild av patientens hälsotillstånd och förändringarna i detta.

Den finländska klassifikationen av vårdbehov SHTaL och den finländska klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet SHToL består vardera av 17 komponenter, dvs. innehållsområdet för vårdarbetet, och varje komponent innehåller ett varierande antal huvud- och underklasser. I tabell 4.1 beskrivs komponenterna och deras innehåll.

Tabell 4.1 FinCC 4.0 komponenterna (17) och beskrivning av komponentinnehållet.

Komponent	Beskrivning av komponentinnehållet
Ämnesomsättning	Delfaktorer som hänför sig till ämnesomsättning och immunologiska system.
Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner	Delfaktorer som hänför sig till sinnes- och neurologiska funktioner.
Livscykel	Delfaktorer som hänför sig till livsskeden.
Utsöndring	Delfaktorer som hänför sig till matsmältning, urinvägarnas funktion, blödning och övrig eliminering.
Andning	Delfaktorer som hänför sig till lungfunktion och andning.
Samordning av vård och fortsatt vård	koordinering och handledning av multiprofessionell vård, fortsatt vård samt individuella servicebehov.
Smärtbehandling	Delfaktorer som hänför sig till smärta och smärtbehandling.
Vävnadsintegritet	Delfaktorer som hänför sig till status av slem- och hornhinne samt underhudslager.
Läkemedelsbehandling	Delfaktorer som hänför sig till läkemedelsanvändning och förverkligande av läkemedelsbehandling.
Vätskebalans	Delfaktorer som hänför sig till kroppens vätskemängd.
Psykisk funktionsförmåga	Delfaktorer som hänför sig till psykisk funktionsförmåga.
Dagliga funktioner och initiativförmåga	Delfaktorer som hänför sig till initiativförmåga och fysisk funktionsförmåga.
Nutrition	Delfaktorer som hänför sig till att trygga näring och näringsgämnar.
Förmåga att klara sig	Individens eller familjens förmåga att klara svårigheter orsakade av eller relaterade till hälsa, förändringar i denna samt sociala kontakter.
Hälsobeteende	Delfaktorer som hänför sig till hälsofrämjande.
Säkerhet	Säkerhetsrisker som orsakas av patientens självbestämmanderätt, sjukdom eller vårdmiljö.
Cirkulation	Delfaktorer som hänför sig till blodcirkulationen i olika organ.

Den högsta hierarki- eller komponentnivån är en gemensam rubrik för ett ämnesområde som innehåller konkreta huvud- och underklasser. Komponenterna beskriver den mest abstrakta dokumentationsnivån. Klassifikationshierarkin samt antalet huvud- och underklasser i SHTaL- och SHToL-klassifikationerna 4.0 visas på bild 4.1.

I tabell 4.2 och bild 4.1 åskådliggörs hur faserna för beslutsfattande i vården, de centrala strukturerade uppgifterna i vårdarbetet och FinCC-klassifikationen sammankopplas. För bedömningen av patientens vårdbehov insamlas bakgrundsuppgifter om patienten, görs intervjuer och analyseras de insamlade uppgifterna. Som hjälp för att fastställa vårdbehovet används komponenter i klassifikationen av vårdbehovet, huvud- och underklasser, och för behovet kan en säkerhetsgrad fastställas. I planeringsfasen av vården sätts mål upp för den prioriterade behovenliga vården och väljs de planerade vårdåtgärderna genom att använda huvud- och underklasserna i klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet. Vid genomförandet av vården dokumenteras den realiserade vården med hjälp av klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet. Slutligen bedöms vårdresultatet i förhållande till patientens vårdbehov, målet och den genomförda vården samt väljs status för resultat av vården. Patientens vårdtyngd bedöms i allmänhet en gång per dygn med hjälp av den för ändamålet utvecklade mätaren för vårdtyngdsklassificering samtidigt som en bedömning görs av kravnivån för den genomförda vården. Vid utgången av patientens vårdperiod eller servicehändelse görs en sammanfattning av vårdarbetet enligt den nationellt fastställda informationsstrukturen (vårdbehov, vårdåtgärd, vårdresultat, vårdtyngd) som kompletteras med fritt formulerad text.

Tabell 4.2. Dokumentation i enlighet med processmodellen för vårdbeslutsprocessen med hjälp av SHTaL- och SHToL-klassifikationerna.

Faserna i vårdbeslutsprocessen	Central strukturerad uppgift för vårdarbetet	Användning av FinCC-klassifikationen
Fastställande av vårdbehovet: Insamling och analys av uppgifter om patienten.	Vårdbehov	SHTaL med hjälp av huvud- eller underklasser SHTaL och säkerhetsgraden för vårdbehovet fastställs enligt skalan TOD: sannolik eller säker, EP: misstänkt
Planering av vården Slutsatser, dvs. fastställande och prioritering av vårdbehov. Fastställande av mål, dvs. förväntade resultat, och val av vårdåtgärder.		Med hjälp av komponenten SHTaL och/eller huvud- och underklasserna De planerade vårdåtgärderna namnges med hjälp av Med hjälp av SHToL huvud- och underklasser
Genomförande av vården Genomförande av den upprättade vårdplanen.	Vårdåtgärder	Med hjälp av SHToL huvud- och underklasser
Utvärdering av vård Utvärderingen görs i förhållande till vårdbehovet, målen och den genomförda vården. Utvärderingen görs dagligen, efter behov i varje arbetsskift och i samband med förändringar i patientens hälsotillstånd samt alltid när vården avslutas.	Vårdresultat	Med hjälp av SHTuL-komponent Status för vårdresultat: förbättrad PA/ oförändrad EN/ försämrad HUO/ Behovet av behandling är borta POIS och efter behov kompletterad med fritt formulerad text (beroende på datasystem också möjligt att dokumentera på komponent-, huvud- eller underklassnivå)
	Sammanfattning av vårdarbetet	En sammanställning av uppgifter om vårdarbetet som är centrala för vårdperioden och som vid behov kompletteras med hjälp av huvud- eller underklasser i klassifikationen av vårdarbetet och vid behov med fri text. Uppgift om vårdtyngdsklass på förflyttningsdagen numeriskt och verbalt.
	Vårdtyngd	Bedömning av patientens vårdtyngd med mätare för vårdtyngdsklassificering. I mån av möjlighet används uppgifter om den genomförda vården som har dokumenterats med hjälp av FinCC-klassifikationen.

5 Den finländska klassifikationen av vårdbehov SHTaL 4.0

Den finländska klassifikationen av vårdbehov (SHTaL 4.0) presenteras i alfabetisk ordning enligt komponent. Efter varje komponents namn finns en kort beskrivning av innehållet och därefter en noggrannare beskrivning av komponentens innehåll. För varje komponent förklaras centrala begrepp och i synnerhet de begrepp där tolkningssvårigheter kan uppkomma. Beskrivningen av begreppen grundar sig på de verk och undersökningar som tas upp i källförteckningen. I regel nämns inte källorna separat i samband med faktainnehållet.

Efter beskrivningen av innehållet presenteras komponenternas egentliga huvud- och underklasser i tabellform. Huvudklassen är i uppställningen först från vänster och skriven med fet stil och underklasserna under ifrågavarande huvudklass med normal stil. För vissa huvud- och underklasser finns en förklaring som preciserar klassens egentliga term eller begrepp.

Slutligen finns det några exempel på användning av huvud- och underklasser för dokumentation av patientens vårdbehov. Vårdbehoven är vårdpersonalens beskrivning av eventuella nuvarande eller framtida problem som är relaterade till patientens hälsotillstånd och som kan elimineras eller lindras med hjälp av vårdåtgärder. För beskrivningen av vårdbehovet räcker ofta huvud- eller underklassens term som sådan, men enligt behov kan vårdaren med egen med egen fri text komplettera eller precisera den valda huvud- eller underklassen i SHTaL. I många av de dokumentationsexempel som presenteras finns en fritt formulerad precisering av dokumentationen. Denna behövs endast när huvud- eller underklassen inte som sådan är tillräckligt konkret för att beskriva patientens vårdbehov.

Ämnesomsättning

- delfaktorer som hänför sig till ämnesomsättning och immunologiska system.

Komponenten innehåller vårdbehov som beskriver uppföljning, övervakning och behandling av patientens ämnesomsättning, hormonella störningar och immunologiska förändringar. De nya huvudklasserna i version 4.0 är separata klasser för lågt och högt blodsocker. Likaså har nya klasser skapats för frakturrisiker, störningar i lymfcirkulationen och försiktighetsåtgärder i anslutning till infektioner. Med hjälp av dessa är det också möjligt att anteckna och utnyttja uppgifter som framkommit i övervakningen, t.ex. dokumentation av blodsockerresultat direkt från systemet eller apparaten.

Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner

- delfaktorer som hänför sig till sinnes- och neurologiska funktioner

Komponenten innehåller vårdbehov med vars hjälp man beaktar förändringar och störningar i patientens hörsel-, syn-, känsel-, lukt-, smak- och balanssinnen samt hjälpmetoder som främjar sinnesfunktioner. Förändringar i medvetandenivån och neurologiska förändringar kan beskrivas med denna komponent. Nya huvudklasser i denna version är bl.a. förlamningssymtom, ticks och slapphet.

Livscykel

- delfaktorer som hänför sig till livsskeden

Komponenten innehåller vårdbehov som används i hälsosituationer som hänför sig till patientens eller kundens olika livsskeden, till exempel frågor gällande reproduktiv och sexuell hälsa samt vårdbehov som hänför sig till graviditet och förlossning. Nya klasser är arbets- och funktionsförmåga, annalkande död och behov i relation till föräldraskap.

Utsöndring

- delfaktorer som hänför sig till matsmältning, urinvägarnas funktion, blödning och övrig eliminering

Komponenten innehåller vårdbehov som hänför sig till patientens matsmältning, tarmfunktion och urinvägsfunktion. Denna komponent innehåller bl.a. avförings- och urininkontinens, kräkningar och illamående. Patientens vårdbehov kan dokumenteras direkt under huvudklassen som fritt formulerad text.

Andning

- delfaktorer som hänför sig till lungfunktion och andning

Komponenten innehåller vårdbehov som kan användas för dokumentation av patientens andning, mängden och karaktären av andningssekret samt exempelvis syrebrist. Denna komponent innehåller många nya klasser, till exempel hypoventilation, nedsatt och för snabbad andningsfrekvens, avvikande andningsljud, fluktuerande andningsrytm, andningshinder och syrebrist. Målet är att andningskaraktär och -frekvens samt uppföljning av rytmen som dokumenterats i vårdjournalen överförs automatiskt i datasystemet till vårdtabellen genom att använda underklassen. Andning innefattar också slem och rethosta.

Samordning av vård och fortsatt vård

- koordinering och handledning av multiprofessionell vård, fortsatt vård samt individuella servicebehov

Komponenten innehåller patientens vårdbehov, som används när patientens behov av information planeras för hälso- och experttjänster under patientens mottagningsbesök eller vårdperiod eller därefter. Nya klasser i klassifikationsversionen är behov av information om vätskebalans, om smärta, om att röra på sig. Syftet är att ärenden enligt patientens behov av information kan dokumenteras under ifrågavarande klass och att det inte rekommenderas att endast en klass används för att definiera behovet av information.

Smärtbehandling

- delfaktorer som hänför sig till smärta och smärtbehandling

Denna komponent är helt ny i den aktuella versionen av klassifikationen. Den innehåller separata klasser för magsmärta, öronvärk, ryggsmärta, förlossningssmärta. Observera dock att behovet av information om smärta finns i komponenten samordning av vård och fortsatt vård. Vid dokumentation av smärta är det viktigt att identifiera olika delfaktorer som är förknippade med smärtans art och intensitet.

