

# Manual FinCC 4.0 för klassificeringshelheten FinCC

Ulla-Mari Kinnunen, Östra Finlands universitet  
Pia Liljamo, OYS, PPSHP  
Mikko Härkönen, THL  
Timo Ukkola, Finlands Kommunförbund  
Anne Kuusisto, Satasairaala, SATSHP  
Tiina Hassinen, Åucs, EFSVD  
Katri Moilanen, Tays Hatanpää, PSHP  
12/2019  
Institutet för hälsa och välfärd  
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](http://www.thl.fi)

## Tiivistelmä

Ulla-Mari Kinnunen, Pia Liljamo, Mikko Härkönen, Timo Ukkola, Anne Kuusisto, Tiina Hassinen, Katri Moilanen. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas. SHTaL 4.0, SHToL 4.0, SHTuL 1.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Tässä dokumentissa kuvataan kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja päivitetty Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC), versio 4.0. Tämän päivitetyn käyttäjäoppaan tarkoitus on ohjeistaa hoitotyön ammattilaista kirjaamaan sähköiseen potilaskertomukseen potilaan päivittäistä hoitotyötä päätöksenteon prosessimallin mukaisesti käyttämällä FinCC:tä. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli koostuu keskeisistä rakenteisista hoitotyön tiedoista (hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto), hoitotyön prosessista ja FinCC-luokituskokonaisuudesta. Käyttäjäoppaassa on esimerkein havainnollistettu kirjaamismallin mukaista kirjaamista. Mallin mukainen hoitotyön sisällön kirjaaminen toteutetaan käytännössä hoitoprosessin eri vaiheiden mukaisesti valitsemalla luokitukselta pää- tai alaluokka, jota täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä luokan tietorakenteen mukaisesti. Kun hoitotyön kirjaaminen tapahtuu kaikkialla samalla, yhdenmukaisella tavalla, käyttäen sovittua termistöä, kirjaaminen on vertailukelpoista eri hoitoyksiköissä ja organisaatioissa. Tämä takaa potilaan hoidon jatkuvuuden hoidon ja hoitovastuun siirtyessä organisaatiosta tai hoitopaikasta toiseen. Rakenteisesti kirjatulla hoitotyön tiedoilla on erityistä merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa, jolloin tietoja voidaan hyödyntää moniammatillisesti esimerkiksi erilaisten haku- ja lajittelutoiminnallisuuksien mukaisesti. Rakenteisesti kirjatusta hoitotyön tiedoista saadaan lisäksi muun muassa raportteja ja tilastoja laadun varmistukseen, potilashoidon kehittämiseen, toiminnan ohjaukseen, suunnitteluun, arviointiin, johtamiseen ja ammatillisen koulutuksen kehittämiseen.

FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokitukselta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokitukselta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokitukselta (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhtenevä hierarkkinen rakenne (komponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso). Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Hoitotyön sisällön kirjaaminen toteutetaan FinCC:n komponenttien sisältäviin pää- ja alaluokkiin niiden sallimien tietorakenteiden mukaisesti. SHTuL:n avulla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla (tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt). Versiossa 4.0 SHTaL ja SHToL sisältävät molemmat 17 komponenttia. Komponenttien pää- ja alaluokkien lukumäärät vaihtelevat.

Käyttäjäoppaan tavoitteena on ohjeistaa luokituksen yhdenmukaiseen käyttöön. Tämä opas on esimerkkeineen laadittu SHTaL ja SHToL luokitusten versioiden 4.0 sekä SHTuL version 1.0 mukaisesti. Uudet, nyt käyttöön otettavat versiot perustuvat käyttäjien antamaan palautteeseen, arviointeihin, kommentteihin ja ehdotuksiin. FinCC asiantuntijaryhmä on koontanut annetut palautteet luokitusten uusiksi versioiksi. Keväällä 2018 tehdyn käyttäjäkyselyn toteuttamiseen osallistuivat FinCC asiantuntijaryhmä ja Itä-Suomen yliopiston Sosiaali- ja terveystieteiden laitos.

Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli, joka sisältää FinCC luokituskokonaisuuden, on kansallisen Potilastiedon arkiston edellyttämien tietorakenteiden mukainen koodistokokonaisuus, joka mahdollistaa rakenteisen hoitotyön kirjaamisen. Tämän oppaan rinnalla ohjeistetaan käyttämään myös [Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1, versio 2018 \(pdf 2670 kt\)](#) Jokinen, Taina; Virkkunen, Heikki (toim.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Oppaan päivitetty ohjeistus

Hoitokertomuksen osalta ilmestyy myöhemmin ilmoitettuna ajankohtana. Hoitokertomuksen uusi tietosisältörakenne julkaistaan [Koodistopalvelimella](#) 2020. FinCC 4.0 on hyödynnettävissä sekä nykyisessä hoitokertomuksessa että tulevassa hoitokertomuksen tietosisältörakenteessa. Vuoden 2020 aikana on tarkoituksena myös yhteensovittaa FinCC 4.0 ja HOIq-hoitaisuusluokitusmittari.

Rakenteisella kirjaamisella tavoiteltavat ja koetut hyödyt jäävät vähäisiksi tai toteutumatta, jos potilashoidon kirjaamisessa käytetään runsaasti vain kertovaa, vapaamuotoista tekstiä tai tiedot kirjataan suurelta osin potilaskertomuksen eri osioille, esimerkiksi hoitotaulukkoon. Tällöin myös hoitoprosessin eri vaiheiden kirjaaminen voi jäädä puutteelliseksi, jos prosessin joku vaihe jää kirjaamatta kokonaan. Hoitotyön kirjaukset yhdistyvät prosessin eri vaiheissa hoidon tarpeiksi, hoitotoimiksi ja hoidon tuloksiksi, jolloin niistä muodostuu kansallinen hoitotyön minimitiedosto, ja edelleen jopa kansainvälinen minimitiedosto.

FinCC version 4.0 kehittämiseen ovat osallistuneet vuoden 2018 aikana asiantuntijaryhmän jäsenet Ulla-Mari Kinnunen, Kristiina Junntila, Pia Liljamo, Timo Ukkola, Sari Nissinen, Tiina Laaksonen, Anne Kuusisto ja Mikko Härkönen. Heidän lisäkseen suuri kiitos luokituskokonaisuuden päivityksestä kuuluu kaikille käyttäjäkyselyyn osallistuneille sekä muille kommentteja antaneille tahoille. Kiitos myös terminologille Virpi Kalliokuuselle ja Johanna Eerolalle heidän panoksestaan luokituksen viimeistelyssä sekä opasta kommentoineille Minna Mykkäselle ja Helena Ikoselle.

Vuoden 2019 alusta FinCC asiantuntijaryhmään kuuluvat Ulla-Mari Kinnunen (pj, Itä-Suomen yliopisto), Pia Liljamo (OYS, PPSHP), Timo Ukkola (Kuntaliitto), Anne Kuusisto (Satasairaala, SATSHP), Mikko Härkönen (THL), Tiina Hassinen (Tyks, VSSHP) ja Katri Moilanen (Tays Hatanpää, PSHP). Minna Mykkänen (KYS, PSSHP) on aloittanut asiantuntijaryhmässä 1.11.2019 ja Sirkku Säätelä (Novia AMK) 24.2.2020. Sirkulle paljon kiitoksia työpanoksestasi termien ruotsin kielen käännötyössä.

## Sammanfattning

Ulla-Mari Kinnunen, Pia Liljamo, Mikko Härkönen, Timo Ukkola, Anne Kuusisto, Tiina Hassinen, Katri Moilanen. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas (Manual för klassificeringshelheten FinCC, på finska). SHTaL 4.0, SHToL 4.0, SHTuL 1.0. Institutet för hälsa och välfärd (THL).

I detta dokument beskrivs den nationella vårddokumentationsmodellen och uppdateringen av det finländska vårddokumentationssystemet Finnish Care Classification (FinCC), version 4.0. Syftet med denna uppdaterade manual är att hjälpa skötaren att dokumentera i den elektroniska patientjournalen 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 skedena i vårdprocessen genom att välja från klassificeringen en huvud- och underklass som kompletteras vid behov med fri text enligt informationsstrukturens klass. När dokumenteringen av vården sker på alla ställen på samma, enhetliga sätt, genom att använda överenskomna termer, kan dokumenteringen jämföras i olika vårdenheter 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 av verksamheten, planera, uppskatta, leda och utveckla yrkesutbildningen.

FinCC utgörs av Finländsk klassifikation av vårdbehov (SHTaL), Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete (SHToL) och Finländsk klassifikation av vårdresultat (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 datastrukturerna som de tillåter. Med hjälp av SHTuL uppskattas vårdresultatet i anknytning till vårdbehovet genom tre olika alternativ (oförändrat resultat, förbättrat resultat, försämrat resultat). Versionen 4.0 SHTaL och SHToL innehåller vardera 17 komponenter. Antalet huvud- och undergrupper i komponenterna varierar.

Målet för manualen är att anvisa en enhetlig användning av klassificeringen. Denna manual inklusive exempel har sammanställts enligt SHTaL- och SHToL-klassificeringar version 4.0 samt SHTuL version 1.0. De nya versionerna som tas nu i bruk grundar sig på den respons som användarna lämnat, utvärderingar, kommentarer och förslag. FinCC-expertgruppen har samlat inkommen respons till nya versioner av klassificeringen. I användarenkäten som genomfördes våren 2018 deltog FinCC-expertgruppen och Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos vid Östra Finlands universitet.

Den nationella vårddokumentationsmodellen som innehåller FinCC-klassificeringshelheten, är en helhet av kodsystemet i enlighet med datastrukturen i det nationella Patientdataarkivet som möjliggör strukturerad dokumentation av vård. Parallellt med denna manual ges även anvisningar för användning av Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1, versio 2018 (pdf 2670 kt) (Handboken för strukturerad dokumentation av patientdata, del 1, på finska) Jokinen, Taina; Virkkunen, Heikki (red.). Institutet för hälsa och välfärd. Uppdaterade anvisningar i manualen gällande Vårdjournalen kommer ut vid en senare angiven tidpunkt. Den nya strukturen för datainnehållet i Vårdjournalen publiceras på kodservern 2020. FinCC 4.0 kan utnyttjas i såväl den nuvarande vårdjournalen som i datainnehållsstrukturen i den kommande vårdjournalen. Under 2020 är avsikten att även samordna FinCC 4.0 och HOIq-mätaren för vårdtyngdsklassificering.

