



Handbok om dokumentation

Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter

Taina Kauvo och Heikki Virkkunen (red.)

5.0

03 / 2022



Institutet för
hälsa och välfärd

Versionshantering

Version och publiceringsdatum	Ändringar
1.0 2013	Första versionen av handboken
2.0 2015	Andra versionen av handboken
3.0 2018	Tredje versionen av handboken
4.0 2021	<p>Kapitel 3: Uppdaterad enligt ändringar i lagstiftningen. BRC har ändrats till Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata (MDB).</p> <p>Kapitel 5: Nya vyer har lagts till i bild 5.1 och användningen av service- och yrkesspecifika vyer samt vyer med särskilt skydd har preciserats.</p> <p>Kapitel 6: Användningen av rubriken Läkemedelsbehandling har preciserats.</p> <p>Kapitel 9: I tabell 9.1 har kolumn för tilläggsuppgifter och kommande klassificeringar lagts till.</p> <p>Kapitel 10: Visning av riskuppgifter på Mina Kanta-sidorna har ändrats. Tabell 10.2, Grupp R har utvidgats med vårdriktlinjer och vårdavvikelser. Tabell 10.2.3 Klass S4 har lagts till. Tabell 10.2.8 Termerna i klass R2 har preciserats (terminalvård och palliativ vård är vårdriktlinjer) klass R3 har lagts till. Kapitel 10.2.9, Visningen på Mina Kanta-sidorna har ändrats.</p> <p>Kapitel 12 Situationen i Arkivet över bildmaterial har uppdaterats. Kapitel 12.3.5 har lagts till (numreringen för de efterföljande kapitlen har ändrats 12.3.5 -> 12.3.6 och 12.3.6-> 12.3.7)</p> <p>Kapitel 13.1 Kodavgränsning för dokumentation av komplikationer har lagts till.</p> <p>Kapitel 14 Kapitlet har skrivits om för att motsvara situationen enligt nuvarande planer.</p> <p>Kapitel 15.2 Anvisning för dokumentation om avvikelse från vaccinationsrekommendationerna har lagts till.</p> <p>Kapitel 16: Införande av intyg och blanketter i Patientdataarkivet har preciserats.</p> <p>Kapitlen 20–22 har tagits bort. Anvisningarna i kapitlen 20–21 beskrivs i Verksamhetsmodeller för patientdataarkivet. För kapitel 22 hänvisas till Verksamhetsmodeller för patientdataarkivet och tekniska specifikationer.</p> <p>Bilaga 1: separata begreppsbeskrivningar har tagits bort och ersatts av en länk till Ordlistor för social- och hälsovården (Sote-sanastot)</p>

Version och publiceringsdatum	Ändringar
5.0 2022	<p>Kapitel 3: Kapitlet har uppdaterats varvid den nya lagen om kunduppgifter och andra lagändringar har beaktats.</p> <p>Kapitel 7: Kapitel 7.7 har avlägsnats, eftersom det inte finns aktuella planer för fortsatt utveckling av personuppgifter.</p> <p>Kapitel 10 och 19: Separeringen av Viljeyttringstjänsten från Informationshanterings-tjänsten till en egen tjänst har beaktats.</p> <p>I flera kapitel har hänvisningar ändrats till den nya förordningen om journalhand-lingar, och vid behov har den nya termen tillstånd för utlämnande lagts till.</p> <p>Källor: Har kontrollerats och uppdaterats så att de är aktuella.</p>

Sisällys

VERSIONSHANTERING.....	2
TILL LÄSAREN VERSION 2022	8
TILL LÄSAREN VERSION 2021.....	9
TILL LÄSAREN VERSION 2018.....	10
TILL LÄSAREN VERSION 2015.....	11
TILL LÄSAREN	12
SAMMANDRAG	13
1 HANDBOKENS BAKGRUND OCH SYFTE.....	14
1.1 HANDBOKENS SYFTE.....	14
1.2 HANDBOKENS FÖRHÅLLANDE TILL ANDRA HANDBÖCKER OCH AVGRÄNSNINGAR	15
1.3 HANDBOKENS ANVÄNDNING OCH STRUKTUR	16
2 FÖRDELAR MED STRUKTURERING	17
2.1 FÖRDELAR FÖR YRKESUTBILDADE PERSONER OCH ORGANISATIONER	17
2.2 FÖRDELAR FÖR PATIENTEN	18
3 RAMAR SOM SÄTTTS AV LAGSTIFTNINGEN	19
3.1 ANTECKNINGAR I JOURNALHANDLINGAR	19
3.2 ALLMÄNT OM BEHANDLING AV PATIENTUPPGIFTER	20
3.3 KANTA-TJÄNSTERNA OCH INFÖRANDET AV DEM	22
3.3.1 Centrala nationella aktörer och ansvarsfördelning.....	22
3.3.2 Patientdataarkivet och ett gemensamt regionalt patientregister	23
3.3.3 Recepttjänsten	23
3.3.4 Informationshanteringstjänsten, Viljetrytningstjänsten, Datalagret för egna uppgifter och Mina Kanta-sidorna.....	24
4 JOURNALHANDLINGAR OCH PATIENTJOURNALENS STRUKTURER.....	25
4.1 ALLMÄNT OM JOURNALHANDLINGAR	25
4.2 PRINCIPERNA FÖR STRUKTURERAD INFORMATION.....	26
4.3 STRUKTURERNA I DEN ELEKTRONISKA PATIENTJOURNALEN	26
4.4 ANVÄNDNING AV PATIENTUPPGIFTER SOM ÄR SPECIFIKA FÖR EN SPECIALITET, ETT SERVICEOMRÅDE ELLER ETT YRKESOMRÅDE	28
5 VYER	30
5.1 TILLÄGGSVYER	31
5.2 SPECIALITETSSPECIFIKA VYER.....	32
5.3 TJÄNSTESPECIFIKA VYER	33
5.4 YRKESPECIFIKA VYER	34
5.5 ALLMÄNNA VYER	35
5.6 SAMMANSTÄLLNINGAR	36
5.7 VYER MED SÄRSKILT SKYDD	37
5.8 VYER AV BLANKETTYP.....	37
5.9 TEKNISKA VYER	37
6 FASER I VÅRDPROCESSEN SAMT RUBRIKER	38
6.1 FASER I VÅRDPROCESSEN	38
6.2 RUBRIKER OCH TILLÄGGSRUBRIKER	40
6.3 ANVÄNDNING AV RUBRIKER I OLIKA FASER	41
7 BASUPPGIFTER OM PATIENTEN	51