Vävnadsintegritet

- delfaktorer som hänför sig till status av slem- och hornhinne samt underhudslager

Komponenten innehåller huvudklasser som beskriver vårdbehov som hänför sig till hud- och vävnadsintegritet. Komponenten har inga underklasser alls. De nya klasserna i version 4.0 är bl.a. uppmjukning, muskellambå, krosskada, skärsår, sticksår och krossår. Även skottsår och bitsår är nya huvudklasser. I Finland används flera olika skalor för trycksår. Den kanske mest använda är den s.k. Braden-skalan som varit föremål för flest undersökningar och som används i synnerhet i fall med akut insjuknande. I Braden-riskklassifikationsmätaren ingår sex delfaktorer: känselsinne, fukt, aktivitet, rörlighet, nutrition samt friktion och vävnadsuttänjning. Varje faktor poängsätts på skalan 1–4 (förutom friktion och vävnadsuttänjning 3), och det totala poängantalet anger riskklassifikationen. En annan mätare för risken för trycksår är Jacksons och Cubbins mätare, som har utvecklats för att identifiera risken för trycksår hos patienter som får intensivvård. Med denna bedöms risken en gång per dygn, och mätaren har 12 underklasser. Riskbedömningen grundar sig på vårdarens bedömning. Vid dokumentation av risken för trycksår är det viktigt att uppge vilken mätare som har använts och vilket resultat denna mätare har gett.

Läkemedelsbehandling

- delfaktorer som hänför sig till läkemedelsanvändning och genomförande av läkemedelsbehandling.

Komponenten innehåller vårdbehov som används när man dokumenterar behov som framkommer i patientens läkemedelsbehandling. Genom att dokumentera behovet kan man till exempel beskriva läkemedlets verkan, den handledning i läkemedelsbehandling som getts till patienten eller när det är nödvändigt att beskriva en avvikelse till exempel från det normala sättet att administrera läkemedlet (t.ex. krossa läkemedlet) eller administrering av läkemedlet oberoende av patientens vilja. Läkemedelsbehandlingens olämplighet, läkemedlets biverkningar och läkemedelsinteraktioner ingår i denna komponent. En viktig huvudklass är också behov av hjälp med läkemedelsbehandlingen, vilket kan användas när problem med att ta eller dosera läkemedel har identifierats hos

patienten. Vissa behov av läkemedelsbehandling kan också omfatta läkemedelsbehandling som kräver tilläggsuppföljning. Enligt Fimeas anvisningar: Personer med tillstånd att ordinera eller att expediera läkemedel kan anmäla läkemedelsbiverkningar antingen elektroniskt (rekommenderad anmälningsform) eller med Fimeas blankett nr 720, Fimea, Anmälan om misstänkt läkemedelsbiverkning. I dessa används följande klass i dokumentationen av vårdarbetet: Medicinering som kräver särskild uppföljning.

Vätskebalans

- delfaktorer som hänför sig till kroppens vätskemängd

Komponenten innehåller vårdbehov med vilka man kan dokumentera bl.a. risk för störningar i vätskebalansen, uttorkning eller ökad vätskevolym (t.ex. svullnader) hos patienten. Nya klasser som har publicerats i denna version är behov av att reglera vätsketillförsel, ökad vätskevolym, störning i elektrolytbalansen.

Psykisk funktionsförmåga

- delfaktorer som hänför sig till psykisk funktionsförmåga

Komponenten innehåller vårdbehov som hänför sig till den psykiska funktionsförmågan. Komponentens namn har också utvidgats till att utöver psykisk funktionsförmåga även omfatta funktionsförmågan och tillhörande behov. Olika psykiska störningar och sjukdomar är nya huvudklasser i denna version av klassifikationen.

Dagliga funktioner och initiativförmåga

- delfaktorer som hänför sig till initiativförmåga och fysisk funktionsförmåga

Komponentens namn har utvidgats till att också omfatta initiativförmåga. Komponentens innehåller vårdbehov som har identifierats hos patienten i de dagliga funktionerna. Komponentens innehåller redan kända behov, och i vissa huvud- och underklasser har begreppen ändrats för att förtydliga användningen.

Nutrition

- delfaktorer som hänför sig till att trygga näring och näringsämnen

Komponenten innehåller som ny klass bl.a. risk för undernäring. Denna kan användas för att dokumentera risker för undernäring hos patienten. Ändringar har också gjorts i hierarkinivån, dvs. underklasser har flyttats till huvudklassnivån. T.ex. ätsvårigheter och behov av tilläggsnäring finns nu på huvudklassnivån.

Förmåga att klara sig

- individens eller familjens förmåga att klara svårigheter orsakade av eller relaterade till hälsa, förändringar i denna samt sociala kontakter

Nya klasser som har lagts till i komponenten är bl.a. Risk för marginalisering och Levnadsförhållanden som är skadliga för hälsan. Den senare inkluderar också strålningsrisk. Textändringar har gjorts i klasserna i komponenten Förmåga att klara sig för att klasserna ska vara tydligare och lättare att förstå. Behov som hänför sig till försämrade förmåga att klara sig hos anhöriga och närstående personer dokumenteras i en separat handling, om behoven inte hänför sig direkt till vården av den egentliga patienten. Vid dokumentation av uppgifter om patienten används i detta fall Behov av stöd för att klara sig.

Hälsobeteende

- delfaktorer som hänför sig till hälsofrämjande

Komponenten innehåller åtta nya klasser som beskriver patientens beroenden. Dessa är: rusmedelsberoende, motionsberoende, närståendeberoende, nätberoende, köpberoende, spelberoende, sexberoende och läkemedelsberoende. Rusmedelsberoende inkluderar bl.a. alkohol- och nikotinberoende.

Säkerhet

- säkerhetsrisker som orsakas av patientens självbestämmanderätt, sjukdom eller vårdmiljö

Komponenten innehåller en förtydligande definition vid punkten Bärare av smittosam sjukdom ett omnämnande av att den innefattar smittbärare och exponering som bör beaktas i vården.

Cirkulation

- delfaktorer som hänför sig till blodcirkulationen i olika organ

Komponenten innehåller en ny klass, störning i perifer cirkulation. I övrigt används samma klasser i klassifikationen. Svullnad har flyttats till huvudklassnivån, och i samband med denna kan svullnader som orsakats av patientens blodcirkulation dokumenteras.

6 Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete SHToL 4.0

För varje komponent beskrivs och förklaras centrala begrepp och i synnerhet de begrepp där tolkningsvårigheter kan uppkomma. Beskrivningen av begreppen grundar sig på de verk och undersökningar som tas upp i källförteckningen och källorna nämns inte separat i samband med faktainnehållet.

I varje komponent finns exempel på hur klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet har använts antingen i planeringsfasen av vården då s.k. planerade åtgärder fastställts eller hur huvud- och underklasser i klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet har använts för att beskriva det genomförda vårdarbetet. För huvudklassen söks den underklass som används i dokumentationen eller så preciseras dokumentationen av vårdåtgärden med fritt formulerad text, om det är nödvändigt. Utöver fritt formulerad text kan man (beroende på situationen) lagra strukturerade uppgifter genom att välja Ja/Nej eller genom att direkt ange ett uppmätt värde (till exempel vikt = 42 kg).

Ämnesomsättning

- delfaktorer som hänför sig till endokrinologiska och immunologiska system

Komponenten innehåller vårdåtgärder som beskriver uppföljning, övervakning och behandling av patientens ämnesomsättning, hormonella störningar och immunologiska förändringar. I vårdjournalen antecknas observation och behandling av patientens blodsocker samt uppföljning av gulheten hos både nyfödda och vuxna patienter. Olika åtgärder för att isolera en patient hör också till denna komponent. För att identifiera risk för frakturer kan man använda t.ex. WHO:s räknare för risken för frakturer (FRAX).

Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner

- delfaktorer som hänför sig till sinnes- och neurologiska funktioner

Komponenten innehåller vårdåtgärder med vars hjälp man beaktar förändringar och störningar i patientens hörsel-, syn-, känsel-, lukt-, smak- och balanssinnen samt hjälpmetoder som främjar sinnesfunktioner. Uppföljning av medvetandenivå och uppföljning av neurologiska symtom hör också till denna komponent. Funktionen Uppföljning av sinnesfunktioner innefattar också hörsel och syn samt lukt- och smaksinne. Funktionen uppföljning av darrningar innefattar också ticks (TIC-symtom). I bedömningen av medvetandenivån kan GCS användas (Glasgow Coma Scale score).

Livscykel

- delfaktorer som hänför sig till livsskeden

Komponenten innehåller vårdåtgärder som används i hälsosituationer som hänför sig till patientens eller kundens olika livsskeden, till exempel frågor gällande reproduktion och preventivrådgivning samt vård som hänför sig till graviditet och förlossning. Komponenter Livscykel innefattar uppföljning av vård som hänför sig till patientens normala tillväxt och utveckling enligt åldern, till exempel rådgivningskontroller för barn enligt åldern, skolhälsovårdens hälsokontroller för skolelever osv. Även de sista faserna av livscykeln, vård i livets slutskede, kan dokumenteras i denna komponent i samband med genomförande av palliativ vård. Vårdåtgärder som är avsedda för vård av en döende patient används också när man dokumenterar sådant som gäller patienten efter döden. Komponenter Förmåga att klara sig innehåller en vårdåtgärd för stöd för anhöriga och närstående personer.

Utsöndring

- delfaktorer som hänför sig till matsmältning, urinvägarnas funktion, blödning och övrig eliminering

Komponenten innehåller vårdåtgärder som stöder och hjälper patientens behov av vård som hänför sig till matsmältning, tarmfunktion och urinvägar. Denna komponent innefattar också vård och handledning för patienter som lider av illamående och kräkningar samt genomförande av och handledning för dialysbehandling samt beaktande av annan specialiserad verksamhet. Vid insättning av en ineliggande kateter dokumenteras datum,

klockslag, kateterns typ och storlek i vårdjournalen. Med dränsekret avses sekret från alla olika dräner och vävnadsugar. Skötsel av tarmstomier innefattar också alla anknytande vårdåtgärder. Insättning av näs-magsond innehåller både närings- och PEG-sond. Målet är att datasystemet ska se till att inmatningen av det numeriska värdet i vårdjournalen (t.ex. urinmängd) också överförs till vårdtabellen.

Andning

- delfaktorer som hänför sig till lungfunktion, andning och andningsarbete

Komponenten innefattar vårdåtgärder för uppföljning av patientens andning och andningsarbete, andningssekretets mängd och typ, och åtgärder med vilka man främjar och upprätthåller andningen och lungfunktionen. Målet är att andningskaraktär och -frekvens samt uppföljning av rytmen som dokumenterats i vårdjournalen överförs automatiskt i datasystemet till vårdtabellen genom att använda underklassen. Uppföljningen av andningssekret omfattar också slem och hosta. Med blåsning i flaska avses blåsningar mot positivt tryck.

Samordning av vård och fortsatt vård

- koordinering och handledning av multiprofessionell vård, fortsatt vård samt individuella servicebehov

Komponenten innehåller de vårdåtgärder som används för att planera, handleda, samordna och genomföra hälso- och experttjänster som tillhandahålls under eller efter patientens besök på en mottagning eller under patientens vårdperiod.

Förberedelserna inför åtgärden innefattar också patienthandledning, provtagning och undersökningsförberedelser. Med genomförande av åtgärden avses i detta sammanhang åtgärd, provtagning och undersökning. Målet är att det i datasystemet också ska vara möjligt att som innehåll i vårdjournalen utnyttja den finländska åtgärdsklassifikationens koder i den mer exakta klassifikationen. Ordande av hjälpmedel innefattar också madrasser, liggunderlag, sittedynor, madrassöverdrag för förebyggande av trycksår samt specialanordningar. Målet är att man i datasystemet ska kunna använda nomenklaturen för hjälpmedel (ISO 9999 hjälpmedelsklassificering). Tryggandet av patientens rättigheter innefattar också information om patientens rättigheter.