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 skedena i vårdprocessen förbli bristfälliga om något skede i processen inte dokumenteras alls. Dokumentationen av vården kombineras i processens olika skeden 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 under 2018 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 terminologer Virpi Kalliokuusi och Johanna Eerola för deras insats vid färdigställandet av klassificeringen samt till Minna Mykkänen och Helena Ikonen som har lämnat kommenterat manualen.

Från och med början av 2019 ingår i FinCC expertgruppen Ulla-Mari Kinnunen (ordf, Östra Finlands universitet), Pia Liljamo (OYS, PPSHP), Timo Ukkola (Kommunförbundet), Anne Kuusisto (Satasairaala, SATSHP), Mikko Härkönen (THL), Tiina Hassinen (Åucs, EFSVD) och Katri Moilanen (Tays Hatanpää, PSHP). Minna Mykkänen (KYS, PSSHP) har börjat i expertgruppen den 1 november 2019 och Sirkku Säätelä (Novia Yrkeshögskolan) den 24 februari 2020. Tusen tack, Sirkku, för ditt arbete med översättningen.

## Abstract

Ulla-Mari Kinnunen, Pia Liljamo, Mikko Härkönen, Timo Ukkola, Anne Kuusisto, Tiina Hassinen, Katri Moilanen. FinCC classification system, user's guide. FiCND 4.0, FiCNI 4.0, FiCNO 1.0. Finnish Institute for Health and Welfare (THL).

This document describes the Finnish National Nursing Documentation Model and the updated Finnish Care Classification system (FinCC) version 4.0. The purpose of this updated user's guide is to provide nurses with guidance on entering data on the daily care given to a patient in the electronic patient record in accordance with the decision-making process model using the FinCC. The Finnish National Nursing Documentation Model consists of the structured core nursing data (need for care, nursing interventions, nursing outcomes, nursing care intensity and nursing summary), the nursing process and the FinCC system. The user guide illustrates with examples the process of making entries in accordance with the documentation model. In practice, the documentation of the nursing content in accordance with the model is carried out in response to the various stages involved in the care process by selecting a main or sub-category from the classification and, if applicable, completing it with free text in accordance with the data structure of the category concerned. When the nursing entries are made in the same, consistent way everywhere using the agreed-upon terminology, the documentation is comparable between different treatment units and organisations. This ensures the continuity of the patient's treatment when the treatment and treatment responsibility is transferred from one organisation or place of treatment to another. Structured nursing data entries are of special significance in the daily care of a patient, enabling multi-professional utilisation of the data according to, for example, various kinds of search and sorting functionalities. Additionally, structured nursing data entries can be used for compiling reports and statistics in support of, among other things, quality assurance, the development of patient care, the steering, planning, assessment and management of operations, and the development of vocational education.

The FinCC system consists of the Finnish classification of nursing diagnoses (FiCND), the Finnish classification of nursing interventions (FiCNI) and the Finnish classification of nursing outcomes (FiCNO). FiCND and FiCNI have similar hierarchical structures (component, main category and sub-category levels). The component level is the most abstract. The nursing documentation entries are made in the main and sub-categories included in the FinCC components in accordance with their allowed data structures. FiCND is used for evaluating the outcome of the care process in relation to the care need on the scale of three possible outcomes: improved, stabilised and deteriorated. In version 4.0 of the system, both FiCND and FiCNI have 17 components. The number of main categories and sub-categories under each component varies.

The purpose of the user guide is to provide guidance on the consistent use of the classification. This guide and the examples it contains are based on FiCND and FiCNI version 4.0 and FiCNO version 1.0. The new versions being introduced were shaped on the basis of the feedback, evaluation,

comments and suggestions received from users in the field. The FinCC expert group has compiled the feedback received as new versions of the classifications. The user survey conducted in spring of 2018 was implemented by the FinCC expert group and the Department of Health and Social Management of the University of Eastern Finland.

The National Nursing Documentation Model, which contains the FinCC system, is a code set consistent with the data structures required by the national Patient Data Repository, enabling structured nursing documentation. In addition to this guide, users are recommended to also use the Manual for structured patient data entry, part 1, version 2018 (in Finnish, pdf, 2670 kt) Jokinen, Taina; Virkkunen, Heikki (eds.). Finnish Institute for Health and Welfare. Updated instructions in the manual concerning the patient record will be published on a later date to be announced. The new data structure of the patient record will be published on the Code server in 2020. FinCC 4.0 can be utilised both in the current and in the future patient record content structure. The integration of FinCC 4.0 and the HOIq care intensity metric is also planned to take place during 2020.

The benefits sought and experienced with structured data entry remain minor or unaccomplished if the documentation of patient care is mainly done using descriptive, free-form text or if the data is mainly entered under different sections of the patient record, for example, in the treatment table. In this case, the documentation of the different stages of the care process may remain insufficient if a specific stage in the process is entirely omitted. The nursing documentation entries are combined at different stages of the process as care needs, nursing interventions and nursing outcomes, as a result of which they will constitute a national Nursing Minimum Data Set and, furthermore, even an international Nursing Minimum Data Set.

The members of the expert group who contributed to the development of the FinCC version 4.0 during 2018 included Ulla-Mari Kinnunen, Kristiina Junttila, Pia Liljamo, Timo Ukkola, Sari Nissinen, Tiina Laaksonen, Anne Kuusisto and Mikko Härkönen. Additionally, we wish to extend our thanks for the contributions made to the updating of the classification to all those who responded to the user survey and all those who otherwise provided us with comments. We would also like to thank terminologist Virpi Kalliokuusi and Johanna Eerola for their contribution to the finalisation of the classification, and Minna Mykkänen and Helena Ikonen for their comments on the guide.

As of the beginning of 2019, the FinCC expert group includes Ulla-Mari Kinnunen (Chair, University of Eastern Finland), Pia Liljamo (Oulu University Hospital, Northern Ostrobothnia Hospital District), Timo Ukkola (Association of Finnish Local and Regional Authorities), Anne Kuusisto (Satasairaala Hospital, Satakunta Hospital District), Mikko Härkönen (Finnish Institute for Health and Welfare), Tiina Hassinen (Turku University Hospital, Southwest Finland Hospital District) and Katri Moilanen (Tays Hatanpää Hospital, Pirkanmaa Hospital District). Minna Mykkänen (Kuopio University Hospital, Kuopio University Hospital District) started as a member of the expert group on 1 November 2019 and Sirkku Säätelä (Novia University of Applied Sciences) February 24th 2020. Sirkku, thank you very much for your work on the translation the terms into Swedish.

Keywords: documentation, nursing, classification systems, medical records systems, computerized, terminology

## Innehåll

Tiivistelmä .....	2
Sammanfattning .....	3
Abstract .....	5
Inledning .....	8
Patientjournalens informationsstruktur .....	10
Centrala strukturerade uppgifter om vårdarbetet .....	11
Vårdbehov .....	11
Vårdåtgärd .....	11
Vårdresultat .....	11
Vårdtyngd .....	12
Sammanfattning av vårdarbetet .....	12
Tabell 1. Sammanfattning av vårdarbetet: nationella rubriker, beskrivningar, innehåll och ändamål. ....	13
Tabell 2. Exempel på sammanfattning av vårdarbetet .....	17
Strukturerad dokumentation av vårdarbetet med hjälp av FinCC-klassificeringen .....	18
Bild 1. Enligt den finländska modellen för dokumentation av vårdarbete FinCC 4.0 (Mykkänen 2019, enl. Tantt 2009) .....	19
Tabell 3. FinCC 4.0 komponenterna (17) och beskrivning av komponentinnehållet .....	20
Tabell 4. Dokumentation i enlighet med processmodellen för vårdbeslutsprocessen med hjälp av SHTaL- och SHToL-klassifikationerna. ....	21
Den finländska klassifikationen av vårdbehov SHTaL 4.0 .....	22
Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete SHToL 4.0 .....	27
Dokumentationsexempel .....	32



## Inledning

Du har nu tillgång till manualen för den nya versionen 4.0 av det finländska vårdklassificeringssystemet, FinCC. Manualen grundar sig på uppdateringen av FinCC-klassificeringshelheten som gjordes 2018–2019. Uppdateringen gjordes i två faser. I den första fasen arbetade FinCC-expertgruppen intensivt cirka ett år med målet att uppdatera version 3.0 av klassificeringshelheten från 2012. Målet var att förbättra användbarheten av FinCC-klassificeringen så, att de indikatorer (exempelvis smärta, sår, nutrition, fallolyckor) som redan tillämpas i det kliniska arbetet kan utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt vid dokumentationen. Ett annat mål var att den nya FinCC i allt högre grad ska grunda sig på evidensbaserad information. Expertgruppen sökte bevisning, till exempel God medicinsk praxis-rekommendationer o.d. vårdrekommendationer, satte sig in i lagstiftningen, THL:s handböcker, anvisningar och olika modeller gällande temat samt sökte vetenskapliga publikationer. För arbetet begärdes dessutom expertbevisning, dvs. erfarenhetsgrundad bevisning. Expertgruppen hade till uppgift att utvärdera och utveckla SHTaL- och SHToL-klassificeringarna samt skapa en lättfattlig terminologi som är klar och logisk med beaktande av användarresponsen.

Syftet med engångsdokumentationen av strukturerad information är att dokumentera informationen endast en gång i patientdatasystemet så att information som redan har dokumenterats kan länkas till vårdjournalen på olika skärmar 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 vårdarbetsledningen behövs dessutom numerisk rapportinformation om dokumentationen av vårdarbetet. De jämförelseuppgifter för vårdarbetet som följs upp på nationell nivå omfattar exempelvis uppgifter om trycksår, undernäring, fallolyckor och patienternas smärtförnimmelser. Arbetet i denna första fas låg till grund för sammanställningen av den första versionen av FinCC 4.0.

I den andra fasen var målet att bedöma hur den reviderade FinCC iakttar det praktiska vårdarbetet samt hur praktiskt inriktad och lättfattlig den är. I syfte att reda ut detta organiserade FinCC:s expertgrupp i enlighet med avtalet om upprätthållande av klassificeringen mellan Institutet för hälsa och välfärd och Östra Finlands universitet en enkät för slutanvändarna av klassificeringen, dvs. sjukskötarna, i april 2018. I utdelningen av enkäten försökte man beakta så många yrkesgrupper som möjligt, också bland annat fysioterapeuter och vårdarbetslärare. Den elektroniska enkätblanketten skickades till hälso- och sjukvårdsorganisationer (n=34) och yrkeshögskolor (n=14). En länk och anvisningar skickades per e-post till kontaktpersonerna som hade uppgetts. Enkäten innehöll 34 sidor med påståenden om de 17 komponenterna i SHTaL och SHToL samt varje huvud- och underklass. Enkättagarna kunde för varje klass ge sina åsikter enligt alternativen helt av annan åsikt – helt av samma åsikt på Likert-skalan (1–5). Efter varje påstående kunde fritt formulerad respons, kommentarer och korrigeringsförslag ges.