7.1 EN PERSONS IDENTIFIKATIONSUPPGIFTER.....	51
7.2 EN PERSONS KONTAKTINFORMATION	53
7.3 KONTAKTPERSON	54
7.4 FÖRSÄKRINGSBOLAG	54
7.5 SPÄRRMARKERING	55
7.6 PERSONUPPGIFTSBLANKETT	55
8 UPPGIFTER OM VÅRDGIVAREN OCH SERVICEHÄNDELSEN.....	56
8.1 IDENTIFIKATIONSUPPGIFTER FÖR DEN SOM GÖR EN ANTECKNING OCH FÖR VÅRDGIVAREN.....	56
8.2 IDENTIFIKATIONSUPPGIFTER FÖR EN SERVICEHÄNDELSE	58
9 ANKOMSTORSAKER, BESÖKSORSAKER OCH DIAGNOSER	59
9.1 ANKOMSTORSAK.....	61
9.2 BESÖKSORSAK	61
9.3 DIAGNOS.....	62
9.4 INFORMATIONSSINNEHÅLLEN I EN DIAGNOS OCH EN BESÖKSORSAK.....	63
9.4.1 Koder för diagnos och besöksorsak	63
9.4.2 Diagnosens eller besöksorsakens prioritet	64
9.4.3 Diagnosens eller besöksorsakens varaktighet.....	64
9.4.4 Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad	65
9.4.5 Informationskälla.....	66
9.4.6 Uppgifter om tidpunkt för fastställande av diagnos eller besöksorsak	66
9.4.7 Uppgifter om avslutad diagnos	66
9.4.8 Vårdepisod och diagnosens eller besöksorsakens episodbeteckning.....	67
9.5 UTNYTTJANDE AV TIDIGARE ANTECKNINGAR OM DIAGNOS OCH BESÖKSORSAK	68
9.5.1 Extrahering av tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker.....	68
9.5.2 Precisering av en diagnos eller besöksorsak.....	68
9.6 SAMMANSTÄLLNING AV DIAGNOSER OCH BESÖKSORSAKER.....	69
10 RISKUPPGIFTER	71
10.1 RISKUPPGIFTERNAS INFORMATIONSSINNEHÅLL	72
10.1.1 Typ av riskuppgift och riskkod.....	72
10.1.2 Riskens namn och fritt formulerade preciseringar.....	73
10.1.3 Riskuppgiftens grad.....	74
10.1.4 Strukturerade preciseringar av en risk	75
10.1.5 Uppgifter om konstaterandet av en risk	75
10.1.6 Uppgifter om upphörandet av en risk	75
10.2 DOKUMENTATION AV OLIKA RISKTYPER.....	76
10.2.1 Läkemedelsreaktioner och -allergier	76
10.2.2 Andra allergier.....	76
10.2.3 Risksjukdomar och -behandlingar	77
10.2.4 Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter.....	77
10.2.5 Behandlingar som kräver särskilt beaktande.....	77
10.2.6 Transplanterade vävnader och konstmaterial	78
10.2.7 Mikrober och isoleringsbehov	78
10.2.8 Vårdbegränsningar, vårdriktlinjer och vårdavvikelse.....	79
10.2.9 Risker i anslutning till beteendet	80
10.2.10 Andra risker	80
10.2.11 Dokumentation av uppgift om graviditet	80
10.3 SAMMANSTÄLLNING AV RISKUPPGIFTER	80
11 HÄLSOPÅVERKANDE FAKTORER	82
11.1 DOKUMENTATION AV HÄLSOPÅVERKANDE FAKTORER.....	84
11.2 HÄLSOPÅVERKANDE FAKTORER OCH MÄTARE AV DEM.....	84
11.2.1 Rökning	84
11.2.2 Berusningsmedel och droger	85
11.2.3 Motion.....	85