Smärtbehandling

- delfaktorer som hänför sig till smärta och smärtbehandling

Denna komponent innefattar uppföljning av patientens smärtor och olika behandlingsmetoder. Smärtans placering och intensitet kan bedömas både i vila och rörelse. Vid mätning av smärtintensiteten används till exempel mätarna VAS, NRS eller VDS. För bedömning av smärtans art och tidsbundenhet finns en underklassifikation för att förenhetliga dokumentationen. Med bedömning av smärtans längd avses till exempel smärta som varat i flera timmar. Med tidsbundenhet avses smärta som är till exempel kontinuerlig eller situationsspecifik. Vårdåtgärder som innefattar läkemedelsfri smärtbehandling finns som underklasser, till exempel vattenterapi vid förlossning. Avslappningsmetoder innefattar också bland annat användning av musik. Med medvetenhetsträning avses till exempel Mindfulness-metoder.

Vävnadsintegritet

- delfaktorer som hänför sig till status av slem- och hornhinnor samt underhudslager inkl. hudtagningsställe, hudtransplantation och hudflikar

Komponenten innehåller vårdåtgärder som beskriver uppföljning av hudens och slemhinnornas kondition, uppföljning och behandling av huden samt behandlingsmetoder för eksem. Komponentens innehåller dessutom vårdåtgärder för mun- och ögonvård samt uppföljning av och behandlingsmetoder för olika sår. På huvudklassnivå dokumenteras alla aktiviteter i vårdarbetet för olika sår, till exempel brännskador, frostsador, trycksår och bensår. Med hjälp av underklasserna försöker man förtydliga och förenhetliga dokumentationen av sårvård. Uppföljning av sårsekret innefattar uppföljning av sekret från såret, hudtagningsstället och fliken. Bedömningen av risk för trycksår innefattar också att lagra uppgifter från en riskmätare. *Läs om användning av riskmätare för trycksår i avsnittet SHTaL.*

Läkemedelsbehandling

- delfaktorer som hänför sig till läkemedelsanvändning och genomförande av läkemedelsbehandling.

Komponenten innehåller vårdåtgärder som används för att dokumentera planerade åtgärder i syfte att uppnå målen för vården inom delområdet patientens läkemedelsbehandling samt beskriva genomförandet av patientens läkemedelsbehandling. Patientens medicinering, inklusive olika preparat och administreringstider dokumenteras i avsnittet läkemedelsbehandling i patientjournalen. Medicinering som ges till patienten enligt behov (t.ex. smärtstillande läkemedel) dokumenteras som administreringsanteckning i det för ändamålet reserverade fältet i patientjournalen, men det är särskilt viktigt är att det av vårdjournalen framgår varför det behövliga läkemedlet har administrerats och att man efter administreringen bedömer läkemedlets verkan. Med dokumentationen kan man till exempel beskriva läkemedlets verkan, den handledning i läkemedelsbehandling som getts till patienten eller när det är nödvändigt att beskriva en avvikelse till exempel från det normala sättet att administrera läkemedlet (t.ex. krossa läkemedlet) eller administrering av läkemedlet oberoende av patientens vilja. Uppföljningen av ett läkemedelsverkan innefattar också läkemedelsbehandling som kräver extra uppföljning och som tas upp i SHTaL (Svart triangel med spetsen neråt som finns i läkemedlets bipacksedel).

Vätskebalans

- delfaktorer som hänför sig till kroppens vätskemängd

Komponenten innehåller vårdåtgärder med vilka man följer upp patientens vätskebalans, behandlar och korrigerar de förändringar som förekommer i denna. Insättning och avlägsnande av venkanyler och säkerställande av kanylernas funktion finns i denna komponent, eftersom ovan nämnda behandlingsåtgärder är en förutsättning för intravenös administrering av vätskor och blodpreparat. Tidpunkten för insättningen av venkanylen, kanylens storlek och dess placering antecknas i vårdjournalen. Administrering av blodpreparat kan användas alltid då man för patienten planerar olika blodpreparat och ger dessa till patienten i syfte att korrigera en onormalt liten blodvolym. Med beräkning av vätskebalansen avses åtgärder som vårdaren vidtar (t.ex. användning av vätskelista och beräkning av vätskebalansen med hjälp av den).

Psykisk funktionsförmåga

- delfaktorer som hänför sig till psykisk funktionsförmåga

Komponenten innehåller vårdåtgärder inom vårdarbetet med vilka man följer upp patientens psykiska tillstånd och sinnesstämning, identifierar eventuella störningar i beteendet och observationsförmågan och strävar efter att skapa och upprätthålla vårdrelationen till exempel med hjälp av terapimetoder. Dessutom innehåller komponenten vårdåtgärder som hjälper patienten att uppnå sin psykiska funktionsförmåga, såsom att använda olika terapiformer och stärka förståelsen för verkligheten.

Vid genomförande av isoleringsvård dokumenteras uppföljningen under isoleringen och vid avslutningen av isoleringsvården aktuella frågor efter att isoleringen har upphört. Egenskötardiskussion ingår i genomförandet av terapimetoderna.

Dagliga funktioner och initiativförmåga

- delfaktorer som hänför sig till initiativförmåga, fysisk funktionsförmåga och patientens delaktighet

Komponenten innehåller vårdåtgärder med hjälp av vilka man ombesörjer, stöder och hjälper patienten att klara av de dagliga sysslorna på egen hand, såsom att tvätta sig, äta, röra sig, gå på toaletten och uträtta allmänna ärenden. Dessutom innehåller komponenten åtgärder för att begränsa aktiviteten, dokumentation av uppföljningen av sömn- och vakenhetstillstånd. Bedömning av den fysiska funktionsförmågan innefattar mätning av den fysiska funktionsförmågan (till exempel Barthel-indexet). I mun- och tandvården ingår också rengöring av tandprotes. Med assistans i vardagssysslor avses åtgärder som inte utgör vård, till exempel att bära ved hos kunden eller assistera vid matuppköp.

Nutrition

- delfaktorer som hänför sig till att trygga näring och näringsämnen

Komponenten innehåller vårdåtgärder med vilka man följer upp, tryggar och tar hand om delfaktorer som hänför sig till patientens, inklusive babys, nutrition. Vårdaren kan planera patientens behov av näringstillskott tillsammans med patienten och näringsterapeuten och genomföra sondmatning som har planerats för patienten. Vid uppföljning

av babyns nutrition dokumenterar man hur amningen av babyn lyckas och hur mycket tilläggsmjölk babyn får. De värden som antecknats i vårdjournalen, såsom vikt, längd och midjemått, överförs automatiskt till vårdtabellen i datasystemet. Vid bedömningen av risken för undernäring används riskmätarna NRS 2002, MNA och MUST. När genomförandet av en specialdiät dokumenteras kan datasystemet klassificera uppgifterna i enlighet med THL:s Typ av specialdiät. Genomförande av intensifierad kostbehandling omfattar kompletterande näringspreparat, intravenös näringstillförsel, servering av favoriträtter och kosttillskott. Med applicering och avlägsnande av näringssond avses förutom näs-magsond även PEG-sond.

Förmåga att klara sig

- individens eller familjens förmåga att klara svårigheter orsakade av eller relaterade till hälsa, förändringar i denna samt sociala kontakter

Komponenten innehåller vårdåtgärder som stöder patientens och/eller familjens förmåga att klara av olika förändringar i livet och hälsotillståndet och problem med sociala kontakter. Med vårdåtgärderna strävar man också efter att stärka patientens egna resurser och hjälpa patienten att hitta nya modeller för att klara sig. Stöd till anhöriga och närstående omfattar alla former av kommunikation, såsom telefonsamtal eller kontakter via andra kommunikationsmedel, där man diskuterar situationen eller ger psykiskt stöd till patientens närkrets. Även diskussioner enligt arbetsmetoden Föra barnen på tal ingår i denna vårdåtgärd. Till stödet för den sociala funktionsförmågan hör förutom växelverkan även psykiskt stöd, som tar sig uttryck i medkänsla, vänlighet, tröstande ord och varma handtryckningar. Stöd i kommunikationen omfattar identifiering av tanke- och talstörningar samt användning av tolktjänster, som varje patient har rätt till vid behov.

Hälsobeteende

- delfaktorer som hänför sig till hälsofrämjande

Komponenten innehåller vårdåtgärder med vilka man följer upp levnadsvanorna, utreder beroenden, försöker främja engagemang i vården och hälsan. Vårdåtgärden för att främja vårdengagemang kan också användas för upprättande av vårdavtal samt delaktighet i planering och genomförande av vården. Utredning av motionsvanor innefattar också utredning av motionsberoende. För utredning av missbruk antecknas också AUDIT-C, AUDIT-resultat eller resultat från Fagerströms mätare. AUDIT-C används primärt som den första mätaren för rusmedelsanvändning. Om resultatet förutsätter att AUDIT med 10 frågor utförs, kan denna utföras utöver AUDIT-C.

Säkerhet

- säkerhetsrisker som orsakas av patientens självbestämmanderätt, sjukdom eller vårdmiljö

Komponenten innehåller vårdåtgärder med hjälp av vilka man strävar efter att öka och säkerställa patientens yttre säkerhet till exempel genom att ordna en säker miljö för vården av patienten och beakta eventuella olycksrisker (t.ex. fallolyckor). Ibland är det med tanke på patientens säkerhet och målen för vården nödvändigt att begränsa patientens rörlighet och kontakt samt kontrollera patientens hotfulla beteende bl.a. genom att lugna patienten med spännbälten. I sådana fall ska man följa anvisningarna i lagstiftningen om användning av spännbälten och dokumentera åtgärderna i patientjournalen. Datasystemet ska stöda dokumentationen av datum och klockslag i enlighet med de anvisningar gällande begränsningar som finns i lagstiftningen. Nödvändig vård oberoende av motstånd inkluderar begreppet tvångsvård, vars innehåll har fastställts i lagstiftningen. Användning av begränsande anordningar eller klädesplagg innefattar fastspänning, spänntäcken samt annan utrustning och andra kläder för detta ändamål. Åtgärden att hålla i famnen inkluderar även hudkontakt. Bedömning av risk för fallolyckor inkluderar mätarna FROP-Com- och FRAT (kort och omfattande), TUG-mätaren samt UKK-institutets test för bedömning av risk för fallolyckor. Vid dokumentation av konstaterande av olycksfall finns det underklasser för huruvida det aktuella olycksfallet gett upphov till men för patienten eller inte. På THL:s webbplats finns mer information om information om verktyg för bedömning av risk för fallolyckor och förebyggande av dessa. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/iakkaiden-tapaturmat/kaatumiset-ja-putoamiset/kaatumisvaaran-arviointi> (endast på finska)

Cirkulation

- delfaktorer som hänför sig till blodcirkulationen i olika organ

Komponenten innehåller vårdåtgärder för uppföljning och främjande av blodcirkulationen i olika organ, bland annat uppföljning av blodtryck, puls och hjärtrytm, hudfärg och -temperatur värme samt ombesörjande av lägesbehandling som upprätthåller blodcirkulationen. Uppföljning av kroppstemperatur, blodtryck, puls och rytm som har dokumenterats i vårdjournalen överförs automatiskt i datasystemet till vårdtabellen genom att använda underklassen. Ombesörjande av kroppens värmebalans innefattar att höja, sänka och upprätthålla temperaturen. Den vårdåtgärd som är avsedd för uppföljning av hjärtrytmen används också för dokumentation av EKG. Med förebyggande behandling av svullnad avses bland annat medicinska vårdstrumpor, högläge, flerskiktsförband, elastiska förband och kompression. Hjärt-lungräddning omfattar både grundläggande och avancerad hjärt-lungräddning.