Svar (n=27) lämnades av enskilda sjukskötare och grupper som bestod av sjukskötare, avdelningsskötare och överskötare. Svar mottogs också per e-post (från 3 hälso- och sjukvårdsorganisationer, 1 fysioterapeut, 1 medikalvaktmästare samt studerande för specialisering i sårvård (3 grupper, inklusive lärare från Vävnadsintegritet). Svaren sammanställdes i Excel. De fritt formulerade kommentarerna och responsen samlades per komponent i ett dokument. Alla lästes, man diskuterade och begrundade dessa till följd av att kommentarerna väckte många frågor. Ganska ofta var kommentarerna kontroversiella.

Ändringar som gjorts:



- Komponenten Aktivitet har raderats, och anknyttande frågor finns i komponenten Dagliga aktiviteter och självständigt handlande.
- Den nya komponenten Smärtbehandling har lagts till. I utvecklingsarbetet har experter konsulterats.
- I vissa kategorier har underklasser flyttats till huvudklassnivån.
- Enligt den kommande modellen för den nationella vårdjournalens informationsstruktur möjliggör den föregående ändringen att en vårdåtgärd dokumenteras på huvudkategorinivå
  - med en strukturerad klassificering (existerande eller inbyggd), t.ex. sårförband, eller
  - med indikatoruppgifter, t.ex. smärtindikator, AUDIT, riskindikatorer, eller
  - med numeriska uppgifter, t.ex. 540 ml, eller
  - med fritt formulerad text
- Man har försökt förbättra balansen och förhållandet mellan termerna i klassificeringarna.
- Komponenten Samordning av vård och fortsatt vård innefattar nu alla de huvudklasser som hänför sig till patienthandledningen (flyttad hit från alla komponenter).
- Klassifikation av vårdbehov (SHTaL): nya koder 57, ändringar i koderna 84, raderade 47.
- Klassifikation av funktioner inom vårdarbete (SHToL): nya koder 198, ändringar i koderna 180, raderade 163.
- Klassifikation av vårdresultat (SHTuL): inga ändringar.
- Komponenterna visas i alfabetisk ordning.

I fortsättningen utvecklas och uppdateras klassificeringshelheten utifrån informationen som grundar sig på den mottagna responsen och bevisningen. Medelvärde för svaren i alla komponenter för alla påståenden (SHTaL och SHToL) var 4.1–4.9. Den nya komponenten Smärtbehandling fick ett mycket gott mottagande, i svaren ansåg många att det var en bra reform. Vätskebalans, Andning, Blodcirkulation, Livscykel, Nutrition, Utsöndring, Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner var relativt godkända (tydliga kommentarer). Däremot ansåg enkätdeltagarna att Vävnadsintegritet var alltför splittrad, många kommentarer, och därför kontrollerades komponenten på nytt. Likaså Säkerhet och Psykisk funktionsförmåga. Utifrån de mottagna kommentarerna konsulterade FinCC-expertgruppen på nytt experter, t.ex. sårvårdare, läkare, den regionala dokumentationsarbetsgruppen för vårdarbetet, psykiatriska sjukskötare och läkare. De uppdateringar av klassificeringarna som grunder sig på responsen i användarenkäten samt kommentarerna från andra expertparter slutfördes våren 2019, och expertgruppen lämnade klassificeringarna för en godkännandebehandling i enlighet med THL:s Kodserviceprocess.

FinCC-klassificeringshelheten har kunnat hämtas från kodservern sedan september 2008. Den vidare utvecklingen och upprätthållandet av klassificeringarna överfördes 2008 till Östra Finlands universitet. Användarerfarenheter samlas regelbundet in med riktade enkäter. Respons kan också

fortlöpande lämnas till Kodservicen (Koodistopalvelu[at]thl.fi). Utifrån responsen görs en bedömning av behoven att utveckla klassificeringarna, och efter behov uppdateras klassificeringen. Klassificeringarna ska vidare bearbetas på ett kontrollerat sätt och samordnas centraliserat så att alla aktörer inom vårdarbetet enligt det ursprungliga målet har tillgång till klassificeringen i den nationella dokumentationsmodellen och de senaste versionerna av dessa. För användarna har också webbplatsen <http://fincc.fi/> grundats. Den upprätthålls av expertgruppen, och vi hoppas att vi till denna får respons på den nya versionen som nu tas i användning. Mer detaljerade uppgifter kan begäras på adressen [luokitukset@fincc.fi](mailto:luokitukset@fincc.fi).

I denna manual har nationell, aktuell forskning och THL:s anvisningar utnyttjats. Testen grundar sig på verken och undersökningarna som tas upp i källförteckningen, men i anknytning till faktainnehållet hänvisas inte till några källor.

## Patientjournalens informationsstruktur

Information om patientvården sparas i det elektroniska patientdatasystemet enligt en på förhand överenskommen struktur. Den elektroniska patientjournalens struktur består av hierarkiska informationshelheter på olika nivåer. Helheterna delas in enligt skärmarna, faserna i vårdprocessen och rubrikerna samt klassificeringar och koder för dokumentationen. De strukturerade uppgifterna kan också preciseras med fritt formulerad text. Med hjälp av enhetliga strukturer och innehållsdefinitioner för patientinformationen kan denna användas och flyttas mellan olika system inom gränserna för patientens samtycke och förbud. Det blir lättare att använda patientjournalinformationen i olika system och i olika vårdorganisationer när informationsinnehållet har producerats med hjälp av harmoniserade begrepp. Med hjälp av olika terminologier (vokabulärer, nomenklaturer, klassificeringar) 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 patientens hälso- och sjukvårdsuppgifter som skapats i de olika vårdfaserna. De centrala strukturerade uppgifterna omfattar patientens, tjänsteleverantörens och helhetens identifikationsuppgifter, 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 faktahelheter med hjälp av olika skärmar. Med skärm avses en faktahelhet eller en kontext som kan användas för att i patientjournalen sammanställa uppgifter som hör till ett visst innehåll eller en viss kontext enligt vård inom exempelvis en medicinsk specialitet, ett yrkesområde eller en tjänst. I dokumentationen av de dagliga anteckningarna om vårdarbetet används skärmen Vårdjournal (HOKE), och skötarnas sammanfattning av vårdarbetet sparas i skärmen HOI. De dagliga anteckningarna om vårdarbetet dokumenteras för varje fas enligt de överenskomna klassificeringarna och med fritt formulerad text. Sammanfattningen av vårdarbetet omfattar de centrala händelserna under patientens vårdperiod och görs med hjälp av de centrala strukturerade uppgifterna om vårdarbetet (vårdbehovet, vårdåtgärder, vårdresultat, vårdtyngd och sammanfattning av vårdarbetet), vilka efter behov kan kompletteras med klassificeringarna för vårdarbetet och fritt formulerad text.

## Centrala strukturerade uppgifter om vårdarbetet

### Vårdbehov

Vårdbehovet är vårdpersonalens beskrivning av eventuella nuvarande eller framtida problem som anknyter till patientens hälsotillstånd och som kan elimineras eller lindras med hjälp av vårdåtgärder. Fastställande av vårdbehov är en kartläggning av problem som anknyter till patientens vård eller livssituation. Patienten berättar om sina symtom, skötaren observerar patienten och gör efter behov olika mätningar (till exempel blodtryck eller kroppstemperatur). Utifrån de erhållna uppgifterna fastställer skötaren tillsammans med patienten vårdbehovet eller -behoven.

I vårdjournalen antecknas de vårdbehov som är väsentliga med tanke på vården. Tilläggsvariabeln för vårdbehovet är säkerhetsgraden som kan dokumenteras i det fall att det är intressant med tanke på vården. För dokumentationen används AR/YDIN-koderna för säkerhetsgrad. Skötare ska kunna observera och prognostisera även patientens eventuella och sannolika problem. Patienten kan inte nödvändigtvis verbalt beskriva sitt tillstånd, utan skötaren måste kunna tolka vad det är fråga om i den observerade förändringen i tillståndet eller det observerade beteendet.

### Vårdåtgärd

Vårdåtgärd (tidigare åtgärd i vårdarbetet) beskriver planeringen och genomförandet av patientvården. I patientjournalen antecknas de vårdbehov som är väsentliga med tanke på vården. Vårdåtgärderna vidtas i de direkta hjälp- och handledningssituationerna mellan patienten och sjukskötaren. Åtgärderna grundar sig på skötarens kunskaper och olika färdigheter, till exempel händighet, observations- och kommunikationsfärdigheter, förmåga att ge handledning och råd i hälso- och sjukvården samt psykosocialt stöd enligt klientens, patientens eller familjens behov. Också de uppgifter och åsikter om situationen är väsentliga som kan ges av klienten eller patienten samt eventuellt även en anhörig. Med hjälp av olika vårdåtgärder försöker vårdpersonalen tillgodose patientens vårdbehov.

Version 4.0 av den finländska klassifikation av funktioner inom vårdarbete innehåller 18 rubriker som anknyter till bedömning av framgången/effekten av en vårdåtgärd, till exempel Bedömning av förmågan att klara sig, Bedömning av läkemedelsfria smärtbehandlingsmetoder och Bedömning av den kognitiva funktionsförmågan. Med bedömning av dessa vårdåtgärder avses bedömning/utredning av en enskild vårdåtgärd i utförandet av vårdarbetet. Endast i anslutning till dessa huvudkategorier är det ändamålsenligt att dokumentera en bedömning. En bedömning kan också göras genom dessa huvudkategorier med hjälp av olika indikatorer, till exempel VAS och GCS.

### Vårdresultat

På komponentnivå beskriver vårdresultat en förändring som sker i patientens tillstånd. Patientens tillstånd, hälsa eller förmåga att klara sig bedöms i förhållande till vårdbehovet, målen, de

planerade vårdåtgärderna och/eller den realiserade vården. I bedömningen av status för vårdresultatet används skalan i den finländska klassifikationen av vårdresultat (SHTuL 1.0), dvs. förbättrad, oförändrad, försämrad, som efter behov kompletteras med fritt formulerad text.