11.2.4 Nutrition	85
11.2.5 Mun- och tandhälsa	86
11.2.6 Graviditet.....	86
12 UNDERSÖKNINGAR OCH MÄTNINGAR	87
12.1 FYSIOLOGISKA MÄTNINGAR	89
12.1.1 Dokumentation av fysiologiska mätvärden	89
12.1.2 Sammanställningar av fysiologiska mätningar.....	89
12.2 LABORATORIEUNDERSÖKNINGAR	90
12.2.1 Begäran om laboratorieundersökning	90
12.2.2 Resultat av och utlåtanden om laboratorieundersökningar.....	91
12.2.3 Sammanställningar av laboratorieundersökningar	91
12.3 AVBILDNINGSUUNDERSÖKNINGAR	92
12.3.1 Begäran om utbildningsundersökning	92
12.3.2 Utförda utbildningsundersökningar.....	93
12.3.3 Utlåtanden om utbildningsundersökningar	93
12.3.4 Bilder tagna med hjälp av synligt ljus.....	94
12.3.5 Bilder, videor och biosignaler som producerats av en utbildningsapparat	95
12.3.6 Exponering för strålning	95
12.3.7 Sammanställningar av utbildningsundersökningar.....	95
13 ÅTGÄRDER.....	97
13.1 DOKUMENTATION AV ÅTGÄRDER.....	98
13.2 SAMMANSTÄLLNING AV ÅTGÄRDER, ÅTGÄRDSRAPPORT OCH SAMMANDRAGSINFORMATION	99
13.3 FOTOGRAFIER OCH ANDRA BILDER SOM HÄNFÖR SIG TILL ÅTGÄRDER	100
14 LÄKEMEDELSBEHANDLING.....	101
14.1 MEDICINERINGSUPPGIFTER OCH UTVECKLINGEN AV DEM UNDER ÅREN 2015–2030.....	101
14.2 ANTECKNING AV MEDICINERINGSUPPGIFTER I PATIENTJOURNALEN.....	102
14.2.1 Strukturerad dokumentation av läkemedelsanteckningar	102
14.2.2 Dokumentation av läkemedelsanteckningar i journalvyn	103
14.3 STRUKTURERAD DOKUMENTATION AV RECEPT.....	104
14.3.1 Basuppgifter i recept och patientuppgifter.....	104
14.3.2 Uppgifter om läkemedelsförskrivaren och handläggaren av läkemedelsförskrivningen.....	104
14.3.3 Uppgifter om läkemedlet.....	105
14.3.4 Förskrivna mängd av ett läkemedel på recept.....	106
14.3.5 Doseringsuppgifter för läkemedlet.....	106
14.3.6 Användningsändamål.....	108
14.3.7 Övriga uppgifter i recept.....	108
14.4 KORRIGERING OCH MAKULERING AV RECEPT	108
14.5 KONTROLL AV LÄKEMEDELSBEHANDLING	109
14.5.1 Typer av medicineringskontroller.....	110
14.5.2 Dokumentation av kontroll av läkemedelsbehandling	111
14.6 ANDRA ANTECKNINGAR OM LÄKEMEDELSBEHANDLING	114
14.6.1 Administreringsanteckning för läkemedel.....	114
14.6.2 Dokumentation av läkemedelsbiverkningar.....	114
14.6.3 Dokumentation av risker förknippade med läkemedel.....	115
14.6.4 Anvisningar om läkemedelsbehandling	115
15 FÖREBYGGANDE VÅRD OCH VACCINATIONER	116
15.1 FÖREBYGGANDE HÄLSOVÅRD	116
15.2 VACCINATIONSUPPGIFTER	117
15.3 VACCINATIONSSAMMANDRAG OCH VACCINATIONREGISTER	119
16 UTLÅTANDEN OCH INTYG	121
16.1 STANDARDISERADE BLANKETTSTRUKTURER	121

16.2 FRITT FORMULERADE UTLÅTANDEN	122
16.3 BEGÄRAN OM HANDRÄCKNING OCH ANDRA SPECIALSITUATIONER	122
17 SAMMANFATTANDE ANTECKNINGAR OCH DAGLIGA ANTECKNINGAR.....	124
17.1 SAMMANFATTNING AV EN SERVICEHÄNDELSE	124
17.2 SLUT- OCH MELLANVÄRDERINGAR	124
17.3 DAGLIGA ANTECKNINGAR	125
18 HÄLSO- OCH VÅRDPLAN	126
18.1 SYFTET MED HÄLSO- OCH VÅRDPLANEN	127
18.2 PRINCIPER FÖR HÄLSO- OCH VÅRDPLANEN	127
18.3 IFYLLANDE AV HÄLSO- OCH VÅRDPLANEN	127
18.3.1 Vårdbehovet	128
18.3.2 Målet för vården	128
18.3.3 Genomförandet av den planerade vården och metoderna	128
18.3.4 Planerat stöd, uppföljning och utvärdering	129
18.3.5 Tilläggsuppgifter om hälso- och vårdplanen	129
18.4 EXEMPEL PÅ EN HÄLSO- OCH VÅRDPLAN	129
19 VILJEYTRINGAR.....	131
19.1 LIVSTESTAMENTE	131
19.2 DONATIONSVILJA	131
KÄLLOR	133
BILAGA 1: VIKTIGA BEGREPP	135
BILAGA 2 JOURNALEXEMPEL	136

Till läsaren version 2022

I 2022 års version av dokumentationshandboken har särskilt ändringar i lagen om kunduppgifter (784/2021) och förordningen om journalhandlingar (94/2022) beaktats. Ändringarna till följd av dessa beskrivs i huvudsak i kapitel 3 Ramar som sätts av lagstiftningen, men lagändringarna har beaktats i många andra kapitel och i källhänvisningarna.

I och med lagen om kunduppgifter införs också den nya Viljeyttringstjänsten i Kanta-tjänsterna och praxis för utlämnande av patientuppgifter kommer också att ändras. Hanteringen av utlämnande av uppgifter beskrivs närmare i andra publikationer utgivna av THL, till exempel gällande Patientdataarkivet och Verksamhetsmodeller för det elektroniska receptet.

Nya anvisningar angående särskilt skydd av journalhandlingar har inte ännu publicerats när detta skrivs, och därför uppdateras kapitel 5 i fråga om vyerna för detta senare.

I de tidigare versionerna har planerna för fortsatt utveckling av personuppgifter beskrivits i kapitel 7.7. Eftersom det tills vidare inte finns några aktuella planer angående behandling och arkivering av personuppgifter, beslutade vi att ta bort det ifrågavarande kapitlet. Kapitel 7 uppdateras i sin helhet när det finns behov av detta.

Ändringarna i denna handbok beskrivs utförligare i avsnittet [Versionshantering](#).

Uppdateringen av dokumentationshandboken har gjorts internt vid THL.

Mars 2022

Redaktörerna

Till läsaren version 2021

I 2021 års version av dokumentationshandboken har handbokens namn ändrats till Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter och tillägget ”del 1” används inte längre. Ändringen beror på att vi inte kommer att publicera en del 2, utan att vi i fortsättningen publicerar separata mer specifika dokumentationshandböcker som preciserar denna allmänna handbok.

De största förändringarna i handboken finns i kapitel 14, som innehåller anvisningar för dokumentation av läkemedelsbehandling samt kapitel 3, som beskriver lagstiftningen. I de övriga kapitlen har mindre uppdateringar gjorts, såsom ändringar i kapitel 10 Riskuppgifter och kapitel 5 Vyer. I flera avsnitt har begrepp och länkar reviderats.