7 Dokumentationsexempel

I följande riktgivande exempel beskrivs hur den strukturerade dokumentationen av vårdarbetet genomförs i enlighet med FinCC 4.0. I vissa exempel betonas särskilt dokumentation på underklassnivå i klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet (SHToL), vilket underlättar användningen och gör den smidigare i genomförandet av vårdprocessen, dvs. vårdåtgärderna. I dessa exempel har smidig och lättanvänd dokumentation av vårdåtgärder beskrivits bl.a. med 0-tecknet, vilket innebär att användaren väljer antingen Ja eller Nej för informationsstrukturen. Exempelen kan också innehålla annan dokumentation om genomförandet av vårdarbetet under en dag eller ett dygn, men i dessa exempel har man fokuserat på att skapa en modell för det temaområde som exemplet beskriver.

Exempel: Vårdarens dokumentation av mottagande. FinCC 4.0. FinCC-expertgrupp 2.12.2019/rev. 17.8.2023

Hos patienten har andningsinsufficiens konstaterats, misstanke om astma				
Ankomstorsak: Kommer för ett besök till skötarmottagningen på lungpolikliniken för att lära sig PEF-mätning				
FASER I VÅRDPROCESSEN				
PLANERING AV VÅRDEN			GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN	VÅRDRESULTAT
Vårdbehov	Målet för vården	Planerade vårdåtgärder	Vårdåtgärder	Utvärdering av vård
SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/ Behov av information för åtgärd Undervisning om PEF-mätning, besök på sjukskötarmottagning	SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/ Behov av information för åtgärd Lär sig att använda PEFmätaren och motiveras för egenvård	SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning för andning Får instruktioner om hur mätaren används och handledning om egen uppföljning ANDNING/Genomförande av andningsövningar	SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning för andning Genomgång av principerna för PEF-mätaren, underhåll och hopsättning av anordningen. ANDNING/Genomförande av andningsövningar Gjort andningsövningarna under handledning.	SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD Kan sätta ihop och sköta underhållet av mätaren. Kan fylla i uppföljningsblanketten och vet hur mätningarna ska göras varje dag. ANDNING Blåsningstekniken är delvis bristfällig, blåser ut via kinderna, trots anvisningarna Status för vårdresultat PA Förbättrad

Exempel: Dokumentation av vård för patient som lider av undernäring. FinCC 4.0. FinCC-expertgrupp 2.12.2019/uppdaterad 17.8.2023.

Patienten lider av aptitlöshet och risktillstånd för undernäring Ankomststatus: Patienten har pågående aktiva cancerbehandlingar. Risk för undernäring har konstaterats, därför har patienten tagits in för avdelningsvård, kartläggning av näringstillståndet och nutritionsvård.				
FASER I VÅRDPROCESSEN				
PLANERING AV VÅRDEN			GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN	VÅRDRESULTAT
Vårdbehov	Målet för vården	Planerade vårdåtgärder	Vårdåtgärder	Utvärdering av vård
<p>NUTRITION/Risk för undernäring 1.10 NRS-2002 4 poäng: Måttlig risk för undernäring. Aktiva cancerbehandlingar pågår.</p> <p>NUTRITION/Störning i näringsintaget/Aptitlöshet Aptitlöshet, maten smakar inte. Vikten visar en nedgång.</p> <p>UTSÖNDRING/Illamående Illamående.</p> <p>NUTRITION/Behov av specialdiet Energi- och proteinrik diet.</p>	<p>NUTRITION/risk för undernäring Aptiten förbättras, näringstillståndet förbättras och viktminskning sker inte.</p> <p>UTSÖNDRING/Illamående Illamåndet lättar.</p>	<p>NUTRITION/Nutritionskartläggning Ny screening av risken för undernäring varje vecka, följande gång 8.10.</p> <p>NUTRITION/Uppföljning av måltider Måltider och självständigt intag av föda följs upp. Kliniska näringspreparat erbjuds. En god måltidsställning säkerställs.</p> <p>UTSÖNDRING/Förebyggande och behandling av illamående eller kräkningar Favoriträtter serveras. Små, svala måltidsportioner serveras med 2-3 timmars mellanrum. En halv timme före måltiderna ges läkemedel mot illamående.</p> <p>NUTRITION/Förverkligande av specialdiet Energi- och proteinrik diet.</p> <p>NUTRITION/Viktkontroll Vägning mån, tors.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning gällande nutrition Patienten får anvisningar om cancerpatientens nutrition och en skriftlig handbok om detta.</p>	<p>NUTRITION/Nutritionskartläggning 8.10 NRS2002 3 poäng.</p> <p>NUTRITION/Viktkontroll 73 kg, pelarvåg.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Samordning av experttjänster. Samtal till näringsterapeut om nutritionsplan. Sätter sig in i patientens frågor och återkommer.</p> <p>UTSÖNDRING/Förebyggande och behandling av illamående eller kräkningar Enligt önskemål har en liten mängd avkyld purésoppa serverats till middag. Fått läkemedel mot illamående planenligt före måltiden.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning gällande utsöndring Handledning och uppmuntran om att röra sig på avdelningen för att få magen att fungera.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning gällande nutrition Diskussion om cancerpatientens nutrition, patienten har fått patientguide: näringsguide för cancerpatienter</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning om munvård Handledning och uppmuntran för god munvård. Återfuktande sugtablett har getts för att lindra muntorrheten.</p>	<p>NUTRITION Illamåndet har lindrats och nu smakar maten bättre. Får ner favoriträtter i små mängder per gång och dricker 2 doser näringstillskott per dag. Viktminskningen har stannat upp, vikten är oförändrad. Risken för undernäring har minskat.</p> <p>Intensifierad näringsterapi fortsätter. En näringsterapeut deltar i vården. Patienten behöver fortfarande läkemedel mot illamående.</p> <p>Status för vårdresultat PA Förbättrad</p>

Exempel: Dokumentation av smärtbehandling. FinCC 4.0. FinCC-expertgrupp 2.12.2019/uppdaterad 17.8.2023.

Smärthandling, knäoperationspatient Ankomststatus: Patienten har långt framskriden knäledsförlitning, anländer för en planerad knäprotesoperation.				
FASER I VÅRDPROCESSEN				
PLANERING AV VÅRDEN			GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN	VÅRDRESULTAT
Vårdbehov	Målet för vården	Planerade vårdåtgärder	Vårdåtgärder	Utvärdering av vård
SMÄRTBEHANDLING/Smärta i samband med ingrepp Protetisering av höger knä, första dagen efter operationen	SMÄRTBEHANDLING/Smärta i samband med ingrepp Obetydlig smärta i operationsområdet, VAS 1–3	SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans längd Uppföljning samt uppskattning av smärtförnimmelens längd SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans art PCEA-infusion 2–6 ml/h enligt smärtförnimmelserna och infusionsresponsen Uppföljning av blodtryck och puls SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans art SMÄRTBEHANDLING/Mätning av smärtintensitet i vila Bedömning av smärtan med VAS-mätare SMÄRTBEHANDLING/Mätning av smärtintensitet i rörelse Bedömning av smärtan med VAS-mätare SMÄRTBEHANDLING/Läkemedelsfri smärtbehandling/Kylbehandling Kylförpackning på knäet vid behov SMÄRTBEHANDLING/Läkemedelsfri smärtbehandling/Lägesbehandling Stödkuddar runt knäet och benet LÄKEMEDELSBEHANDLING/Uppföljning av läkemedelsverkan PCEA-infusion enligt separat anvisning	SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans längd Periodisk stickande smärta närmast när patienten rör på benet. SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans tidsbundenhet/Periodisk smärta <input type="radio"/> Ja kl. 8 <input type="radio"/> Ja kl. 12 <input type="radio"/> Ja kl. 18 SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans art Stickande smärta <input type="radio"/> Ja kl. 8 <input type="radio"/> Ja kl. 12 <input type="radio"/> Ja kl. 18 SMÄRTBEHANDLING/Mätning av smärtintensitet i vila VAS 4 kl. 11 VAS 3 kl. 13 VAS 2 kl. 18 SMÄRTBEHANDLING/Mätning av smärtintensitet i rörelse VAS 7 kl. 10 VAS 6 kl. 14 VAS 4 kl. 17 SMÄRTBEHANDLING/Läkemedelsfri smärtbehandling/Kylbehandling <input type="radio"/> Ja kl. 8 SMÄRTBEHANDLING/Läkemedelsfri smärtbehandling/Lägesbehandling <input type="radio"/> Ja kl. 14 LÄKEMEDELSBEHANDLING/Uppföljning av läkemedelsverkan PCEA-infusionsdosen sänkt på kvällen till 4 ml/h, samma dos hela natten. Denna dos är nu tillräcklig, och smärtan är under kontroll.	SMÄRTBEHANDLING Periodisk stickande smärta närmast när patienten rör på benet eller rör på sig. VAS har varit mellan 2 och 7. PCEA-infusion 6 ml/h–4 ml/h enligt smärtan. God respons på infusionen. Goda blodtrycksvärden på morgonen och kvällen, syst. 120–145, diast. 62–83, pulsen normal. I samband med lägesvården har patienten hållit en kylförpackning på knäet en stund, anser att denna hjälper, likaså stödkuddarna. Status för vårdresultat PA Förbättrad

Exempel: Dokumentation av vård för patient som lider av depression. FinCC 4.0. FinCC-expertgrupp 2.12.2019/uppdaterad 17.8.2023.

Patient som lider av depression och som vårdas på psykiatrisk vårdavdelning. Ankomststatus: Tidigare flera vårdperioder för depression inom den specialiserade sjukvården. Patienten har själv sökt sig till vård via företagshälsovården då hen upplevt att hen inte längre orkar och humörsvängningarna blir tunga.				
FASER I VÅRDPROCESSEN				
PLANERING AV VÅRDEN			GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN	VÅRDRESULTAT
Vårdbehov	Målet för vården	Planerade vårdåtgärder	Vårdåtgärder	Utvärdering av vård
<p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA /Depressivitet Period med svår grad av depression som tar sig uttryck i sömnsvårigheter och ångest.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Kronisk smärta Långvariga kraftiga ryggsmärtor som man inte hittat någon tydlig orsak till. Promenader förvärrar symtomen.</p>	<p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA /Depressivitet Får stöd för att finna livsglädjen, BDI < 5</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Kronisk smärta Lära sig leva med ryggsmärtorna, VAS 0–3</p>	<p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA /Uppföljning av sinnesstämning</p> <p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA/ Bedömning av psykisk funktionsförmåga BDI mätning</p> <p>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Läkemedel peroralt Vid behov Temesta 1 mg enligt separat anvisning mot ångest</p> <p>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Uppföljning av läkemedelsverkan</p> <p>FÖRMÅGA ATT KLARA SIG/Bedömning av förmågan att klara sig</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans art</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Mätning av smärtintensitet i vila VAS mätning Vid behov Panacod p.o. 1 x 3–6/dygn mot ryggsmärta</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Genomförande av åtgärd Idag röntgenundersökning av ryggen kl. 9.00, vårdare med</p>	<p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA /Uppföljning av sinnesstämning Vaknade pigg på morgonen och deltog flitigt i morgonsysslorna. Deltog i morgongruppen, drog sig därefter tillbaka till sitt rum. Verkar ångestfylld och orolig, tar avstånd från kontakter. Bad själv om lugnande läkemedel mot sitt psykiska illamående. På eftermiddagen var sinnesstämningen något bättre. Tillbringade tid i de gemensamma utrymmena och umgicks glatt.</p> <p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA / Bedömning av psykisk funktionsförmåga BDI 8 kl. 10.00</p> <p>FÖRMÅGA ATT KLARA SIG/Bedömning av förmågan att klara sig Anser själv att hen har haft mycket program i dag, ryggröntgen och besök hos en sjukskötare gällande sömnapné. Hen har på grund av dessa varit tvungen att gå en del på sjukhusområdet och därför har ryggsmärtan varit kraftig sedan middagstid.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans art/Stickande smärta 0 Ja</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtintensitet i vila VAS 7 kl. 12.00 VAS 1 kl. 15.00</p> <p>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Läkemedel peroralt Temesta 1 mg kl. 11.00 mot ångest. Panacod 1 kl. 12.05 mot ryggsmärtor.</p> <p>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Uppföljning av läkemedelsverkan Ångesten har avtagit tack vare det behövliga läkemedlet. Det smärtstillande läkemedlet har lindrat ryggsmärtan.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Genomförande av åtgärd Har varit på röntgenundersökning. Rtg-utlåtande för ryggen kan läsas på datorn från och med i morgon på förmiddagen.</p>	<p>PSYKISK FUNKTIONSFÖRMÅGA Fler humörsvängningar idag än under de senaste dagarna. Ber vid behov om läkemedel för psykiskt illamående. I samband med ryggsmärtor uppkommer ångest lätt.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING Idag periodisk kraftig ryggsmärta som uppkommer särskilt efter rörelse och sittande. Har behövt smärtstillande läkemedel endast en gång och det hjälpte bra. VAS 1–7.</p> <p>Status för vårdresultat EN Oförändrad</p>