**Förbättrad:** Med förbättrad avses att en betydande förbättring har skett i patientens hälsa, tillstånd och/eller förmåga att klara sig jämfört med startsituationen. (Kod BÄT)

**Oförändrad:** Inga väsentliga förändringar har skett i patientens hälsa, tillstånd och/eller förmåga att klara sig. (Kod OF)

**Försämrad:** Med försämrad avses att en betydande försämring har skett i patientens hälsa, tillstånd och/eller förmåga att klara sig jämfört med startsituationen. (Kod SÄM)

Vårdresultatet bedöms i syfte att följa upp effekten av vården, vårdkvaliteten och -framgången. Bedömningen görs dagligen, efter behov vid varje arbetsskift och i samband med förändringar i patientens hälsa samt alltid när vården avslutas.

## Vårdtyngd

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

I vårdarbetet används olika indikatorer för vårdtyngdsklassificeringen. Vid många av Finlands sjukhus har man för den dagliga bedömningen av vårdavdelningspatienternas vårdtyngdsklassificering använt OPCq-indikatorn som hör till RAFAELA-systemet. OPCq-indikatorn har samordnats med behovs- och vårdklassifikationerna i version 3.0 av FinCC-klassificeringen. Av OPCq-indikatorn har man utvecklat HOIq-indikatorn som lämpar sig bättre för vårdavdelningsvård och poliklinisk vård. Avsikten är att samordna FinCC 4.0 och HOIq-indikatorn under 2020. Genom samordning av klassificeringarna främjas strukturerat utnyttjandet av de dagliga anteckningarna om vårdarbetet som dokumenterats med hjälp av FinCC då det gäller bedömning av patientens vårdklass. Tillförlitligheten av uppgiften om vårdtyngden förbättras när det kan påvisas att bedömningarna av vårdtyngden grundar sig på förverkligad och dokumenterad vård för patienten. Uppgiften om vårdtyngdsklassificeringen den dag då patientens vårdperiod avslutas ska fogas till sammanfattningen av vårdarbetet.

## 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 en slutsammanfattning skrivas, och i denna inkluderas förutom vårdåtgärderna också klara och detaljerade anvisningar för patientens uppföljning och fortsatta vård. I slutsammanfattningen ges en beskrivning av hur patientens hälsa och vård har utvecklats under vårdperioden. Sammanfattningen av vårdarbetet ska sparas i den riksomfattande arkiveringstjänsten från och med anslutningsdatum. En dokumentation kan inkluderas i sammanfattningsuppgifterna, om någon enstaka uppgift om patienten eller ett besök är av stor vikt med tanke på informationsförmedlingen och den fortsatta vården. En slutbedömning för vårdperioden eller i

anslutning till flera besök kan göras om exempelvis hemvård eller seriebehandlingar. Inom långvård ska en mellanbedömning göras med minst 3 månaders intervall eller när patientens tillstånd förändras väsentligt. I mellanbedömningen dokumenteras en sammanfattning av en väsentlig utveckling i patientens hälsa och vård under vård-, rehabiliterings- eller terapiperioden samt ändringar i anamnesen eller jämfört med en tidigare mellan- eller slutbedömning.

Sammanfattningen av vårdarbetet består av dagliga anteckningar, och syftet med denna är att trygga patientvårdens kontinuitet, patientsäkerheten och förbinda patienten till vården. Sammanfattningen av vårdarbetet ger patienten information om vården och dess framskridande (Mina Kanta-sidor), vilket gör det lättare att förverkliga patientens egenvård. De yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården kan snabbt skapa sig en bild av patientens tillstånd (Patientdataarkivet), om patientens vård fortsätter. En sammanfattning av vårdarbetet görs vid alla enheter (till exempel poliklinik, intensivvård, jour, vårdavdelning) under vården (mellanbedömning) och vid utgången av vårdperioden (slutbedömning).

En sammanfattning av vårdarbetet dokumenteras för varje patient, medicinska termer undviks och beaktande tas till vilken information som behövs för platsen där den fortsatta vården tillhandahålls (hem/anstalt). Anvisningarna i tabell 3 och exemplet i tabell 4 grundar sig på de nationella anvisningarna och exemplet i den tidigare FinCC-manualen. Dessutom har man utnyttjat anvisningar och exempel som används i olika organisationer samt uppgifter som fastställts av yrkesutbildade inom social- och hälsovården och som är centrala med tanke på utskrivningen av patienten.

Tabell 1. Sammanfattning av vårdarbetet: nationella rubriker, beskrivningar, innehåll och ändamål.

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Ändamål
Slutbedömning/mellanbedömning	Rubriker som används i dokumentationen av sammanfattningsanteckningar vid utgången/mellanbedömningen (inte enstaka besök) av patientens avdelningsvård eller annan långtidsvård, till exempel en psykiatrisk dagsjukhusperiod eller hemvårdsperiod. Obs. Slutbedömningen innehåller en beskrivning av vårdförloppet, väsentlig utveckling i patientens hälsa och vård samt av slutresultatet.  Dokumentera för enskilda besök	Vårdtid/besöksdatum  Orsak för att söka vård  Vårdens/rehabiliterings-/terapins framskridande  Boendeform: ensam/tillsammans med någon/effektiverat serviceboende/anstalt	Kortfattad beskrivning, med tanke på vårdarbetet, varför en patient sökt sig till vård och hur vården/rehabiliteringen/terapin har framskridit.  <b>Vid rubrikerna slut- och mellanvärdering krävs en anteckning för att uppgifterna ska överföras till Kanta-tjänsterna.</b>

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Ändamål
	anamnes efter behov vid rubrikerna "Anamnes"/"Permanent bakgrundsuppgifter"/"Bakgrundsuppgifter för varje vårdhändelse".		
Vårdbehov	Rubrik vid vilken antecknas existerande eller eventuella framtida problem som anknyter till patientens hälsotillstånd och som man försöker lösa eller lindra med hjälp av terapi och handledning. Resurser som stöder patienten i hanteringen av egenvården.	<p><i>Centrala problem/behov i vårdarbetet</i></p> <p><i>Patientens erfarenhet av sin sjukdom</i></p> <p><i>Patientens önskemål</i></p> <p><b>Indikatorer</b> används: smärta, risk för fallolyckor, trycksår och undernäring, minne, depression, funktionsförmåga osv.</p>	En beskrivning av patientens centrala problem/behov i vårdarbetet vid tidpunkten då hen anlät till denna tjänsteleverantör. Också sådana problem som patienten har som ska beaktas i den fortsatta vården (till exempel risk för undernäring, fallolyckor, trycksår).
Vårdåtgärder	Rubrik vid vilken antecknas patientens förverkligade vård för att tillgodose patientens behov av vård och uppnå de uppsatta målen och som inte antecknas vid andra rubriker för förverkligandet av vården, till exempel Åtgärder, Rehabilitering eller Läkemedelsbehandling.	<p><i>De mest centrala hjälpmetoderna för vårdarbetet vilka tillämpats i vården</i></p> <p><i>Undervisning och handledning för vården och den fortsatta vården</i></p> <p><i>Patientens erfarenhet</i></p>	Beskrivning av de mest centrala hjälpmetoderna för vårdarbetet vilka tillämpats i vården av patienten. Efter behov också en beskrivning av vårdåtgärderna som inte gett önskat resultat (till exempel en allmän sårvårdsmetod som inte har gett någon effekt i vården av patienten).
Vårdresultat	Rubrik vid vilken antecknas förändringar som skett i patientens tillstånd och som bedöms i förhållande till vårdbehovet, målen för vården och/eller den förverkligade vården.	<p><i>Förändringar som skett i tillståndet som ett resultat av vården med tanke på vårdarbetet</i></p> <p><i>Patientens erfarenhet</i></p> <p><i>Tillstånd och funktionsförmåga vid</i></p>	En beskrivning av förändringar som skett i patientens tillstånd <b>under vårdperioden</b> och som ett resultat av vården med tanke på vårdarbetet. Patientens tillstånd och funktionsförmåga i



Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Ändamål
		<p><i>utskrivning/förflyttning</i></p> <p><i>minne: orienterad (tid/rum) / minnet sviker</i></p> <p><i>sinnesstämning: normal/deprimerad/ångest fylld</i></p> <p><i>motion: självständigt/med assistans/med hjälpmedel</i></p> <p><i>toalettbesök: självständigt/med assistans/använder blöjor</i></p> <p><i>tvätt: självständigt/med assistans</i></p> <p><i>påklädning: självständigt/med assistans</i></p> <p><i>ätande: diet</i></p> <p><i>självständigt/med assistans</i></p> <p><i>måltider: specialdiet/självständigt/med assistans/tillreder själv mat/måltidstjänst</i></p> <p><i>hjälpmedel: enligt bedömning/ordnat</i></p>	<p>startsituationen.</p> <p>Använd indikatorer.</p> <p>Beakta också patientens egen erfarenhet.</p> <p>= Välj:</p> <p>Status Oförändrad</p> <p>Status Förbättrad</p> <p>Status Försämrad</p>
Vårdtyngd	Rubrik vid vilken antecknas en bedömning av hur mycket och krävande vård patienten behöver eller fått (indikator och resultatkategori som används)	<p>T.ex.</p> <p>Klass I: behov av minimivård</p> <p>Klass II: genomsnittligt</p>	<p>Vårdtyngden vid utgången av vårdperioden antecknas när vårdansvaret övergår till någon annan tjänsteleverantör (plats</p>

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Ändamål
		vårdbehov  Klass III: större vårdbehov än genomsnittet  Klass IV: maximalt vårdbehov  Klass V: Intensivt vårdbehov  (Rafaela OPCq indikatorn)	för fortsatt vård).  Hela rubriken raderas (vårdtyngden dokumenteras inte), om enheten inte använder ett system för vårdtyngdsklassificering.
Plan	Rubrik vid vilken antecknas en plan för den fortsatta vården där patientens tillstånd, undersökningar, vård, rehabilitering och ordnandet av dessa tas upp.	<i>Planerad fortsatt vård/rehabilitering/terapi</i>  <i>Saker som avtalats med patienten och dennas närstående</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information om bokade kontrolltider och information till platsen för fortsatt vård</li> <li>• Vårdförnödenheter (behövs inte/skaffar själv/getts med)</li> </ul>	En beskrivning av faktorer som stöder patientens egenvård och planerad fortsatt vård/rehabilitering/terapi . Uppgifterna innefattar orsaken för fortsatt vård, platsen för fortsatt vård och information om tjänsterna (måltider/hemhjälp/hemsjukhus). Efter behov också information om huruvida de anhöriga är medvetna om förflyttningen.
Läkemedelsbehandling	Rubrik vid vilken dokumenteras anteckningar om patientens läkemedelsordinationer, läkemedelsadministration och kontroll av medicinering samt bedömningar, kommentarer och motiveringar för beslut som anknyter till läkemedelsbehandlingen. OBS. Strukturerade läkemedelsanteckningar görs alltid på LÄK-skärmen.	<i>Läkemedel som administrerats i dag och administrationstider</i>	Dokumentera uppgifter, om patientvården kräver att uppgifter om patientens medicinering förmedlas, t.ex. mediciner som patienten fått på avresedagen (Varfarin), inklusive klockslag.
Annan anteckning	Rubrik vid vilken dokumenteras	<i>Enhetsens namn, Sjukhus</i>	