I handboken har kapitlen 20 (Fullmakt för köptjänst) och 21 (Utlämning av patientuppgifter) tagits bort, eftersom anvisningarna för användning av dessa handlingar beskrivs i Verksamhetsmodeller för patientdataarkivet. Dessutom har kapitel 22 (Om standard i dokumentationen) tagits bort, eftersom det inte innehöll egentliga anvisningar för dokumenterare av patientuppgifter. Bilaga 1 innehåller direkt länk till Ordlistor för social- och hälsovården.

Ändringarna i denna handbok beskrivs utförligare i avsnittet [Versionshantering](#).

Uppdateringen av dokumentationshandboken har gjorts internt vid THL.

I maj 2021

Redaktörerna

Till läsaren version 2018

Ur version 2018 av handboken för strukturerad dokumentation (del 1) har föråldrade anvisningar eller upptäckta fel tagits bort. Dessutom har vissa dokumentationsanvisningar vid behov preciserats eller annars uppdaterats. Handboken har uppdaterats för att i huvudsak motsvara situationen åren 2017–2020 med betoning på de datastrukturer som då är tillgängliga som stöd för användarna av Patientdataarkivet när de dokumenterar och arkiverar patientuppgifter. I handboken har man också strävat efter att beakta publiceringsplanen och tids-schemat för de nyaste och kommande informationsinnehållen i Kanta-tjänsterna. I praktiken har dokumentationsanvisningarna uppdaterats i alla kapitel. I vissa kapitel är uppdateringarna mer omfattande och i andra mindre. Informationen i vissa kapitel har slagits ihop och till exempel har kapitel 6 i version 2015 nu delats upp i kapitel 4, 5 och 6. Helt nytt är kapitel 20, som beskriver hur en fullmakt för köpt service görs upp och hur patientuppgifter som uppkommer på grundval av fullmakten används och dokumenteras.

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

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

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

Helsingfors i juni 2018

Redaktörerna

Till läsaren version 2015

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

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

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

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

Helsingfors i april 2015

Redaktörerna

Till läsaren

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

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

Den här publikationen ersätter kap. 1–6 i *Handbok för strukturerad dokumentering inom hälsovården* (Handbok om kärnuppgifter, 2009). Handboken för strukturerad dokumentation består av två delar. Del I innehåller de uppdaterade kapitlen 1–6 i första delen av Handboken om kärnuppgifter och del II, som kommer ut senare, mer detaljerade uppgifter som används av olika yrkesgrupper samt specialitetsspecifika uppgifter. I den här versionen av handboken beskrivs den strukturerade dokumentationen enligt de riksomfattande journalstrukturer som kommer att förutsättas 2014.

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

Handbokens innehåll togs fram i en redaktion bestående av:

Jorma Komulainen Duodecim

Tuija Savolainen Kommunförbundet

Kauko Hartikainen Kommunförbundet

Jari Numminen Hämeenlinnan terveystalvelut

Jukka Lehtovirta THL

Heikki Virkkunen THL

Riikka Vuokko THL

Taina Jokinen THL

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

Helsingfors i november 2013

Redaktörerna

Sammandrag

Kauvo, Taina och Virkkunen, Heikki (red.) Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Helsingfors, 2022. (elektronisk publikation)

I en patientjournal dokumenteras all information om patienten som är nödvändig för att förebygga sjukdomar, följa upp hälsan, ställa diagnoser samt planera, genomföra och utvärdera vården. I denna allmänna handbok beskrivs viktiga journalstrukturer i första hand med perspektiv på den som dokumenterar patientuppgifter. Med patientdatastrukturer avses i den här handboken de uppgifter som dokumenteras och sparas med hjälp av nationellt enhetliga datastrukturer. Strukturerad information kan oftast preciseras med hjälp av fritt formulerad text.

Dokumentationens enhetlighet grundar sig på de krav som gäller tillhandahållandet av riksomfattande elektroniska tjänster inom hälso- och sjukvården. Informationsinnehåll som sparas i Patientdataarkivet är multiprofessionellt tillgängligt för hälso- och sjukvården oavsett tjänstetillhandahållare och system, inom ramen för de tillstånd för utlämnande och förbud som patienten har meddelat. Patientjournalens informationsinnehåll kan användas till att dokumentera patientuppgifter men också exempelvis till att följa vårdens tillgänglighet och kvalitet, utvärdera och jämföra verksamhetens effektivitet samt stödja riksomfattande statistik och forskning. I handboken presenteras lagstiftningen som reglerar hur patientuppgifter kan dokumenteras, lagras och behandlas multiprofessionellt.

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

I Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter beskrivs följande helheter som gäller dokumentation av ett specifikt ärende: basuppgifter om patienten, identifikationsuppgifter för vårdaren och servicehändelsen, ankomstorsak, besöksorsak och diagnos, riskuppgifter, hälsopåverkande faktorer, undersökningar och mätningar, ingrepp, läkemedelsbehandling, prevention inklusive vaccinationer, utlåtanden och intyg, sammanfattande information samt hälso- och vårdplan. Dessutom innehåller handboken anvisningar för dokumentation av patientens viljeytringar.

Handboken innehåller exempel på hur man dokumenterar patientuppgifter och sammanställer uppgifter. I bilagorna finn dessutom länkar till Ordlistor för social- och hälsovården samt exempel på vårdsammanfattningar.

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

1 Handbokens bakgrund och syfte

1.1 Handbokens syfte

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

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

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

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

Enhetliga datastrukturer i journalhandlingarna är en förutsättning för att man ska kunna använda och utnyttja de riksomfattande elektroniska informationstjänsterna (Kanta-tjänsterna). Struktureringen av uppgifter består av olika nivåer (bild 1.1). Patientuppgifterna kan dokumenteras på den struktureringsnivå som bedöms vara tillräcklig i varje enskilt fall.