Exempel: Dokumentation om trycksår. FinCC 4.0. FinCC-expertgrupp 2.12.2019/uppdaterad 17.8.2023.

Patienten har trycksår i korsryggen. Ankomststatus: Äldre, något minnessvag sängbunden patient som är intagen för långtidsvård. Ett trycksår har uppkommit i korsryggen. Risk för trycksår också på andra kroppsdelar som utsätts för tryck.					
FASER I VÅRDPROCESSEN					
Vårdbehov	Målet för vården	PLANERING AV VÅRDEN		GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN	VÅRDRESULTAT
		Planerade vårdåtgärder		Vårdåtgärder	Utvärdering av vård
<p>VÄVNADSIINTEGRITET/Trycksår</p> <p>Trycksår kategori I (painehaavahelpperi KATEGORIER: I-IV) vid sacrum, runt sår, 5 cm i diameter.</p> <p>Stor risk för trycksår, Braden-mätare: 11p 1.10.2019.</p> <p>Sängbunden patient.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Risk för hudskada</p> <p>Rodnad på båda hämlarna.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Smärta relaterad till vävnadsskada</p> <p>Smärtor i kroppsdelar som utsätts för tryck.</p>	<p>VÄVNADSIINTEGRITET/Trycksår</p> <p>Trycksåret vid sacrum läks, rodnaden minskar.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Risk för hudskada</p> <p>Nya trycksår uppkommer inte, och rodnaden på hämlarna avtar.</p> <p>Risken för trycksår minskar.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Smärta relaterad till vävnadsskada</p> <p>Smärtorna lindras genom god lägesbehandling.</p>	<p>VÄVNADSIINTEGRITET/Bedömning av risk för trycksår</p> <p>Bedöm risken för trycksår med Braden-mätaren minst en gång per vecka. Använd painehaavahelpperi för att bedöma trycksårets kategori (I-IV) dagligen.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Bedömning av hudens kondition/Hudrodnad</p> <p>Bedöm dagligen i samband med vårdåtgärder hudrodnaden vid sacrum, på hämlarna samt andra kroppsdelar som utsätts för tryck.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Applicering av sårbandage/Applicering av silikonplatta på hud</p> <p>Byts vid behov.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans tidsbundenhet/Smärta vid specifika tillfällen</p> <p>Bedöm smärtan i kroppsdelar som utsätts för tryck i samband med vårdåtgärder och lägesändringar.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Läkemedelsfri smärtbehandling/Lägesbehandling</p> <p>Lägesändringar med hjälp av ett lyfttalan från sida till sida, med stöd av kuddar och med lutning på 30 grader minst varannan timme.</p> <p>Hämlarna stöds så att de inte rör vid madrassen, kudde under vaderna.</p> <p>UTSÖNDRING/Behandling av urininkontinens</p> <p>Måste torkas ofta, riklig inkontinens.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Hudvård och behandling av hudförändringar</p> <p>Man ombesörjer att huden är ren genom god basvård.</p> <p>Huden smörjs morgon och kväll för att upprätthålla fuktbalansen.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Applicering av sårbandage/Filmförband eller hudkräm appliceras</p> <p>Barrier-salva appliceras vid blöjbyte för att skydda huden i blöjområdet mot fukt.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Ordning av hjälpmedel för kunden</p> <p>3.10 En tryckmadrass placeras i sängen.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning om hur patienten kan röra på sig</p> <p>Uppmuntran att med beaktande av funktionsförmågan och på eget initiativ byta läge i sängen.</p> <p>NUTRITION/Nutritionskartläggning</p> <p>2.10 NRS2002 5p. Allvarlig risk för undernäring. Ny screening om en vecka eller enligt näringsterapeutens anvisning.</p> <p>NUTRITION/Uppföljning av måltider</p> <p>Måltider och självständigt intag av föda följs upp. Hjälpt med ätandet enligt behov. Kliniska näringspreparat erbjuds. Lyfts upp i måltidsställning med höjd sänggavel.</p> <p>NUTRITION/Förverkligande av specialdiät</p> <p>Energirik diet.</p> <p>NUTRITION/Vikt kontroll</p> <p>Vägning mån, ons, fre.</p> <p>VÄTSKEBALANS/Tryggande av vätskebalans</p> <p>Vätskelista, mål för vätskeintag 2000 ml/dygn. Vid behov intravenös vätskebehandling.</p>	<p>VÄVNADSIINTEGRITET/Bedömning av risk för trycksår</p> <p>Braden: 14p. mätlig risk för trycksår, rodnad kan inte avlägsnas, trycksår grad I.</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Bedömning av hudens kondition/Torr hud</p> <p>0 Ja</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Bedömning av hudens kondition/Hudrodnad</p> <p>0 Ja</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Applicering av sårbandage/Applicering av silikonplatta på hud</p> <p>0 Ja</p> <p>VÄVNADSIINTEGRITET/Hudvård och behandling av hudförändringar</p> <p>Huden smörjd med bassalva i samband med morgontvätten. Barrier-salva har applicerats på huden vid blöjområdet.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Bedömning av smärtans tidsbundenhet/Smärta vid specifika tillfällen</p> <p>0 Ja</p> <p>SMÄRTBEHANDLING/Läkemedelsfri smärtbehandling/Lägesbehandling</p> <p>0 Ja</p> <p>0 Ja</p> <p>0 Ja</p> <p>UTSÖNDRING/Behandling av urininkontinens</p> <p>Har torkats, rikligt med urin i blöjan.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Handledning om hur patienten kan röra på sig</p> <p>Uppmuntran att med beaktande av funktionsförmågan och på eget initiativ ändra läge i sängen.</p> <p>NUTRITION/Vikt kontroll</p> <p>95 kg, sittvåg</p> <p>NUTRITION/Uppföljning av måltider</p> <p>Nutridrink Compact Protein näringstillskott serverats vid lunch, smakade gott.</p> <p>SAMORDNING AV VÅRD OCH FORTSATT VÅRD/Samordning av experttjänster.</p> <p>Samtal till näringsterapeut om nutritionplan. Sätter sig in i patientens frågor och återkommer.</p> <p>VÄTSKEBALANS/Tryggande av vätskebalans/Vätskebehandling per os</p> <p>På vätskelistan 1000 ml. Uppmanats att dricka tillräckligt.</p>	<p>VÄVNADSIINTEGRITET</p> <p>Risken för trycksår har minskat. Vänster häl är rödare än vänster häl, även om rodnaden har minskat. Vid sacrum fortfarande lindrig rodnad, sårbottnen snygg.</p> <p>SMÄRTBEHANDLING</p> <p>Sacrumområdet och vänstra hälen fortfarande smärtande vid beröring. Kan i viss mån ändra och korrigera läget i sängen på egen hand. Man bör fortfarande se till att lägesbehandlingen genomförs regelbundet.</p> <p>NUTRITION</p> <p>En näringsterapeut deltar i vården, nutritionplanen iaktas. Ibland smakar maten bättre och patienten äter tidvis på egen hand, behöver dock hjälp. Vikten ökar.</p> <p>VÄTSKEBALANS</p> <p>Måste påminnas om att dricka. Behöver hjälp med att dricka.</p> <p>Status för vårdresultat</p> <p>EN Oförändrad</p>	

Källor

Clinical Care Classification (CCC) System. 2017. Tillgänglig på: www.sabacare.com

Ensio, Anneli, Saranto, Kaija (2004) Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry Helsingfors.

FCG, Finnish Consulting Group Oy RAFAELA™ Hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Hämtad 6.7.2023

<https://www.fcg.fi/palvelut/sosiaali-ja-terveyspalvelut/soten-tiedolla-johtaminen/rafaela/>

Hassinen, Tiina, Kinnunen Ulla-Mari, Härkönen Mikko. Handbok om dokumentation: Vårdjournaler. Institutet för hälsa och välfärd THL 06/2023, elektronisk version <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULRKHK>

Häyrinen, Kristiina. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Östra Finlands universitet. Doktorsavhandling. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio. Tillgänglig på: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf

Kauvo, Taina ja Virkkunen, Heikki (red.) Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter. THL (elektronisk publikation) <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

Kinnunen Ulla-Mari. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Wound Care Documentation Model: A Innovation for Clinical Nursing. University of Eastern Finland. Faculty of Social Sciences and Business Studies, 2013. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 60. Tillgänglig på: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1209-1/urn_isbn_978-952-61-1209-1.pdf

Kinnunen Ulla-Mari, Junttila Kristiina, Liljamo Pia, Sonninen Ansa, Härkönen Mikko, Ensio Anneli. 2014. FinCC and the national documentation model in EHR – user feedback and development suggestions. Stud Health Technol Inform 201: 196– 202. Tillgänglig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24943544>

Kinnunen Ulla-Mari, Heponiemi Tarja, Rajalahti Elina, Ahonen Outi, Korhonen Teija, Hyppönen Hannele. 2019. Factors Related to Health Informatics Competencies for Nurses-Results of a National Electronic Health Record Survey. CIN: Computers, Informatics, Nursing Aug;37(8) (2019),420-429. DOI: 10.1097/CIN.0000000000000511

Kinnunen Ulla-Mari, Härkönen Mikko, Kuusisto Anne, Liljamo Pia, Nissinen Sari, Ukkola Timo. Updating the FinCC: A survey of nurses' and nursing lectures' opinions of the developed nursing terminology. En sammanfattning har presenterats på ACENDIO-konferensen 28–30.3.2019 Falun, Sverige.