Nationella rubriker	Nationell beskrivning	Innehåll	Ändamål
	uppgifter som inte kan hänföras till andra rubriker.	<i>Adress Enhetens telefonnummer De anhöriga har informerats om förflyttning/utskrivning Medföljande egendom Uppgifterna dokumenterade av, namn och yrkesbeteckning</i>	

Tabell 2. Exempel på sammanfattning av vårdarbetet

Slutbedömning	Vårdperiod 23.9.2019–28.9.2019. Avdelningsvård på grund av smärta i nedre delen av buken och svullen mage. I syfte att utreda symtomen öppnades bukväggen. Bor ensam, klarar sig inte hemma, de anhöriga långt borta. Inte haft hemhjälp tidigare.
Vårdbehov	<p>SMÄRTBEHANDLING / <b>Akut smärta</b>. Dagligen smärta i nedre delen av buken. Ibuprofen hjälper inte. Kraftig sårsmärta tidvis.</p> <p>VÄVNADSINTEGRITET / <b>Kirurgiskt sår</b>. Bukväggen öppnades för fyra dagar sedan.</p> <p>FÖRMÅGA ATT KLARA SIG / <b>Behov av stöd för att klara sig</b>. Klarar sig inte utan hjälp i hemmet. Rädd för cancersjukdom.</p>
Vårdåtgärder	<p>SMÄRTBEHANDLING / <b>Bedömning av smärtans karaktär</b>. Kraftig, molande sårsmärta och smärta i nedre delen av buken efter att patienten utträttat morgonbestyren och varit i rörelse. VAS 6–7.</p> <p>VÄVNADSINTEGRITET / <b>Uppskattning av mängden sårsekret</b>. Ingen sekretutsöndring från såret. Snygga suturmärken.</p> <p>NUTRITION / <b>Måltidsuppföljning</b>. Dålig aptit. Magen känns full och sväller. Tilläggsnäring har erjudits, och dessa har smakat.</p> <p>FÖRMÅGA ATT KLARA SIG / <b>Stöd för förmågan att klara sig</b>. Frågor som anknyter till sjukdomen har diskuterats. Grubblar mycket över fortsättningen. Diskuterat med en cancersjukskötare.</p>
Vårdresultat	SINNESFUNKTIONER OCH NEUROLOGISKA FUNKTIONER. Status "OF" Oförändrad. Fortfarande smärta i nedre delen av buken (VAS 3–4), listsmärtstillande räcker inte, behöver starkt extra smärtstillande läkemedel 2–3 gånger per dag. Bara smärta som tilltar vid motion, rör sig försiktigt p.g.a. smärtan.

	<p>UTSÖNDRING. Status "OF" Oförändrad. Magen fungerat bra med litet lavemang 27.9.</p> <p>VÄVNADSINTEGRITET. Status "BÄT" Förbättrad. Sår läkningen har framskridit.</p> <p>FÖRMÅGA ATT KLARA SIG. Status "OF" Oförändrad. Behöver hjälp med att tvätta sig och uppmuntran för att röra på sig. Rullator som hjälpmedel för att röra på sig. Cancersjukskötares besök gav lättnad. Stort behov av att diskutera frågor som gäller sjukdomen.</p>
Vårdtyngd	Poäng totalt: 15 p Klass: III: större vårdbehov än genomsnittet (Rafaela OPCq-indikator)
Plan	SAMORDNING AV VÅRDEN OCH DEN FORTSATTA VÅRDEN. Förflyttas för fortsatt vård till Sinervä hälsovårdscentral. Borttagning av suturer 10.10.2019. Information om den fortsatta vården enligt patologins svar.
Läkemedelsbehandling	LÄKEMEDELSBEHANDLING / Oral administration av läkemedel. Fått morgonläkemedlen kl. 7.00 och OXIKODONHYDROKLORID 1 X 5 mg kapsel mot smärta i nedre delen av buken kl. 10.00
Annan anteckning	Kirurgiska avdelningen 3, Sjukhus Sinervä. Sinervä vägen 4, 26660 SINERVÄ. telefon 040-556 6227. Sonen medveten om förflyttningen. Sari Saarni, sjukskötare.

## Strukturerad dokumentation av vårdarbetet med hjälp av FinCC-klassificeringen

De centrala strukturerade uppgifterna för vårdarbetet bildar innehållsstrukturen för dokumentationen av de dagliga anteckningarna om vårdarbetet. Centrala strukturerade uppgifter för processfaserna i vårdarbetet (vårdbehov, vårdåtgärder, vårdresultat, vårdtyngd och sammanfattning av vårdarbetet) dokumenteras med hjälp av klassificeringshelheten Finnish Care Classification, dvs. FinCC. FinCC, dvs. den finländska klassificeringshelheten för vårdarbetet består av den finländska klassifikationen av vårdbehov (SHTaL 4.0), Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete (SHToL 4.0) och den finländska klassifikationen av vårdresultat (SHTuL 1.0) (Bild 1)

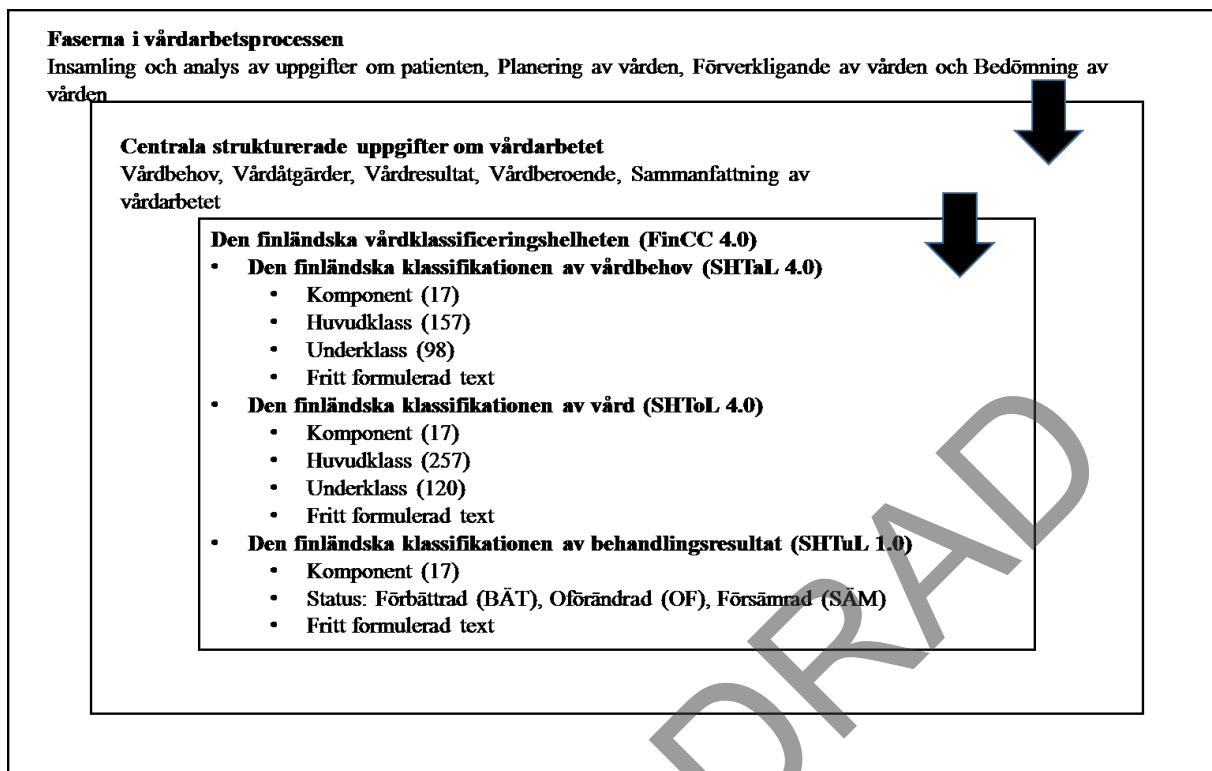


Bild 1. Enligt den finländska modellen för dokumentation av vårdarbete FinCC 4.0 (Mykkänen 2019, enl. Tanttú 2009)

Klassifikationen av vårdbehov och klassifikationen av funktioner inom vårdarbete tillämpas för den strukturerade dokumentationen av den dagliga vården vid polikliniker och vårdavdelningar inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Båda klassifikationerna kan tillämpas separat, men den största nyttan uppnås när dessa tillämpas parallellt. När patientens vårdbehov och vården som getts under de olika faserna av vårdprocessen beskrivs med hjälp av behovs- och vårdklassifikationerna får man en konsekvent helhetsbild av patientens tillstånd och förändringarna i detta.

Den finländska klassifikationen av vårdbehov SHTaL och den finländska klassifikationen av vård SHToL består vardera av 17 komponenter, dvs. innehållsområdet för vårdarbetet, och varje komponent innehåller ett varierande antal huvud- och underklasser. I tabell 1 beskrivs komponenterna och innehållet i dessa.

Tabell 3. FinCC 4.0 komponenterna (17) och beskrivning av komponentinnehållet

Komponent	Beskrivning av komponentinnehållet
Ämnesomsättning	Delfaktorer som anknyter till ämnesomsättningen och immunsystemet.
Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner	Delfaktorer som anknyter till sinnesfunktionerna och de neurologiska funktionerna.
Livscykel	Delfaktorer som anknyter till livsskedena.
Utsöndring	Delfaktorer som anknyter till matsmältningen, urinvägsfunktionen, blödning och annan utsöndring.
Andning	Delfaktorer som anknyter till lungfunktionen, andningen och för andningsarbete.
Samordning av vården och den fortsatta vården	Samordning och styrning av multiprofessionell vård samt individuella tjänstebehov.
Smärtbehandling	Delfaktorer som anknyter till smärta och smärtbehandling.
Vävnadsintegritet	Delfaktorer som anknyter till hudtagningsställe, hudtransplantation och hudflikar, inkl. slem- och hornhinnor samt hud och subkutana lager.
Läkemedelsbehandling	Delfaktorer som anknyter till läkemedelsanvändning och genomförande av läkemedelsbehandling.
Vätskebalans	Delfaktorer som anknyter till kroppens vätskevolym.
Psykisk funktionsförmåga	Delfaktorer som anknyter till den psykiska balansen.
Dagliga funktioner	Delfaktorer som anknyter till de dagliga funktionerna och den fysiska funktionsförmågan och patientinvolvering.
Nutrition	Delfaktorer som anknyter till näring och tryggnad av näringsämnen.
Förmåga att klara sig	Individens eller familjens förmåga att klara av problem som anknyter till eller orsakas av hälsa, förändringar i denna samt vardag, arbete och socialt umgänge.
Hälsobeteende	Delfaktorer som anknyter till hälsofrämjande.
Säkerhet	Säkerhetsrisker som orsakas av patientens självbestämmanderätt, sjukdom eller vårdmiljö.