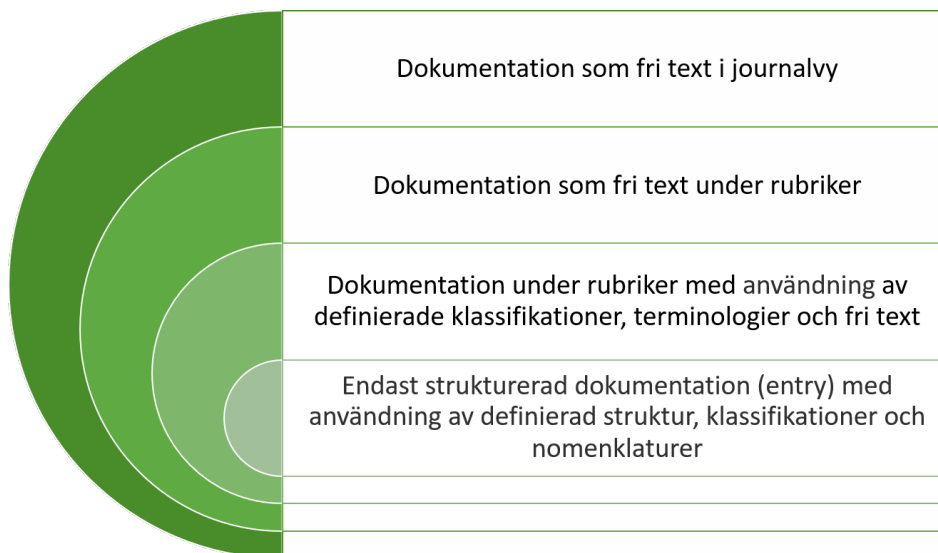


Bild 1.1 Struktureringsnivåer

1.2 Handbokens förhållande till andra handböcker och avgränsningar

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

Manualer för användningen av olika strukturer eller klassifikationer är andra handböcker som rör dokumentation. Exempel på sådana manualer är bruksanvisningarna för ICD- och ICPC-klassifikationerna och för THL-Åtgärdsklassifikationen samt *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* (Komulainen, 2012). Utöver dessa har det utarbetats specialitets- eller tjänste- och yrkesspecifika dokumentationsanvisningar gällande användningen av kodverk, klassifikationer och nomenklaturer. Också många fackföreningar eller förbund har gjort upp rekommendationer som stöd för dokumentationsarbetet.

Mer information: [Informationshantering inom social- och hälsovården/Dokumentation](#) och närmare [Dokumentations-anvisningar för hälso- och sjukvården](#)

Den här handboken innehåller ingen närmare beskrivning av funktionella specifikationer eller kravspecifikationer för informationssystem gällande uppgifter som sparas i Patientdataarkivet eller användningen av dem. De beskrivs i de separata publikationerna [THL Informationshantering inom social- och hälsovården/Föreskrifter och specifikationer](#) och [FPA:s Kanta-tjänster/Specifikationer](#). I handboken utvärderas inte heller tillgängligheten hos strukturerad information, om tillgängligheten inte har specificerats på nationell nivå. Tillgängligheten är i hög grad beroende av implementeringen av patientdatasystemet.

Den här handboken ger inte heller anvisningar om sekundär användning av strukturerat dokumenterade patientuppgifter för statistik- och registerändamål. Anvisningar om dessa finns i [THL Anvisningar för inlämning av uppgifter](#).

1.3 Handbokens användning och struktur

Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter version 2022 kompletterar tidigare utgåvor av den här handboken samt de övriga anvisningarna om dokumentation och användning av patientuppgifter. Handboken utgör en fortsättning på kapitel 1–6 i handboken *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* (nedan Handboken om kärnuppgifter) som publicerades 2009. Andra publicerade handböcker för dokumentation kompletterar andra kapitel och tidigare specifikationer för kärnuppgifter. Mer information om publikationerna: [Dokumentations-anvisningar för hälso- och sjukvården](#)

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

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

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

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

Därefter går handboken i kapitel 9–18 igenom dokumentationen av patientuppgifter tema för tema: ankomstorsak, besöksorsak och diagnos, riskuppgifter, hälsopåverkande faktorer, undersökningar och mätningar, ingrepp, läkemedelsbehandling, prevention inklusive vaccinationer, utlåtanden och intyg, sammanfattande information och dagliga anteckningar samt hälso- och vårdplan. I kapitel 19 beskrivs dokumentation av patientens viljeyttringar. De tidigare kapitlen 20–22 har tagits bort i denna version, eftersom de anvisningar för upprättande och hantering journalhandlingar som fanns i dem beskrivs i andra dokument, såsom i [Verksamhetsmodeller för patientdataarkivet](#). Handboken innehåller dessutom två bilagor. I bilaga 1 beskrivs tidigare centrala termer, men nu innehåller den länkar till [Ordlistor för social- och hälsovården](#), vars omfattning utvidgas kontinuerligt genom nya uppdateringar. I bilaga 2 finns journal exempel på epikriser.

2 Fördelar med strukturering

BRA ATT VETA

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

2.1 Fördelar för yrkesutbildade personer och organisationer

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

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

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

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

2.2 Fördelar för patienten

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

Snabb tillgång till aktuell information oavsett i vilken organisation vården ges ökar patientsäkerheten. Överföringen av patientdata i elektronisk form förbättrar också patientens rättskydd, eftersom användningen av uppgifterna kan följas upp noggrannare än i en pappersjournal. Dessutom minskar en gemensam begreppsapparat hos den som dokumenterar och användarna eventuella oklarheter vid tolkning.

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

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

3 Ramar som sätts av lagstiftningen

BRA ATT VETA

I Finland fastställs det i lagstiftning hur anteckningar ska göras i journalhandlingar, hur handlingarna ska förvaras och vem som har rätt att läsa dem. Lagstiftningen styr också hanteringen av patientregister. Den nya lagen om kunduppgifter (784/2021) som trädde i kraft den 1 november 2021 styr införandet av Kanta-tjänsterna, som sker successivt. Lagar som rör social- och hälsovårdsreformen har också betydande inverkan på behandlingen och hanteringen av patientuppgifter. Dessutom har en totalreform av lagstiftningen om informationshantering inom social- och hälsovården inletts vid social- och hälsovårdsministeriet. Totalreformen gällande informationshanteringen kommer att genomföras under flera regeringsperioder. Syftet med reformen är att skapa en enhetlig lag om behandlingen av kunduppgifter inom social- och hälsovården. Lagen ska innehålla bestämmelser om dataskydd, behandling av kunduppgifter, riksomfattande informationssystemtjänster och om styrning av informationshanteringen. Detta kapitel uppdateras när lagändringarna träder i kraft.