Kuusisto Anne. 2018. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Östra Finlands universitet, 2018, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta/Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Doktorsavhandling. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 165. Tillgänglig på: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2707-1/

Kuusisto Anne, Joensuu Anne, Nevalainen Minna, Pakkanen Terhi, Ranne Paula & Puustinen Juha. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. FinJeHeW 11(1–2), 38–52. Tillgänglig på: <https://journal.fi/finjehew/article/view/70465>

Kuusisto Anne, Joensuu Anne, Nevalainen Minna, Pakkanen Terhi, Ranne Paula & Puustinen Juha. 2019. Standardizing Key Issues from Hospital through an Electronic Multi-professional Discharge Checklist to Ensure Continuity of Care. Tillgänglig på: Stud Health Technol Inform. 2019 Aug 21;264:664-668. doi: 10.3233/SHTI190306

Liljamo Pia, Kuusisto Anne, Ukkola Timo, Härkönen Mikko, Kinnunen Ulla-Mari. Updating the Standardized Terminology for Nurses' Daily Documentation. Stud Health Technol Inform. 2021 Dec 15;284:300-305. doi: 10.3233/SHTI210727. PMID: 34920530. <https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/SHTI210727>

Liljamo Pia. 2018. Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus: hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Östra Finlands universitet, 2018, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta/Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Doktorsavhandling, Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 182. Tillgänglig på: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2930-3/

Liljamo Pia, Kinnunen Ulla-Mari, Ensio Anneli. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar Serie 2/2012, Helsingfors.

Läkemedelssäkerhet. tillgänglig

på:https://fimea.fi/sv/lakemedelssakerhet_och_information/lakemedelssakerhet/anmalan_av_lakemedelsbiverkningar

Mykkänen, M., Kinnunen, U. M., Liljamo, P., Ahonen, O., Kuusisto, A., & Saranto, K. (2022). Using standardized nursing data for knowledge generation–Ward level analysis of point of care nursing documentation. *International Journal of Medical Informatics*, 167, 104879, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104879>

Mykkänen, Minna. 2019. Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Östra Finlands universitet, 2019. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta/Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Doktorsavhandling. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 202. Tillgänglig på: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-3181-8/

Nissinen, Sari. Työkykytieto käyttöön: työkykytietojen kansallisesti yhtenäinen tietomalli terveydenhuollon potilaskertomuksessa. Östra Finlands universitet, 2019. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta/Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Doktorsavhandling. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies., no 187. Tillgänglig på: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2997-6/

Saba, Virginia K. 2012. Clinical Care Classification (CCC) System, Version 2,5. User's Guide. Springer Publishing Company. New York.

Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina, Sonninen Ansa. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Helsingfors.

Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari. Tulokset hoitotyön näkökulmasta i verket Hyppönen Hannele, Vuokko Riikka, Doupi Persephone, Mäkelä-Bengs Päivi, Strukturering av elektroniska patientjournaler: Metoder, bedömningspraxis och effekter. Rapport/Institutet för hälsa och välfärd, 2014; 3: 51–62. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-381-9>

Lag om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (kunduppgiftslagen) 784/2021. 52 § Övergångsbestämmelser <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2021/20210784>

Lag om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (kunduppgiftslagen) 703/2023. 102 § Övergångsbestämmelser <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2023/20230703>

SHM:s förordning om journalhandlingar 94/2022 <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2022/20220094>

Hoitotyön yhteenveto-ohjeet (VSSHP (Hassinen, T. & Tanttu Danielsson-Ojala, R. 2014), PPSHP (Tuomikoski, A. 2015), PSHP (Perkiö-Kuosmanen, M. & Jäppinen, K. 2019), SATSHP (Hoitotyön kirjaamisen kehittämisryhmä, 2015), Kymsote, Apotti (2018), Seutu tk Keski-Suomi (2017), KSSHP (Salminen, L. 2017)

Bilaga 1 SHTaL version 4.0

uppdaterad 7.7.2023

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
5216	Ämnesomsättning – delfaktorer som hänför sig till endokrinologiska och immunologiska system	5217	Hormonella förändringar		
		5218	Förändrad ämnesomsättning		
		5219	Förändring i blodsockret	5462	Lågt blodsocker
				5463	Högt blodsocker
		5220	Gulsot		
		5221	Immunologiska förändringar	5222	Nedsatt immunförsvar
		5401	Överkänslighetsreaktion	5464	Behov av försiktighetsåtgärd i anslutning till infektion
		5465	Frakturrisk		
5466	Störning i lymfcirkulation				
5297	Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner – delfaktorer som hänför sig till sinnes- och neurologiska funktioner	5214	Neurologiska förändringar	5211	Förändrad medvetandegrad
				5414	Tremor
				5415	Stelhet
				5416	Talrubbingar
				5417	Känslbortfall
				5418	Yrsel
				5419	Kramper
				5470	Förlamningssymtom
				5471	Slapphet
				5472	Störning med ryckningar
		5298	Förändring i sinnesfunktionen (försvagad eller rubbad sinnesfunktion)	5305	Förändring i hörselsinnet
				5306	Förändring i smaksinnet
				5307	Förändring i luktsinnet
				5308	Förändring i synsinnet
				5309	Förändring i känselsinnet
				5310	Förändring i balanssinnet
				5311	Impulskänslighet
5362	Livscykel – delfaktorer som hänför sig till livsskeden	5369	Graviditet		
		5377	Förlossning		
		5381	Tillväxt och utveckling enligt ålder		
		5424	Sexuell hälsa		
		5426	Reproduktiv hälsa		
		5431	Tillväxt och utveckling hos nyfödda		
		5488	Annalkande död		
		5489	Arbets- och funktionsförmåga		
		5490	Behov i relation till föräldraskap		
5499	Behov av genetisk rådgivning				

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
5021	Utsöndring – delfaktorer som hänför sig till matsmältning, urinvägarnas funktion, blödning och övrig eliminering	5022	Störningar i samband med avföring	5023	Avföringsinkontinens
				5024	Förstoppning
				5025	Diarré
				5028	Avföringsproblem
				5029	Gasbesvär
				5384	Blodig avföring
				5438	Enkopres
		5031	Störningar i samband med urinering	5032	Urininkontinens
				5033	Residualurin
				5034	Urinretention (urinstämma)
				5035	Täta urinträngningar/pollakisuri
				5037	Minskad urinutsöndring
				5039	Ökad urinutsöndring
5040	Blod i urinen				
5385	Enures				
5043	Blödning				
5044	Annan störning i samband med utsöndring	5048	Kräkning		
5055	Dränsekret				
5386	Nedsatt njurfunktion				
5047	Illamående				
5188	Andning – delfaktorer som hänför sig till lungfunktionen	5195	Nedsatt andningsfunktion (<i>situation orsakad av syrebrist eller ventilationsdefekt</i>)	5196	Andnöd
				5197	Hyperventilation
				5453	Hypoventilering
				5454	Nedsatt andningsfrekvens
				5455	Försnabbad andningsfrekvens
				5456	Avvikande andningsljud
				5457	Fluktuerande andningsrytm (<i>Inkluderar t. ex. andningspauser</i>)
		5198	Hosta		
		5201	Aspirationsrisk		
		5202	Slemmighet		
5458	Andningsförlamning				
5459	Andningshinder				
5460	Syrebrist				
5437	Samordning av vård och fortsatt vård – koordinering av multiprofessionell vård, fortsatt vård samt undersökningar och åtgärder	5121	Behov av experttjänster (<i>vård som organiseras av yrkespersoner inom hälsovården i samarbete med andra yrkespersoner i relation till vården</i>)		
		5124	Behov av information om patientens rättigheter		
		5356	Behov av fortsatt vård		
		5383	Behov av information om sömnstörning		

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
		5387	Behov av information om utsöndring		
		5399	Behov av information om hälsobeteende		
		5144	Behov av information om läkemedelsbehandling <i>(otillräcklig information om läkemedelsbehandling och dess förverkligande)</i>		
		5172	Behov av kunskap om näring		
		5203	Behov av information om andning		
		5215	Behov av information om cirkulation		
		5402	Behov av information om ämnesomsättningen		
		5404	Behov av information om säkerhet		
		5407	Behov av information som stöder egen aktivitet		
		5312	Behov av information om sinnesfunktioner		
		5413	Behov av information om smärta		
		5353	Behov av information om vävnadsstatus		
		5420	Behov av information om neurologiska förändringar		
		5425	Behov av information om sexuell hälsa		
		5427	Behov av information om reproduktiv hälsa		
		5428	Behov av information om graviditet		
		5429	Behov av information om förlossning		
		5430	Behov av information om amning		
		5432	Behov av information om tillväxt och utveckling hos nyfödda		
		5433	Behov av information om åldersenlig tillväxt och utveckling		
		5436	Behov av information om åtgärd <i>(inkluderar t.ex. undersökning och provtagning)</i>		
		5492	Behov av information om vätskebalans		

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
		5493	Behov av information om åldrande		
		5495	Behov av information om att röra på sig		
5473	Smärtbehandling	5474	Buksmärt		
		5475	Öronvärk		
		5476	Ryggsmärt		
		5477	Förlossningsmärt		
		5313	Akut smärt		
		5314	Bröstmärt		
		5315	Huvudvärk		
		5316	Inflammationssmärt		
		5317	Smärt i samband med ingrepp		
		5318	Traumasmärt		
		5319	Kronisk smärt		
		5320	Smärt i samband med vävnadsskada		
		5321	Neuropatisk smärt		
		5322	Idiopatisk smärt		
		5323	Cancersmärt		
5324	Vävnadsintegritet – delfaktorer som hänför sig till status av slem- och hornhinnor samt underhudslager	5326	Hudskada		
		5327	Risk för hudskada		
		5332	Eksem		
		5342	Kirurgiskt sår		
		5345	Hudtransplantat		
		5346	Hudtagningsställe		
		5348	Diabetessår		
		5349	Bensår		
		5350	Trycksår		
		5351	Infekterat kirurgiskt- eller traumasår		
		5333	Slemhinneförändringar (<i>störning i slemhinnestatus</i>)		
		5344	Brännskada		
		5423	Frostskada		
		5478	Hudinfektion orsakad av främmande föremål		
		5479	Intertriginöst eksem		
		5480	Muskellambå		
		5481	Krosskada		
		5482	Skärsår		
		5483	Sticksår		
		5484	Krossår		
		5485	Skottsår		
		5486	Bitsår		
		5487	Hudinflammation		
		5496	Främmande föremål i kroppen		

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
5127	Läkemedelsbehandling – delfaktorer som hänför sig till läkemedelsanvändning och förverkligande av läkemedelsbehandling	5130	Olämplig medicinering		
		5134	Intoxikationsrisk		
		5135	Läkemedelsallergi		
		5136	Motstånd mot läkemedelsbehandling		
		5137	Läkemedelsbiverkning		
		5138	Läkemedelsinteraktioner		
		5139	Behov av hjälp vid läkemedelsbehandling		
		5142	Medicinering som kräver särskild uppföljning		
5080	Vätskebalans – delfaktorer som hänför sig till kroppens vätskemängd	5084	Risk för störd vätskebalans		
		5085	Uttorkning		
		5441	Behov av att reglera vätsketillförsel (inkluderar t.ex. vattenintoxikation)		
		5442	Ökad vätskevolym		
		5443	Störning i elektrolytbalansen		
5269	Psykisk funktionsförmåga – delfaktorer som hänför sig till psykisk balans och funktionsförmåga	5279	Förändrad självbild (svårighet att acceptera och uppfatta sig själv)	5153	Ätstörning
				5280	Förändrad kroppsuppfattning
				5281	Störning i självkänslan
				5282	Ångest (obestämt oförklarligt illamående)
		5284	Förändrad sinnesstämning (humörsvängning mellan sjunkande och stigande humör)	5285	Eufori
				5286	Mani
				5287	Apati
				5288	Depression
				5467	Utmattning
				5468	Paniksyndrom
		5290	Förändrat beteende (beteende som stör personen själv och/eller andra)	5291	Aggressivitet
				5293	Självdestruktivitet
				5294	Upprepade tvångsmässiga handlingar
				5295	Oro
		5408	Störd verklighetsuppfattning	5409	Hallucinationer
5410	Vanföreställningar				
5411	Splittring				
5412	Förvirring				
		5469	Rädsla		
5256	Dagliga funktioner och initiativförmåga – delfaktorer som hänför sig till initiativförmåga	5001	Aktivitetsförändring	5004	Brist på sysselsättning
				5006	Hyperaktivitet
				5008	Trötthet
				5009	Dålig ansträngningstolerans
				5010	Begränsad rörlighet
		5011	Svag muskelstyrka		
		5002	Försvagad aktivitet		