Komponent	Beskrivning av komponentinnehållet
Blodcirkulation	Delfaktorer som an knyter till blodcirkulationen i olika organ.

Den högsta hierarki- dvs. komponentnivån har en gemensam rubrik för ämnesområdet som innehåller konkreta huvud- och underklasser. Komponenterna beskriver den mest abstrakta dokumentationsnivån. Klassificeringshierarkin samt antalet huvud- och underklasser i SHTaL- och SHToL-klassificeringarna 4.0 visas på bild 2.

I tabell 2 och på bild 2 illustreras hur faserna i vårdbeslutsprocessen, de centrala strukturerade uppgifterna för vårdarbetet och FinCC-klassificeringarna sammanlänkas. För bedömningen av patientens vårdbehov insamlas bakgrundsuppgifter av patienten, intervjuer görs och den insamlade informationen analyseras. 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 behovsenliga vården och väljs de planerade vårdåtgärderna genom att tillämpa huvud- och underklasserna i vårdklassificeringen. Vid förverkligandet av vården dokumenteras den realiserade vården med hjälp av klassificeringen av vård. Slutligen bedöms vårdresultatet i förhållande till patientens vårdbehov, målet och den förverkligade vården samt väljs status för vårdresultatet. Patientens vårdtyngd bedöms i allmänhet en gång per dygn med hjälp av den för ändamålet utvecklade indikatorn för vårdtyngdsklassificering samtidigt som en bedömning görs av den realiserade vårdens kravnivå. 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. Dokumentation i enlighet med processmodellen för vårdbeslutsprocessen med hjälp av SHTaL- och SHToL-klassifikationerna.

Faserna i vårdbeslutsprocessen	Central strukturerad information för vårdarbetet	Tillämpning av FinCC-klassificeringen
Fastställande av vårdbehovet:	Vårdbehov	Med hjälp av huvud- och underklasserna i SHTaL
Insamling och analys av uppgifter om patienten.		SHTaL och säkerhetsgraden för vårdbehovet fastställs enligt skalan SÄK: säker, SAN: sannolik, MIS: misstänkt
Vårdplanering		Med hjälp av <b>SHTaL</b> -komponent och/eller huvud- och underklasser
Slutsatser, dvs. fastställande och prioritering av vårdbehov.		Planerade vårdåtgärder fastslås

Faserna i vårdbeslutsprocessen	Central strukturerad information för vårdarbetet	Tillämpning av FinCC-klassificeringen
Fastställande av mål, dvs. förväntade resultat, och val av vårdåtgärder.		Med hjälp av huvud- och underklasserna i SHToL
Förverkligande av vården  Genomförande av den uppsatta vårdplanen.	Vårdåtgärder	Med hjälp av huvud- och underklasserna i SHToL
Vårdbedömning  Bedömningen görs i förhållande till vårdbehovet, målen och den förverkligade vården. Bedömningen görs dagligen, efter behov vid varje arbetsskift och i samband med förändringar i patientens hälsa samt alltid när vården avslutas.	Vårdresultat	Med hjälp av SHTuL-komponent  Status för vårdresultat: förbättrad BÄT/försämrad SÄM/oförändrad OF, efter behov kompletterad med fritt formulerad text (beroende på datasystem också möjligt att dokumentera på komponent-, huvud- eller underklassnivå)
	Sammanfattning av vårdarbetet	En sammanställning görs av uppgifter om vårdarbetet som är centrala med tanke på vårdperioden och som efter behov kompletteras med hjälp av huvud- och underklasserna för klassificeringen av vårdarbete och eventuellt med fritt formulerad text. Uppgift om vårdtyngdsklass för förflyttningsdagen numeriskt och verbalt.
	Vårdtyngd	Bedömning av patientens vårdtyngd med indikatorn för vårdtyngdsklassificering. I den utsträckning det är möjligt används uppgifter om den förverkligade vården som dokumenterats med hjälp av FinCC-klassificeringen.

## Den finländska klassifikationen av vårdbehov SHTaL 4.0

Den finländska klassifikationen av vårdbehov (SHTaL 4.0) presenteras i alfabetisk ordning enligt komponent. Efter namnet på varje komponent finns en kort beskrivning i kursivstil följt av en närmare beskrivning av komponentinnehållet. Vid varje komponent förklaras de centrala begreppen och i synnerhet de begrepp som kan bli svåra att tolka. Beskrivningen av begreppen grundar sig på verken och undersökningarna som tas upp i källförteckningen. I regel nämns inte källorna separat i anknytning till faktainnehållet.

Efter beskrivningen av innehållet presenteras komponenternas egentliga huvud- och underklasser i tabellform. I uppställningen är huvudklassen den första från vänster och har skrivits i fet stil. Underklasserna har skrivits i normal text under den aktuella huvudklassen. Vid vissa huvud- och underklasser finns en preciserande förklaring av den egentliga termen eller det egentliga begreppet i klassen.

I slutet finns några exempel på hur huvud- och underklasserna används i dokumentationen av patientens vårdbehov. Vårdbehovet är vårdpersonalens beskrivning av eventuella nuvarande eller framtida problem som anknyter 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 efter behov kan skötaren med egen fritt formulerad text komplettera eller precisera den valda huvud- eller underklassen i SHTaL. I många av de framlagda dokumentationsexemplen finns en fritt formulerad precisering av dokumentationen. Denna behövs endast i det fall att huvud- eller underklassen som sådan inte är tillräckligt konkret för att beskriva just den aktuella patientens vårdbehov.

### Ämnesomsättning

– delfaktorer som anknyter till ämnesomsättningen och immunsystemet.

Komponenten innehåller vårdbehov som beskriver uppföljningen, övervakningen och behandlingen av patientens ämnesomsättning, hormonella störningar och immunologiska förändringar. De nya huvudklasserna i version 4.0 omfattar olika klasser för lågt och högt blodsockervärde. Nya klasser har också skapats för fraktrisker, störningar i lymfcirkulationen och försiktighetsåtgärder i anknytning till infektioner. Med hjälp av dessa kan vi också dokumentera och utnyttja uppgifter som kommit upp i övervakningen, t.ex. dokumentation av blodsockerresultat direkt från systemet eller apparaten.

### Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner

– delfaktorer som anknyter till sinnesfunktionerna och de neurologiska funktionerna

Komponenten inkluderar vårdbehov med hjälp av vilka beaktande tas till förändringar och störningar i patientens hörsel-, syn-, känsel-, lukt- och smak- samt balanssinnen och till hjälpmetoder som främjar sinnesfunktionerna. Förändringar i medvetandenivån och neurologiska förändringar kan beskrivas med denna komponent. De nya huvudklasserna i denna version omfattar bl.a. förlamningssymtom, ticks och slapphet.

### Livscykel

– delfaktorer som anknyter till livsskedena

Komponenten innehåller vårdbehov som används i hälsosituationer som anknyter till patientens eller klientens olika livsskeden, till exempel frågor gällande reproduktiv och sexuell hälsa samt vårdbehov i anslutning till graviditet och förlossning. De nya klasserna är arbets- och funktionsförmåga, annalkande död och behov som anknyter till föräldraskap.

### Utsöndring

- delfaktorer som anknyter till matsmältning, urinvägsfunktion, blödning och annan utsöndring

Komponenten innehåller vårdbehov som anknyter till patientens matsmältnings-, tarm- och urinvägsfunktioner. Denna komponent innehåller bl.a. avförings- och urininkontinens, kräkningar och illamående. Patientens vårdbehov kan dokumenteras direkt i fritt formulerad text under huvudklassen.

### Andning

- delfaktorer som anknyter till lungfunktionen och andningen

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 höjd 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 vården och den fortsatta vården

- samordning och styrning av multiprofessionell vård samt individuella tjänstebehov.

Komponenten innehåller behov av handledning och information om vårdåtgärder, undersökningar eller ingrepp som ska vidtas och som anknyter till patientvården. Enligt planen vidtas dessa när patienten besöker en mottagning eller under patientens vårdperiod. De kan också omfatta hälso- och experttjänster som tillhandahålls efter dessa. De nya klasserna i klassificeringsversionen omfattar behov av information i anknytning till vätskebalans, smärta och motion. Avsikten är att enligt patientens information om behov dokumentera faktorerna under den aktuella klassen. Det rekommenderas inte att endast en klass används för att fastställa behovet av information.

### Smärtbehandling

- delfaktorer som anknyter till smärta och smärtbehandling.

Denna komponent är helt ny i den aktuella klassificeringsversion. Den innefattar separata klasser för magsmärta, öronsmärta, ryggsmärta, förlossningssmärta. Observera dock att behovet av information om smärta finns i komponenten samordning av vården och den fortsatta vården. I dokumentationen av smärta är det viktigt att identifiera olika delfaktorer som anknyter till karaktären och intensiteten av smärtan.

### Vävnadsintegritet

- delfaktorer som anknyter till hudtagningsställe, hudtransplantation och hudflikar, inkl. slem- och hornhinnor samt hud och subkutana lager

Komponenten innehåller huvudklasser med en beskrivning av vårdbehovet i anknytning till hud och vävnadsintegritet. Komponenten har inga som helst underklasser för att göra det lättare att dokumentera patientens behov. De nya klasserna som inkluderats i version 4.0 omfattar bl.a. baddning, muskelflik, krosskada, skärsår, sticksår och krossår. Också skottsår och bitsår är nya huvudklasser.

För trycksår används många skalor i Finland. 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-riskklassificeringsindikatorn 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 riskklassificeringen. En annan indikator för risken för trycksår är Jacksons och Cubbs indikator för risken för trycksår. Denna har utvecklats för identifiering av risken för trycksår hos intensivvårdspatienter. Med denna bedöms risken en gång per dygn, och indikatorn har 12 underklasser. Riskbedömningen grundar sig på en skötares bedömning. Vid dokumentation av risken för trycksår är det viktigt att uppge vilken indikator som använts och vilket resultat denna indikator har gett.