3.1 Anteckningar i journalhandlingar

Enligt [lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården \(559/1994\)](#) är yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården skyldiga att föra och förvara journalhandlingar samt iakttä tystnadsplikt i fråga om uppgifterna i dem i enlighet med vad som föreskrivs i [lagen om patientens ställning och rättigheter \(785/1992\)](#). I social- och hälsovårdsministeriets [förordning om journalhandlingar \(94/2022](#), nedan *journalhandlingsförordningen*) föreskrivs om de basuppgifter som ska dokumenteras i en patientjournal och om de anteckningar som ska göras om vården.

Journalhandlingsförordningen ställer krav på journalhandlingarnas innehåll. I journalhandlingarna ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en annan person som deltar i vården enligt dennas instruktioner anteckna tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för trygghet av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga och när de görs får bara allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar användas.

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

3.2 Allmänt om behandling av patientuppgifter

Alla sådana uppgifter som rör en identifierad eller identifierbar person är personuppgifter. Patientuppgifter är personuppgifter, och behandlingen av dem grundar sig numera på [EU:s allmänna dataskyddsförordning \(2016/679, GDPR\)](#) och [dataskyddslagen \(1050/2018\)](#) samt annan nationell lagstiftning. I allmänna dataskyddsförordningen föreskrivs om allmänna principer för behandling av personuppgifter samt centrala skyldigheter för den personuppgiftsansvariga och rättigheter för den registrerade. Dataskyddslagen kompletterar den allmänna dataskyddsförordningen.

Inom hälso- och sjukvården styrs behandlingen av personuppgifter också av speciallagstiftning. På behandling, hantering och registerföring av patientuppgifter tillämpas också bl.a. [lagen om patientens ställning och rättigheter \(785/1992\)](#), [lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården \(812/2000\)](#), [lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården \(784/2021\)](#), nedan *lagen om kunduppgifter*) och [lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet \(621/1999\)](#).

Med behandling av personuppgifter avses bland annat insamling, lagring, användning och utlämning av personuppgifter. Alla åtgärder som riktar sig mot personuppgifter, från planering av behandling av personuppgifter till avlägsnande, är behandling av personuppgifter. Vid behandling av personuppgifter måste man följa [dataskyddsprinciperna](#) enligt lagstiftningen om dataskydd. Syftet med behandlingen av personuppgifter ska planeras och fastställas noggrant innan behandlingen inleds. Personuppgifter får samlas in endast för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Uppgifterna får inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ursprungliga ändamålet. Syftet med behandlingen av personuppgifter ska specificeras, dokumenteras och redogöras för den registrerade. Den personuppgiftsansvariga ska informera den registrerade om behandlingen av den registrerades uppgifter och behandlingen ska vara transparent för den registrerade.

Behandling av personuppgifter förutsätter alltid en behandlingsgrund i lagen. Behandling av särskilda kategorier av personuppgifter, såsom behandling av uppgifter om hälsa, är i princip förbjuden. Det är dock möjligt att behandla sådana uppgifter, då ett undantag till behandlingsförbudet föreskrivits i dataskyddsförordningen eller i den nationella lagstiftningen. Enligt dataskyddsförordningen ska den personuppgiftsansvariga kunna påvisa att dataskyddslagstiftningen iakttas i behandlingen av personuppgifter. Den s.k. ansvarsskyldigheten innebär på praktisk nivå till exempel tillräcklig dataskyddsdokumentation, riskbedömning och utbildning för personalen. Utförligare anvisningar och föreskrifter om behandling av personuppgifter och dataskydd finns på webbplatsen för [dataombudsmannens byrå](#).

Journalhandlingarna bildar ett logiskt personregister. Till samma personregister hör alla de uppgifter som gäller en patient och är i den registeransvariges besittning och används för samma ändamål oavsett hur, när och var de har lagrats.

Det finns tre centrala aktörer vid behandling av personuppgifter. *Den personuppgiftsansvariga* fastställer ändamålen och metoderna för behandlingen. Inom hälso- och sjukvårdstjänster är den tjänstetillhandahållare som ansvarar för anordnandet av tjänsten personuppgiftsansvarig för de kunduppgifter som uppkommer. Som personuppgiftsansvarig fungerar därmed en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en självständig yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ([SHM 2012](#)). *Den registrerade* är den person som personuppgiften gäller. Inom hälso- och sjukvården är patienterna de registrerade. Ett personuppgiftsbiträde kan också *behandla* uppgifter för den personuppgiftsansvarigas räkning. Användning av patient- eller kundinformation kräver alltid en kund- eller vårdrelation eller annat motiverat sammanhang eller annan lagstadgad rättighet.

Den nya lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården ([784/2021](#)) trädde i kraft den 1 november 2021. Lagen innehåller bestämmelser om allmänna krav vid elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården, bland annat

beträffande användning av patientuppgifter vid information till kunden, tillstånd för utlämnande, samtycken och förbud. Syftet med lagen är att säkerställa uppgifternas tillgänglighet och integritet samt bevarandet av dem, samt kundens integritetsskydd. Med hjälp av de allmänna krav som ställs på behandlingen av kunduppgifter skapas en grund för korrekt elektronisk databehandling, där en enhetlig nivå på datasäkerheten förutsätts i alla stadier av behandlingen av kundens uppgifter.

Lagen om kunduppgifter förpliktar tjänestetillhandahållare inom socialvården att ansluta sig till Kanta-tjänsterna. Med stöd av lagen är det möjligt att lämna ut klientuppgifter inom socialvården till andra tjänestetillhandahållare inom socialvården via Kanta-tjänsterna. I lagen preciseras också anslutningsskyldigheten för tjänestetillhandahållare inom den privata hälso- och sjukvården.