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
		5012	Sömnstörning (förändring i sömnkvalitet och kvantitet)	5016	Förändrad dygnsrytm
		5268	Behov av hjälpmedel (<i>korrigerig av försämrad funktionsförmåga med hjälpmedel</i>)		
		5263	Behov av hjälp i samband med tvättning och hygien		
		5264	Behov av hjälp med på- och avklädning		
		5265	Behov av hjälp i samband med måltid		
		5266	Behov av hjälp vid förflyttning		
		5267	Behov av hjälp vid toalettbesök		
		5406	Behov av hjälp med att uträtta ärenden		
5145	Nutrition – delfaktorer som hänför sig till att säkra tillgång till näring eller näringsämnen	5146	Förändrad nutrition	5046	Halsbränna
				5148	Anorexi
				5152	Sväljningsproblem
				5154	Absorptionsstörning
		5156	Ätsvårigheter	5168	Problem med bröstuppfödning
				5169	Svårighet att suga
		5161	Behov av specialdiet (<i>individuell näring</i>)		
		5162	Behov av tilläggsnäring		
		5170	Ökat näringsbehov		
		5171	Minskat näringsbehov		
		5163	Behov av begränsad nutrition		
5164	Födoämnesallergi				
5452	Risk för undernäring				
5059	Förmåga att klara sig – individens eller familjens förmåga att klara svårigheter orsakade av eller relaterade till hälsa, förändringar i denna samt sociala kontakter	5060	Nedsatt förmåga hos patienten att klara sig (<i>Förändring i kognitiv funktionsförmåga</i>)	5064	Förändrad koncentrationsförmåga
				5065	Initiativlöshet
				5066	Inlärningssvårighet
				5067	Ändrad anpassningsförmåga
				5068	Minnesstörning
				5440	Risk för marginalisering
				5074	Behov av stöd för att klara sig
				5078	Behov av psykiskt stöd
				5079	Skuld känsla
		5225	Kommunikationsproblem		
		5390	Förändringar i det sociala umgänget (<i>Förändrad social funktionsförmåga</i>)	5231	Behov av närhet
				5232	Behov av enskildhet
				5233	Social isolering
5388	Problem att arbeta i grupp				

CodeId	Komponent	CodeId	Huvudklass	CodeID	Underklass
				5389	Problem med ensamhet
		5395	Levnadsförhållanden som är skadliga för hälsan (inkluderar t.ex. strålningsrisk)		
5090	Hälsobeteende – delfaktorer som hänförs till hälsofrämjande	5123	Avsaknad av vårdengagemang	5398	Vårdvägran
		5444	Beroende av alkohol och andra droger		
		5445	Motionsberoende		
		5446	Medberoende		
		5447	Nätberoende		
		5448	Köpberoende		
		5449	Spelberoende		
		5450	Sexberoende		
5236	Säkerhet – säkerhetsrisker orsakade av sjukdom eller vårdmiljö	5451	Läkemedelsberoende		
		5248	Risken för olycksfall		
		5251	Risk att ramla omkull		
		5252	Rymningstendens		
		5253	Känsla av otrygghet		
		5254	Bärare av smittosam sjukdom (innehåller bärande eller exponering som bör uppmärksammas inom vården)		
		5255	Risk för att skada annan person		
5204	Cirkulation – delfaktorer som hänförs till blodcirkulationen i olika organ	5403	Risk för självtillfogade skador		
		5088	Svullnad		
		5497	Skador, multipla		
		5498	Behov av stöd i vitala funktioner		
		5205	Cirkulationsstörning	5206	Blodtrycksförändring
				5207	Hjärtarytmi
				5461	Störning i perifer cirkulation
5208	Förändrad kroppstemperatur	5209	Undertemperatur		
		5210	Feber		

Bilaga 2. SHToL version 4.0

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
1379	Ämnesomsättning – delfaktorer som hänför sig till endokrinologiska och immunologiska system	1381	Observation och behandling av blodsockret		
		1382	Uppföljning och behandling av gulsot		
		1385	Identifiering av infektionsrisk		
		1386	Genomförande av skyddsisolering		
		1675	Smittisolering		
		1778	Behandling av blodsockerbalans		
		1779	Förverkligande av platsisolering		
		1780	Förverkligande av luftisolering		
		1781	Förverkligande av droppisolering		
		1782	Skyddsåtgärder mot kontaktsmitta		
		1783	Identifiering av frakturnrisk		
1510	Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner – Delfaktorer som hänför sig till sinnes- och neurologiska funktioner	1534	Beaktande av impuls känslighet		
		1682	Bestämning av medvetandegrad		
		1683	Kontroll av pupiller		
		1684	Testning av motorisk respons och motorik		
		1685	Testning av muskelstyrka		
		1686	Testning av känselsstörningar		
		1687	Analys av ansiktsmimik		
		1688	Uppföljning av styrka och koordination i extremiteterna		
		1689	Uppföljning av talförmåga		
		1690	Uppföljning av orienteringsförmåga		
		1691	Uppföljning av förändringar i synfältet		
		1692	Uppföljning av yrsel		
		1693	Uppföljning av stelhet		
		1694	Uppföljning av epileptiska anfall		
		1798	Bedömning av kognitiv funktionsförmåga		
		1799	Uppföljning av kramper		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1800	Uppföljning av skakningar		
		1801	Uppföljning av sinnesfunktioner		
		1909	Uppföljning av ögontryck		
1645	Livscykel – delfaktorer som hänför sig till livsskeden	1318	Vård av döende patient <i>(delfaktorer i relation till dödens närmande eller patientens död)</i>		
		1650	Ärftlighetsrådgivning		
		1653	Vård under förlossning		
		1654	Uppföljning av graviditet		
		1658	Behandling av missfall		
		1663	Uppföljning och vård av åldersrelaterad tillväxt och utveckling		
		1708	Uppföljning och vård av nyfödd		
		1709	Palliativ vård		
		1711	Uppföljning och vård efter förlossning		
		1898	Vård efter abort		
1022	Utsöndring – Delfaktorer i relation till matsmältning, urinvägarnas funktion, blödning eller annan utsöndring	1024	Uppföljning av avföringsmängd- eller karaktär		
		1025	Uppföljning av tarmljud		
		1027	Behandling vid diarré		
		1028	Behandling vid förstoppning		
		1029	Tarmtömning		
		1036	Anläggande av permanent kateter		
		1037	Engångskatetrisering		
		1038	Sköljning av urinvägar eller blåsa		
		1039	Skötsel av urostomier		
		1040	Vård av urininkontinens		
		1045	Skötsel av tarmstomier		
		1058	Förebyggande och behandling av illamående eller kräkning		
		1062	Uppföljning av mängd eller karaktär av utsöndring från näs-magsond		
		1063	Dränagebehandling		
		1065	Uppföljning och behandling av blödning		
		1067	Genomförande av dialysvård		
		1664	Uppföljning av urineringsfrekvens		
		1665	Mätning av residualurin		
		1666	Blåsträning		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1667	Kontroll av mängden fostervatten och dess karaktär		
		1714	Uppföljning av urinens karaktär	1715	Klar urin
				1716	Blodig urin
				1717	Grumlig urin
				1718	Mörk urin
		1719	Uppföljning av dygnsurinmängd		
		1720	Uppföljning av timdiures		
		1721	Avlägsnande av permanent kateter		
		1722	Anläggande av näsmagsond		
		1723	Tryggande av kateter eller näs-magsondfunktion		
		1724	Avlägsnande av näs-magsond		
1324	Andning – delfaktorer som hänför sig till lungfunktionen	1340	Uppföljning av andningen		
		1341	Uppföljning av andningskvalitet och -kvantitet	1768	Kippande andning
				1769	Ytlig andning
				1770	Rosslande andning
				1771	Pipande andning
				1772	Högljudd andning
		1345	Uppföljning av luftvägssekret		
		1349	Givande av syrgas		
		1350	Genomförande av andningsövningar		
		1351	Slemmobilisering och slemevakuering ur lungor		
		1352	Slemsugning		
		1354	Motståndsandning (PEP)		
		1355	Skötsel av trakeostomi		
		1672	Intubation		
		1673	Extubation		
		1773	Mekanisk assistering av andning		
1910	Uppföljning av andningsfrekvensen				
1152	Samordning av vård och fortsatt vård – Koordinering av multiprofessionell vård, fortsatt vård samt undersökningar och åtgärder	1021	Handledning gällande sömn- och vakenhetstillstånd		
		1059	Handledning gällande förebyggande och vård av illamående patient		
		1074	Handledning av dialyspatient		
		1124	Handledning gällande vätskebehandling		
		1145	Hälsofrämjande handledning		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1153	Samordning av experttjänster		
		1175	Information om patientens rättigheter		
		1180	Genomförande av undersökning, ingrepp eller provtagning		
		1194	Förberedelser för och handledning i samband med undersökning, ingrepp eller provtagning		
		1195	Observation efter undersökning, ingrepp eller provtagning		
		1204	Handledning i läkemedelsbehandling		
		1261	Handledning gällande näring		
		1358	Handledning i andningsvård		
		1376	Handledning som hänför sig till cirkulationen		
		1387	Handledning i samband med ämnesomsättning		
		1430	Handledning om infektioner		
		1458	Ordnande av hjälpmedel		
		1514	Handledning gällande hörselsinnet		
		1539	Handledning gällande smärtbehandling		
		1546	Handledning gällande hudvård		
		1562	Handledning gällande vård av mun och slemhinnor		
		1564	Handledning gällande ögonvård		
		1573	Handledning gällande sårvård		
		1609	Planering av fortsatt vård <i>Uppgörande av plan för fortsatt vård eller ordnande av kontrollbesök</i>		
		1651	Handledning under graviditet		
		1662	Amningshandledning		
		1676	Begäran om handräckning		
		1706	Handledning om sexuell hälsa		
		1707	Handledning om reproduktiv hälsa		
		1899	Handledning i relation till att röra sig		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass		
		1900	Handledning i relation till utsöndring				
		1901	Handledning i relation till säkerhet				
		1902	Handledning om neurologiska funktioner				
		1904	Handledning i relation till förlossning				
		1905	Handledning i relation till gips- och stödbehandling				
		1906	Handledning i relation till arbets- och funktionsförmåga				
		1907	Handledning i relation till föräldraskap				
1310	Smärtbehandling	1536	Mätning av smärtintensitet i vila				
		1537	Mätning av smärtintensitet i rörelse				
		1739	Fastställande av smärtans plats				
		1740	Bedömning av smärtans art	1741	Stickande smärta		
				1742	Vass smärta		
				1743	Trubbig smärta		
				1744	Brännande smärta		
				1745	Ytlig smärta		
				1746	Böljande smärta		
				1747	Molande smärta		
				1748	Krampliknande smärta		
		1749	Bedömning av smärtans längd				
		1750	Bedömning av smärtans tidsbundenhet	1751	Kontinuerlig smärta		
				1752	Periodisk smärta		
				1753	Anfallsvis smärta		
				1754	Smärta vid specifika tillfällen		
		1755	Icke-farmakologisk vård av smärta	1756	Massage		
				1757	Akupunkturbehandling		
				1758	Kryoterapi		
				1759	Värmebehandling		
1760	Vattenterapi						
1761	Lägesbehandling						
1762	Rörelseterapi						
1763	Avslappningsterapi						
1764	Avledning av uppmärksamheten från smärtan						
1765	Visualiseringsövning						
1766	Medvetandeövning						