### Läkemedelsbehandling

– delfaktorer som anknyter till läkemedelsanvändning och genomförande av läkemedelsbehandling

Komponenten innehåller vårdbehov som används vid dokumentation av behov som uppkommit i patientens läkemedelsbehandling. Genom dokumentation av behovet kan en beskrivning ges av exempelvis ett läkemedels verkningar, handledning om läkemedelsbehandling för en patient eller när det behövs för att beskriva ett avsteg från t.ex. det normala sättet att administrera läkemedel (bl.a. att läkemedlen krossas) eller när ett läkemedel administreras utan hänsyn till patientens vilja.

Olämplighet av en medicinering, biverkningar av läkemedel och samverkningar av läkemedel hör till denna komponent. En annan viktig huvudklass är behovet av hjälp med medicineringen. Denna kan användas när det har konstaterats att en patient har problem med att ta eller dosera läkemedel.

Vissa behov av medicinering kan också inkludera läkemedelsbehandling som kräver extra uppföljning. 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 anknyter till kroppens vätskevolym

Komponenten innehåller vårdbehov som kan användas för att dokumentera bl.a. risk för störning i patientens vätskebalans, för uttorkning eller ökad vätskevolym (t.ex. Svullnader). Som nya klasser i denna version har man publicerat Behov av att reglera vätsketillförsel, Ökad vätskevolym, Störning i elektrolytbalansen.

### Psykisk funktionsförmåga

- delfaktorer som anknyter till den psykiska balansen

Komponenten innehåller vårdbehov som anknyter till den psykiska balansen. Komponentens namn har också utvidgats till att gälla förutom psykisk balans också funktionsförmåga och anknytande behov. Olika affektiva störningar och sjukdomar är nya huvudklasser i denna klassificeringsversion.

### Dagliga funktioner och initiativförmåga

- delfaktorer som anknyter till de dagliga funktionerna och den fysiska funktionsförmågan

Komponentens namn har utvidgats till att också gälla initiativförmåga. Komponentens innehåller vårdbehov som har identifierats hos en patient 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 anknyter till näring och trygghet av näringsämnen

De nya klasserna i komponenten omfattar 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 av problem som anknyter till eller orsakas av hälsa, förändringar i denna samt vardag, arbete och socialt umgänge

Två nya klasser, Risk för marginalisering och Levnadsförhållanden som är skadliga för hälsan, har inkluderats i komponenten. Den senare inkluderar också strålrisk. Textändringar har gjorts i klasserna i komponenten Förmåga att klara sig för att klasserna ska vara tydligare och lättare att förstå. Behov som anknyter till de anhörigas och närstående personers försämrade förmåga att klara sig dokumenteras i ett separat dokument, om dessa inte har direkt anknytning till den egentliga patientens vård. Vid dokumentation av patientdata används i detta fall Behov av stöd för att klara sig.

### Hälsobeteende

- delfaktorer som anknyter till hälsofrämjande

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

### Säkerhet



– säkerhetsrisker som orsakas av patientens självbestämmanderätt, sjukdom eller vårdmiljö

Komponenten innehåller som klarläggande definition vid punkten Bärare av smittosam sjukdom ett omnämnande av att den innefattar smittbärare och predisposition som bör observeras i vården.

### Blodcirkulation

– delfaktorer som anknyter till blodcirkulationen i olika organ

Komponenten innehåller en ny klass, störning i den perifera blodcirkulationen. Till övriga delar används samma klasser i klassificeringen. Svullnad har flyttats till huvudklassnivån, och vid denna kan svullnader som orsakats av patientens blodcirkulation dokumenteras.

## Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete SHToL 4.0

Vid varje komponent förklaras de centrala begreppen och i synnerhet de begrepp som kan bli svåra att tolka. Beskrivningen av begreppen grundar sig på verken och undersökningarna som tas upp i källförteckningen. Källorna nämns inte separat i anknytning till faktainnehållet.

Vid varje komponent finns exempel på hur vårdklassificeringen använts i planeringsfasen av vården då s.k. planerade aktiviteter fastställs eller hur huvud- och underklasserna i vårdklassifikationen använts för att beskriva det utförda vårdarbetet

För huvudklassen söks den underklass som används i dokumentationen eller också preciseras dokumentationen av vårdåtgärden med fritt formulerad text, om det är nödvändigt. Utöver fritt formulerad text kan man (beroende på situationen) lagra strukturerad information med valet Ja/Nej eller genom att direkt ange ett mätt värde (till exempel vikt = 42 kg).

### Ämnesomsättning

- delfaktorer som anknyter till ämnesomsättningen och immunsystemet.

Komponenten innehåller vårdåtgärder som beskriver uppföljningen, övervakningen och behandlingen av patientens ämnesomsättning, hormonella störningar och immunologiska förändringar.

I vårdjournalen dokumenteras uppföljningen av patientens blodsockernivå, uppföljning av gulhet hos både nyfödda och vuxna patienter. Olika åtgärder för att isolera en patient hör också till denna komponent.

Identifiering av risk för frakturer innefattar användning av WHO:s räknare för risken för frakturer (FRAX).

### Sinnesfunktioner och neurologiska funktioner

- delfaktorer som anknyter till sinnesfunktionerna och de neurologiska funktionerna
- Komponenten inkluderar vårdåtgärder med hjälp av vilka beaktande tas till förändringar och störningar i patientens hörsel-, syn-, känsel-, lukt- och smak- samt balanssinnen och till

hjälpmetoder som främjar sinnesfunktionerna. 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 darningar innefattar också ticks (TIC-symtom). I bedömningen av medvetandenivån kan GCS tillämpas (Glasgow Coma Scale score).

### Livscykel

- delfaktorer som anknyter till livsskedena

Komponenten innehåller vårdåtgärder som används i hälsosituationer som anknyter till patientens eller klientens olika livsskeden, till exempel frågor gällande reproduktion och preventivrådgivning samt vård i anslutning till graviditet och förlossning. Komponentens Livscykel innefattar uppföljning av vård i anslutning till patientens normala åldersliga tillväxt och utveckling, till exempel åldersliga rådgivningskontroller för barn, skolhälsovårdens hälsokontroller för skolelever osv. Också de sista faserna av livscykeln, terminalvården, dokumenteras i denna komponent vid komponenten förverkligande av palliativ vård.

En vårdåtgärd för vård av en döende patient används också vid dokumentation av sådana faktorer gällande patienten som hänför sig till tiden efter bortgången. Komponentens Förmåga att klara sig innehåller en vårdåtgärd för stöd för anhöriga och närstående personer.

### Utsöndring

- delfaktorer som anknyter till matsmältning, urinvägsfunktion, blödning och annan utsöndring
- Komponenten innehåller vårdåtgärder för stöd och hjälp gällande patientens behov av vård i anknytning till matsmältning, tarm- och urinvägsfunktion. Denna komponent innefattar också vård och handledning för patienter som lider av illamående och kräkningar samt förverkligande av och handledning för dialysbehandling samt beaktande av andra speciella aktiviteter.

För införsel av permanent kateter dokumenteras datum, klockslag, kateterns art och storlek i vårdjournalen. Med dränsekret avses sekret i alla typer av drän och vävnadssugning.

Enterostomibehandling innefattar också alla anknytande vårdåtgärder. Inläggning av nasogastrisk sond innefattar både nutitions- 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.

I vårdjournalen specificeras avföringstyperna enligt den så kallade Bristols avföringsskala-modellen som utvecklats av doktor K. Hering vid Bristols universitet (Bristol Stool Scale).

- Typ 1: separata hårda klumpar, som nötter (svåra att klämma ut)
- Typ 2: korvformade med klumpar
- Typ 3: som en korv med sprickor på dess yta
- Typ 4: som en korv eller orm, jämn och mjuk
- Typ 5: mjuka klumpar med tydliga kanter (lätta att klämma ut)
- Typ 6: fluffiga bitar med trasade kanter, en mosig konsistens
- Typ 7: vattnig utan bitar. Helt flytande

### Andning

- delfaktorer som anknyter till lungfunktionen, andningen och för andningsarbete.

Komponenten innefattar vårdåtgärder för uppföljning av patientens andning, andningssekretets mängd, art och funktioner samt för främjande och upprätthållande av andnings- 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 flaskblåsning avses inblåsningar i positivt tryck.

### Samordning av vården och den fortsatta vården

- samordning och styrning av multiprofessionell vård samt individuella tjänstebehov. Komponenten innehåller vårdåtgärder som används för att planera, handleda, samordna och utföra hälso- och experttjänster som tillhandahålls under eller efter patientens besök till en mottagning eller patientens vårdperiod.

Åtgärdsförberedelserna innefattar också patienthandledning, provtagning och undersökningsförberedelser. Med utförande 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 klassificeringen.

Ordnande av hjälpmedel innefattar också madrasser, liggunderlag, sittdynor, madrassöverdrag för förebyggande av trycksår samt specialanordningar. Målet är att man i datasystemet ska kunna använda nomenklaturen för hjälpmedel (ISO 9999 hjälpmedelsklassificering). Tryggheten av patientens rättigheter innefattar också information om patientens rättigheter.

### Smärtbehandling

- delfaktorer som anknyter till smärta och smärtbehandling.

Denna komponent innefattar uppföljning av patientens smärtor och olika behandlingsmetoder. Smärtstället och -intensiteten kan också bedömas både i vilotillstånd och när patienten rör på sig. I bedömningen av smärtintensiteten används exempelvis indikatorerna VAS, NRS eller VDS. För bedömningen av smärtans karaktär och tidsmönster finns en underklassificering för att förenhetliga dokumentationen. Med bedömning av smärtans varaktighet avses till exempel smärta som hållit i sig flera timmar. Med tidsmönster avses smärta som är exempelvis kontinuerlig eller situationsspecifik.

Vårdåtgärder som innefattar läkemedelsfri smärtbehandling finns som underklasser, till exempel vattenterapi vid förlossning. Avslappningsmetoderna innefattar också bland annat användning av musik. Med medvetenhetsövning avses till exempel Mindfulness-metoder.

### Vävnadsintegritet

- delfaktorer som anknyter till hudtagningsställe, hudtransplantation och hudflikar, inkl. slem- och hornhinnor samt hud och subkutana lager

Komponenten innehåller vårdåtgärder för att beskriva uppföljningen av skicket på patientens hud och slemhinnor, hudvård och -uppföljning samt metoder för att behandla eksem. Komponenten 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 klarlägga 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 information från en riskindikator.