I och med lagen om kunduppgifter rör kundens uppgifter sig från en organisation till en annan inom hälso- och sjukvården och socialvården, om kunden har gett tillstånd för utlämnande av uppgifter, och inte separat förbjuder utlämnande av uppgifter. Kunden kan därmed genom tillstånd för eller förbud mot utlämnande besluta om kundens uppgifter ska lämnas ut till andra tjänestetillhandahållare. Tillstånd för utlämnande är en skyddsåtgärd i enlighet med EU:s dataskyddsförordning. Namnet på det samtycke som tidigare gav möjlighet till internt utlämnande av uppgifter inom hälso- och sjukvården har ändrats till tillstånd för utlämnande. Tillståndet för utlämnande har samma verkan som det omfattande samtycke som krävdes för Kanta-utlämnande inom hälso- och sjukvården. Även för internt utlämnande av uppgifter inom socialvården krävs ett motsvarande tillstånd för utlämnande.

Utlämnande av uppgifter mellan socialvården och hälso- och sjukvården grundar sig på ett samtycke av kunden i enlighet med dataskyddsförordningen.

Lagen om kunduppgifter utvidgar också Kanta-tjänsterna på så sätt, att kunden själv kan lagra uppgifter om sitt välbefinnande eller uppgifter som produceras av olika välbefinnande-applikationer i informationsresursen för egna uppgifter i Kanta-tjänsterna. Med kundens samtycke får yrkesutbildade personer på ett datasäkert sätt tillgång till välbefinnandepuppgifterna.

År 2019 trädde två nya lagar i kraft: [lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården \(552/2019\)](#) och [lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen \(906/2019\)](#). [Lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården](#) strävar efter att möjliggöra en effektiv och informationssäker behandling av personuppgifter som har registrerats i social- och hälsovårdsverksamhet och för forsknings- och statistikändamål inom social- och hälsovården samt en samkörning av dessa personuppgifter med personuppgifter hos Folkpensionsanstalten (FPA), Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata (MDB), Statistikcentralen och Pensionsskyddscentralen. Lagens syfte är dessutom att trygga skyddet för individens tillitsskydd samt rättigheter och friheter vid behandling av personuppgifter. I [lagen om informationshantering inom den offentliga förvaltningen](#) sammanställs samt förnyas och harmoniseras bestämmelser från offentlighetslagen, arkivlagen och informationsförvaltningslagen.

I reformen av social- och hälsovården samt räddningsväsendet överförs ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster samt räddningsväsendets tjänster till välfärdsområdena. Välfärdsområdena är självstyrande områden som ansvarar för att ordna både social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet. Ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna och räddningsväsendet överförs från kommunerna till välfärdsområdena. Kommunerna behåller sitt ansvar för att främja invånarnas hälsa och välfärd. Den offentliga sektorn är fortsättningsvis den som ordnar och den som huvudsakligen producerar tjänsterna. Privata aktörer och tredje sektorn kompletterar de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna.

I samband med social- och hälsovårdsreformen stiftades nya lagar som är centrala med tanke på inrättandet av en ny förvaltningsnivå, välfärdsområden, och deras verksamhet. Dessa lagar är [lagen om välfärdsområden \(611/2021\)](#), [lagen om ordnande av social- och hälsovård](#)

(612/2021), [lagen om ordnande av räddningsväsendet \(613/2021\)](#), [lagen om ordnande av social- och hälsovården och räddningsväsendet i Nyland \(615/2021\)](#) samt [en gemensam lag om införande av dessa \(616/2021\)](#), [lagen om välfärdsområdenas finansiering \(617/2021\)](#), samt ändringar i lagar som rör skattelagstiftning, lagstiftning om välfärdsområdenas personal samt vissa lagar som gäller den allmänna förvaltningen så att de stöder den nya strukturen för social- och hälsovårdstjänsterna. Även många innehållslagar har preciserats i takt med att social- och hälsovårdsreformen har framskridit. De ovan nämnda lagarna tas i bruk successivt på så sätt att en del trädde i kraft i juli 2021 och en del den 1 mars 2022, då de nya välfärdsområdesfullmäktige inleder verksamheten. De sista lagarna träder i kraft den 1 januari 2023. Lagen om genomförande av reformen trädde i kraft den 1 juli 2021. Dessutom ska lagen om välfärdsområden delvis tillämpas omedelbart på välfärdsområdenas verksamhet.

Mer information: [Social- och hälsovårdsreformen/Lagstiftning](#)

3.3 Kanta-tjänsterna och införandet av dem

Patientdataarkivet är en del av de riksomfattande informationstjänsterna, [Kanta-tjänsterna](#). I Patientdataarkivet ingår arkiveringstjänsten för journalhandlingar samt Informationshanteringstjänsten. Andra Kanta-tjänster är Recepttjänsten, Läkemedelsdatabasen, Mina Kanta-sidor och Klientdataarkivet för socialvården. I tjänsterna ingår dessutom Datalagret för egna uppgifter, där medborgarna om de så önskar kan föra in uppgifter om sitt eget välbefinnande. Till de nyare Kanta-tjänsterna hör bl.a. tjänsten arkivering av gamla patientuppgifter, förfrågnings- och förmedlingstjänsten för intyg och utlåtanden samt ett riksomfattande arkiv över bildmaterial och Viljeyttringstjänsten. I [lagen om kunduppgifter \(52 §\)](#) anges övergångstiderna för när klient- och journalhandlingar senast ska lagras i Kanta-tjänsterna. Övergångsbestämmelserna ersätter den nuvarande social- och hälsovårdsministeriets förordning om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården. Aktuell information om införandet fås via [Publiceringsplan för utveckling av Kanta-tjänsterna](#).