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1767	Bedömning av icke farmakologiska metoders verkan		
1540	Vävnadsintegritet – delfaktorer som hänför sig till status av slem- och hornhinnor samt underhudslager	1541	Uppföljning av hudens tillstånd (<i>vård av hudstatus</i>)	1805	Hel hud
				1806	Torr hud
				1807	Fet hud
				1808	Uppmjukad hud
				1809	Eksem
				1810	Hudblåsa
				1811	Rodnande hud
				1812	Svullen hud
				1813	Hettande hud
				1814	Luktande hud
		1558	Uppföljning av slemhinnornas tillstånd		
		1559	Basvård av slemhinnor		
		1563	Kontroll och behandling av ögonstatus		
		1569	Applicering av sårbandage	1705	Applicering av sårlim på sår
				1850	Polyuretanapplicering på hud
				1851	Applicering av hydrokolloidförband
				1852	Applicering av alginatförband
				1853	Applicering av hydrogel
				1854	Applicering av polyuretanskum
				1855	Applicering av hydrofiberförband
				1856	Applicering av hydrofiberförband
				1857	Applicering av kombinationsförband
				1858	Applicering av silikonförband
1859	Applicering av sårnät				
1860	Applicering av silverförband				
1861	Applicering av aktivkolförband				
1862	Applicering av honungsförband				
1863	Applicering av kådsalva				
1864	Applicering av sårtejp				
1865	Applicering av fastsättnings				
1866	Applicering av kompress				

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
				1867	Applicering av uppsugande kompress
				1868	Applicering av hudskyddshinna eller -salva
				1869	Applicering av gelplatta
				1870	Applicering av silikonplatta
				1871	Applicering av silikongel
				1873	Applicering av zinktejp
				1874	Applicering av ärrsalva
				1876	Applicering av trycktextil
				1877	Applicering av annat förband
		1571	Vård av hudtransplantat		
		1572	Vård av hudtagningsställe		
		1703	Vakuumassisterad sårbehandling		
		1802	Vård av ögon		
		1803	Uppföljning av öronstatus		
		1804	Vård av öron		
		1815	Bedömning av risk för trycksår		
		1816	Vård av hud och hudförändring		
		1817	Uppföljning av hudflikens vitalreaktion		
		1818	Uppföljning av hudflikens färg		
		1819	Uppföljning av hudflikens temperatur		
		1820	Uppföljning av hudflikens svullnad		
		1821	Uppföljning av öppet sår	1831	Svart nekrotisk vävnad
				1832	Gul fibrinoidvävnad
				1833	Röd granulationsvävnad
				1834	Rosa epiteliseringsvävnad
		1822	Bedömning av sårsekretets mängd	1823	Sparsamt med sårsekret
				1824	Måttligt med sårsekret
				1825	Rikligt med sårsekret
		1826	Bedömning av sårsekretets kvalitet	1827	Klart sårsekret
				1828	Blodigt sårsekret
				1829	Grumligt sårsekret
		1830	Uppföljning av sårinfektion		
		1835	Rengöring av sår	1551	Givande av vårdande bad
				1553	Kemisk rengöring

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
				1836	Rengöring av sår med kranvatten
				1837	Rengöring av sår med koksaltlösning
				1838	Rengöring av sår med sårsköljningsvätska
				1839	Rengöring av sår med sårvårdsduk
				1840	Rengöring av sår med sårbad
				1841	Kemisk rengöring av sår
				1842	Mekanisk rengöring av sår
				1843	Rengöring av sår med kollagenasprodukt
				1844	Biologisk rengöring av sår
				1845	Rengöring av sår, annan
		1846	Mätning av sårets längd		
		1847	Mätning av sårets bredd		
		1848	Mätning av sårets djup		
		1849	Mätning av sårets dimension		
		1878	Avlägsnande av sårslutningsmaterial	1570	Borttagning av stygn
				1880	Partiell borttagning av sutur
				1881	Avgraffborttagning
				1882	Partiell borttagning av agraff
				1883	Borttagning av stödsutur
				1884	Partiell borttagning av stödsutur
		1885	Sårslutning	1886	Sårslutning med sutur
				1887	Sårslutning med agraff
				1888	Sårslutning med sårtejp
				1889	Sårslutning med sårlim
		1890	Gips- och stödvård	1891	Applicering av gipsskena
				1892	Applicering av cirkulärt gips
				1893	Applicering av färdigt stöd
				1894	Stödtejpning
				1895	Dragvård
				1896	Applicering av ortos
		1897	Vård av ärrvävnad		
		1911	Uppföljning av implantatets vitalreaktion		
		1912	Uppföljning av implantatets färg		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1913	Uppföljning av implantatets temperatur		
		1914	Uppföljning av implantatets svullnad		
1201	Läkemedelsbehandling – delfaktorer som hänför sig till läkemedelsanvändning och förverkligande av läkemedelsbehandling	1202	Uppföljning av läkemedelsverkan		
		1211	Avvikande från läkemedelsbehandling		
		1236	Administrering av läkemedel oberoende av patientens vilja		
		1237	Ansvara för dosdispensering		
		1239	Vaccination		
		1216	Läkemedel peroralt		
		1217	Läkemedel per injektion		
		1218	Läkemedel rektalt		
		1219	Givande av inhalation		
		1220	Anläggande av läkemedelsplåster		
		1221	Läkemedel vaginalt		
		1222	Givande av läkemedelsinfusion		
		1223	Läkemedel direkt i magsäcken		
		1224	Användning av salva		
		1225	Givande av droppar		
		1226	Användning av spray		
		1227	Ytanestesi		
		1240	Administrering med läkemedelspump eller infusionsautomat		
		1671	Epidural administrering av läkemedel		
		1238	Genomförande av cytostatikabehandling		
		1908	Administrering av läkemedel annan väg		
1108	Vätskebalans – delfaktorer som hänför sig till kroppens vätskemängd	1117	Beräkning av vätskebalansen		
		1118	Observation av ödem		
		1726	Tryggande av vätskebalans	1121	Intravenös vätskebehandling
				1123	Tillförande av blodpreparat
				1125	Begränsning av vätskemängden
				1727	Intensifierad vätskebehandling
				1728	Vätskebehandling per os

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
				1729	Vätskebehandling via annan kanal
		1730	Tryggande av kanylfunktion		
1464	Psykisk funktionsförmåga – delfaktorer som hänför sig till psykisk balans och funktionsförmåga	1465	Uppföljning av psykiskt status	1484	Uppföljning av sinnesstämning
		1467	Identifiering av tanke- och talstörningar		
		1469	Arbete baserat på en vårdrelation		
		1472	Gruppbehandlingar och -terapi		
		1476	Individuella behandlingar och terapi		
		1490	Isolering		
		1498	Handledning som främjar psykisk funktionsförmåga		
		1679	Kreativa behandlingsformer och terapi		
		1680	Interaktion och uppföljning av sinnesstämning under isolering		
		1681	Upphävande av isolering		
		1774	Bedömning av psykisk funktionsförmåga		
		1775	Förebyggande av isolering		
1442	Dagliga funktioner och initiativförmåga – delfaktorer som hänför sig till initiativförmåga och fysisk funktionsförmåga	1004	Anordnande av stimulerande aktiviteter och lek		
		1006	Rörelseövningar		
		1009	Begränsning av aktivitet		
		1012	Observation av sömn- och vakenhet		
		1444	Hjälp med personlig hygien		
		1445	Hjälp med på- och avklädning		
		1585	Ombesörjande av lägesbyte		
		1677	Stöd för egen aktivitet	1446	Hjälp med mun- och tandvård
		1678	Hjälp att uträtta ärenden		
		1796	Förverkligande av passiv rörelseterapi		
		1797	Bedömning av fysisk funktionsförmåga		
1242	Nutrition – Delfaktorer som hänför sig till att trygga näring och näringsämnen	1244	Näringskartläggning		
		1245	Viktkontroll		
		1246	Längdkontroll		
		1247	Beräkning av BMI		
		1249	Uppföljning av måltider		
		1250	Införande av specialdiet		
		1259	Genomförande av fasta		
		1737	Applicering av näringssond		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1738	Avlägsnande av näringssond		
1076	Förmåga att klara sig – individens och familjens förmåga att hantera problem och anpassa sig till dessa samt att sköta skyldigheter och åligganden	1077	Bedömning av patientens möjligheter att klara sig		
		1078	Stöd för patienten att klara sig		
		1092	Mentalt/andligt stöd		
		1392	Stöd för och handledning i kommunikation (möjliggörande av kommunikation)		
		1396	Att stödja den sociala funktionsförmågan		
		1725	Bedömning av social funktionsförmåga		
		1127	Hälsobeteende – delfaktorer som hänför sig till hälsofrämjande	1139	Utredning av kostvanor
1140	Uppföljning av motionsvanor				
1141	Utredning av alkohol- och drogvvanor				
1146	Främjande av vårdförbindelse				
1712	Uppföljning av levnadsförhållanden				
1731	Utredning av anhörigberoende				
1732	Utredning av nätberoende				
1733	Utredning av köpberoende				
1734	Utredning av spelberoende				
1735	Utredning av sexberoende				
1736	Utredning av beroende				
1402	Säkerhet – Säkerhetsrisker i relation till sjukdom och vårdmiljö	1409	Ordnande av en trygg omgivning		
		1410	Samvård (rooming in)		
		1411	Omhändertagande av egendom		
		1413	Begränsning av rörelsefriheten		
		1414	Begränsning av kontakter		
		1419	Lugna patienten genom att binda fast honom eller henne		
		1420	Fasthållande		
		1489	Lugnande		
		1492	Stärkt inre och yttre säkerhet		
		1493	Närvaro		
		1494	Famnvård		
		1784	Omhändertagande av ämnen och föremål		
		1785	Kroppsvsitation		
		1786	Kroppsbesiktning		
		1787	Kortvarig avskildhet		

Code-Id	Komponent	Code-Id	Huvudklass	Code-Id	Underklass
		1788	Nödvändig vård oberoende av motstånd		
		1789	Rörelsefrihet under övervakning		
		1790	Kvarhållande		
		1791	Kontroll av egendom eller försändelse		
		1792	Bedömning av fallrisk		
		1793	Konstaterande av olycka	1794	Fall, inget trauma
				1795	Fall, med trauma
1359	Cirkulation – delfaktorer som hänför sig till blodcirkulationen i olika organ	1342	Uppföljning av syresaturation		
		1361	Uppföljning av blodtrycket		
		1362	Uppföljning av pulsen		
		1363	Uppföljning av hjärtrytmen		
		1369	Ombesörjande av kroppens värmebalans	1370	Uppföljning av temperaturen
		1377	Återupplivning		
		1378	Återupplivning av nyfödd		
		1674	Kontroll av perifer Mairkulation		
		1777	Förebyggande vård av svullnad		

Bilaga 3. SHTuL version 3.0

Kod	Namn	Definition
EN	Oförändrad	Inga väsentliga förändringar har skett i kundens eller patientens hälsa eller tillstånd
HUO	Försämrad	Kundens eller patientens hälsa eller tillstånd har försämrats
PA	Förbättrad	Kundens eller patientens hälsa eller tillstånd har förbättrats
POIS	Behovet av behandling är borta	Behovet av behandling har försvunnit eftersom kunden eller patienten har återhämtat sig från det symptom, åkomma eller sjukdom som var föremål för behandlingen.