### Läkemedelsbehandling

- delfaktorer som anknyter till läkemedelsanvändning och genomförande av läkemedelsbehandling

Komponenten innehåller vårdåtgärder för att dokumentera planerade aktiviteter i syfte att uppnå målen för vården inom delområdet patientens läkemedelsbehandling samt beskriva genomförandet av patientens läkemedelsbehandling.

Patientens medicinering, inklusive olika preparat och administrationsstider dokumenteras i delen läkemedelsbehandling i patientjournalen. Medicinering som ges patienten efter behov (t.ex. smärtstillande läkemedel) dokumenteras som administrationsdokumentation i det för ändamålet reserverade fältet i patientjournalen, men det som är särskilt viktigt är att det av patientjournalen

framgår varför det behövliga läkemedlet har administrerats varefter en bedömning görs av verkningarna.

Genom dokumentation kan en beskrivning ges av exempelvis ett läkemedels verkningar, handledning om läkemedelsbehandling för en patient eller när det behövs för att beskriva ett avsteg från t.ex. det normala sättet att administrera läkemedel (bl.a. att läkemedlen krossas) eller när ett läkemedel administreras utan hänsyn till patientens vilja.

Uppföljningen av ett läkemedels verkningar innefattar också den läkemedelsbehandling som kräver extra uppföljning som tas upp i SHTaL (Svart triangel med spetsen neråt som finns i läkemedlets bipacksedel).

### Vätskebalans

- delfaktorer som anknyter till kroppens vätskevolym

Komponenten innehåller vårdåtgärder för uppföljning av patientens vätskebalans, behandling och korrigerande av förändringar i denna.

Införande och borttagning av venkanyl samt säkerställande av kanylernas funktion finns i denna komponent till följd av att de ovan nämnda vårdåtgärderna är en förutsättning för intravenös administration av vätskor och blodpreparat. Tidpunkten för införande av venkanylen, kanylens storlek och dess placering dokumenteras i vårdjournalen.

Administration 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 fastställande av vätskebalansen avses av skötaren vidtagna åtgärder (t.ex. användning av vätskelista och beräkning av vätskebalansen med hjälp av denna).

### Psykisk funktionsförmåga

- delfaktorer som anknyter till den psykiska funktionsförmågan

Komponenten innehåller vårdåtgärder för vårdarbetet för uppföljning av patientens psykiska tillstånd och sinnestillstånd, identifiering av eventuella störningar i beteendet och observationsförmågan. Genom dessa försöker man skapa och upprätthålla vårdförhållandet med hjälp av exempelvis terapimetoder.

Dessutom innehåller komponenten vårdåtgärder som vidtas i syfte att bidra till att patientens psykiska funktionsförmåga uppnås, till exempel genom att tillämpa olika terapimetoder och stärka sinnet för realiteter.

För förverkligandet av isoleringsvård dokumenteras uppföljningen under isoleringen och frågor i anslutning till upplösningen av isoleringsvården efter isoleringen.

Egenskötardiskussion ingår i genomförandet av terapimetoderna.

### Dagliga funktioner och initiativförmåga

- delfaktorer som anknyter till de dagliga funktionerna, den fysiska funktionsförmågan och patientinvolvering

Komponenten innehåller vårdåtgärder med hjälp av vilka man tar hand om, stöder och assisterar patienten för att hen självständigt ska klara av vardagssysslor, till exempel att tvätta sig, äta, röra på sig, gå på toaletten och sköta allmänna ärenden. Komponentens innehåller dessutom funktioner för begränsning av aktiviteten, dokumentation av uppföljningen av sömn- och vakenhetstillståndet. Bedömning av den fysiska funktionsförmågan innefattar mätning av den fysiska funktionsförmågan (till exempel Barthel-indexet). Mun- och tandvård innehåller också rengöring av tandprotes.

Med assistans i vardagssysslor avses åtgärder som inte utgör vård, till exempel att bära ved hos klienten eller assistera vid matuppköp.

### Nutrition

- delfaktorer som anknyter till näring och trygghet av näringsämnen

Komponenten innefattar vårdåtgärder för uppföljning och säkerställande av samt sörjande för delfaktorer som anknyter till patientens (också spädbarn) nutrition. Skötaren kan tillsammans med patienten och en näringsterapeut planera patientens behov av tilläggsnäringssämnen och förverkliga sondmatning som planerats för patienten. Vid övervakning av barnens näring registrera hur bra barnet ammar och hur mycket barnet fårytterligare mjölk. De värden som dokumenterats i vårdjournalen, till exempel vikt, längd och midjemått, överförs i datasystemet automatiskt till vårdtabellen. I bedömningen av risken för undernäring används riskindikatorerna NRS 2002, MNA och MUST. När förverkligandet av en specialdiet dokumenteras kan datasystemet klassificera informationen i enlighet med THL:s Typklassificering av specialdiet.

Förverkligandet av effektiviserad nutritionsvård innefattar kompletterande näringspreparat, intravenös näringstillförsel, servering av favoriträtter och näringstillskott. Med införande och borttagning av näringssond avses förutom nasogastrisk sond också en PEG-sond.

### Förmåga att klara sig

- individens eller familjens förmåga att klara av problem som anknyter till eller orsakas av hälsa, förändringar i denna samt vardag, arbete och socialt umgänge

Komponenten innehåller vårdåtgärder för att stödja patientens och/eller familjens förmåga att klara av olika förändringar på grund av livssituationen och hälsotillståndet och problem som anknyter till socialt umgänge. Genom vårdåtgärderna försöker man också stärka patientens egna kraftresurser och hjälpa patienten att söka nya modeller för att klara sig.

Stöd för anhöriga och närstående innehåller alla kommunikationsformer, till exempel telefonsamtal eller kontakter som tagits genom andra kommunikationsmedier, för diskussion om situationen eller mentalt stöd för patientens närkrets. Också diskussioner enligt arbetsmetoden Föra barnen på tal ingår i denna vårdåtgärd.

Till stöd för den sociala funktionsförmågan hör förutom interaktion också tillhandahållande av mentalt stöd i form av empati, vänlighet, tröstande ord och varma handtryckningar.

Kommunikationsstödet omfattar identifiering av tanke- och talstörningar samt anlitande av tolktjänster som alla patienter har rätt till vid behov.

### Hälsobeteende

- delfaktorer som anknyter till hälsofrämjande

Komponenten innehåller vårdåtgärder för att följa upp levnadsvanor, reda ut beroenden, försöka främja vårdengagemang och hälsa.

Vårdåtgärden för att främja vårdengagemang kan också användas för uppgörande av ett vårdavtal samt engagerande i planering och genomförande av vården.

Utredning av motionsvanor innehåller också utredning av motionsberoende. För utredning av rusmedelsanvändning dokumenteras också AUDIT-C, AUDIT-resultat eller resultat enligt Fagerströms indikator. AUDIT-C används primärt som den första indikatorn för rusmedelsanvändning. Om dess resultat kräver att AUDIT med 10 frågor görs, kan denna göras i tillägg till AUDIT-C.

### Säkerhet

- säkerhetsrisker som orsakas av patientens självbestämmanderätt, sjukdom eller vårdmiljö

Komponenten innehåller vårdåtgärder med hjälp av vilka man försöker förbättra patientens yttre säkerhet genom att exempelvis ordna en miljö som är säker med tanke på patientvården och beakta eventuella risker för olycksfall (t.ex. fallolyckor). Med tanke på patientens säkerhet och målen för vården måste man ibland begränsa patientens motion och kontakter samt hantera patientens hotfulla beteende bland annat genom att lugna patienten med hjälp av spännbälten. I detta fall ska de legislativa anvisningarna om användning av spännbälten beaktas och åtgärderna dokumenteras i patientjournalen. Datasystemet ska stödja lagringen av datum och klockslag i vårdjournalen enligt begränsningarna i de legislativa anvisningarna.

Oavsett motstånd inkluderar den nödvändiga vården begreppet tvångsvård vars innehåll fastställs i lagstiftningen. Användning av utrustning och kläder som begränsar rörelsefriheten innefattar fastspänning, spänntäcken samt annan utrustning och andra kläder för detta ändamål. Funktionen farnvård innefattar också hudkontakt.

Bedömningen av risken för fallolyckor inkluderar indikatorerna FROP-Com- och FRAT (kort och omfattande), TUG-indikatorn samt UKK-institutets test för bedömning av risken för fallolyckor. I dokumentationen av konstaterande av olycksfall står underklasser till förfogande för huruvida det aktuella olycksfallet gett upphov till men för patienten eller inte. THL:s webbplats innehåller mer information om bedömning av risk för fallolyckor och förebyggande av dessa.

<https://thl.fi/en/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/turvallisuuden-edistaminen/tapaturmien-ehkaisy/ikaantyneiden-tapaturmat/kaatumisten-ehkaisy/kaatumisvaaran-arviointi/tyovalineita-kaatumisvaaran-arviointiin>

### Blodcirkulation

- delfaktorer som anknyter till blodcirkulationen i olika organ

Komponenten innehåller vårdåtgärder för uppföljning och främjande av blodcirkulationen i olika organ, uppföljning av bland annat blodtryck, puls och hjärtrytm, hudfärg och -temperatur samt sörjande för ställningsvård som upprätthåller blodcirkulationen. Uppföljningen av kroppstemperatur, blodtryck, puls och rytm som dokumenterats i vårdjournalen överförs automatiskt i datasystemet till vårdtabellen genom att använda underklassen.

Sörjande för temperaturlansen i kroppen innefattar att höja, sänka och upprätthålla temperaturen. Den vårdåtgärd som är avsedd för uppföljning av hjärtrytmen tillämpas också för dokumentation av EKG-tagning.

Med svullnadsprofylax avses bland annat medicinska vårdstrumpor, högläge, flerlagsförband, elastiska förband och kompression.

Hjärt-lungräddning omfattar både grundläggande och avancerad hjärt-lungräddning.

## Dokumentationsexempel

I följande indikativa exempel ges en beskrivning av hur den strukturerade dokumentationen av vårdarbete görs i enlighet med FinCC 4.0. I vissa exempel framhävs i synnerhet dokumentationen av den underklassnivå i vårdklassifikationen (SHToL) som underlättar användningen och gör den smidigare i förverkligandet av vårdprocessen, dvs. vårdåtgärderna. I dessa exempel har en smidig och lättanvändbar dokumentation beskrivits med bland annat tecknet 0, vilket för användaren innebär att antingen Ja- eller Nej-datastrukturen ska användas. Exempelen kan också innehålla annan dokumentation av förverkligandet 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.