3.3.1 Centrala nationella aktörer och ansvarsfördelning

De centrala aktörerna vid implementeringen av riksomfattande informationstjänster är SHM, THL, FPA, MDB och Valvira. Deras viktigaste ansvarsområden är:

- **Social- och hälsovårdsministeriet (SHM)** ansvarar för den strategiska styrningen av informationshanteringen, lagstiftningen samt för det internationella och tväradministrativa samarbetet. Enligt 46 § i lagen om kunduppgifter ska SHM se till att det har ordnats samarbetsformer och samarbetsförfaranden för det samarbete som gäller elektronisk informationshantering och riksomfattande informationssystemtjänster inom social- och hälsovården. Statsrådet kan tillsätta delegationer och andra samarbetsorgan som behövs för ovan nämnda samarbete.
- **Folkpensionsanstalten (FPA)** sköter informationstjänster med vars hjälp klient- och patientuppgifter kan förvaras, behandlas och lämnas ut i elektronisk form utifrån enhetliga grunder och säkerhetslösningar i hela landet. FPA sköter alla Kanta-tjänster för tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster: Patientdataarkivet, Klientdataarkivet för socialvården, Informationshanteringstjänsten, Viljeyttringstjänsten, Mina Kanta-sidorna, Recepttjänsten, Informationsförmedlings- och förfrågningsservicen, användargränssnittet för yrkesutbildade personer för hantering av recept, Datalagret för egna uppgifter samt Arkivet över bildmaterial. FPA ansvarar också för förvaringen av utlämningsloggregistren som en del av det tekniska underhållet av arkiveringstjänsten och Kodtjänsten.

- **Institutet för hälsa och välfärd** (THL) svarar för planeringen, styrningen och uppföljningen av den elektroniska behandlingen av kunduppgifter inom social- och hälsovården och informationshanteringen i anslutning till den samt av användningen och realiseringen av de riksomfattande informationstjänster som avses i 6 § i lagen om kunduppgifter och de gemensamma datalager som hänför sig till olika förvaltningsområden. ([Lagen om kunduppgifter 39 §](#))
- **Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata** (MDB) är certifikatutfärdare enligt lagen om stark autentisering och betrodda elektroniska tjänster för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och annan personal inom hälso- och sjukvården, för tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster samt för organisationer som deltar i tillhandahållandet av dessa tjänster, deras personal och datatekniska enheter
- **Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården** (Valvira) upprätthåller en roll- och attributdatatjänst samt kodverk i anslutning till tjänsterna.

3.3.2 Patientdataarkivet och ett gemensamt regionalt patientregister

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

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

Det finns förslag om att 9 § i hälso- och sjukvårdslagen ska upphävas i samband med social- och hälsovårdsreformen.

3.3.3 Recepttjänsten

Implementeringen och användningen av Recepttjänsten styrs och preciseras av särskild lagstiftning. Användningen av recepttjänsten grundar sig på [lagen om elektroniska recept \(61/2007\)](#), som ändrades genom lagen om ändring av lagen om elektroniska recept ([L786/2021](#)) samtidigt som lagen om kunduppgifter. Pappers- eller telefonrecept kan i fortsättningen bara göras upp undantagsvis, till exempel på grund av ett driftsavbrott i det elektroniska systemet. Recepten sparas i Receptcentret, som FPA är registeransvarig för. Receptcentret är i och med lagändringen ett gemensamt register för Folkpensionsanstalten och apoteken samt för tjänstetillhandahållare och självständiga läkemedelsförskrivare som gör upp elektroniska recept. Receptcentret innehåller alla recept samt apotekens expedieringsanteckningar i dem. Läs mer om utvecklingen av medicineringsuppgifter i [kapitel 14](#) i den här handboken.

3.3.4 Informationshanteringstjänsten, Viljeyttringstjänsten, Datalagret för egna uppgifter och Mina Kanta-sidorna

Som en del av Kanta-tjänsterna upprätthålls även Informationshanteringstjänsten ([Virkkunen et al. 2021](#)) och Viljeyttringstjänsten. Med hjälp av Informationshanteringstjänsten returneras de centrala uppgifter som behövs i vården i form av färdiga sammandrag samt den senaste hälso- och vårdplanen från Patientdataarkivet till den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården. De returnerade uppgifterna visas för den yrkesutbildade personen i enlighet med implementeringen i det egna patientdatasystemet. Viktiga patientuppgifter som Informationshanteringstjänsten kan sammanställa och lämna ut är diagnoser och besöksorsaker, risker, laboratorieresultat, vaccinationer, fysiologiska mätningar, medicineringsuppgifter, åtgärder och bilddiagnostiska undersökningar som har antecknats enligt kodsyste­met för åtgärderna, uppgifter med anknytning till funktionsförmågan, tidsbokningsuppgifter samt sådana planer som avses i 4 a § i patientlagen för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering av patienten eller andra motsvarande planer. Med hjälp av Informationshanteringstjänsten sammanställs endast patientuppgifter inom hälso- och sjukvården.

I Viljeyttringstjänsten förvaltas handlingar som gäller information, tillstånd för, samtycke till och förbud mot utlämnande, andra viljeyttringar med anknytning till hälso- och sjukvård samt socialtjänster (t.ex. donationsvilja och livstestamente) samt andra viljeyttringar med anknytning till tjänster och behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården (t.ex. in­vändning mot behandling av personuppgifter i biobankverksamhet).

Datalagret för egna uppgifter är ett nationellt datalager där medborgarna kan föra in uppgifter om sitt eget välbefinnande. Uppgifter om välbefinnandet lagras i Kanta-tjänsterna med godkända applikationer som tredje parter tillhandahåller. Med välbefinnandeapplikationer kan man lagra uppgifter i Datalagret för egna uppgifter och hantera de välbefinnandeuppgifter som finns där. För närvarande har endast personen själv tillgång till välbefinnandeuppgifterna. Senare är det med ett samtycke av personen möjligt att lämna ut välbefinnandeuppgifter till yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården. Enligt övergångsbestämmelserna i den nya lagen om kunduppgifter ska möjligheten att lämna ut välbefinnandeuppgifter från Datalagret för egna uppgifter till yrkesutbildade personer utifrån ett samtycke av personen införas senast den 1 juni 2024.

Patienten kan via Mina Kanta-sidorna se sina patientuppgifter och recept som är lagrade i Patientdataarkivet samt utlämningslogguppgifter förknippade med dem. Användaren kan också se uppgifter som finns i Datalagret för egna uppgifter via Mina Kanta-sidorna. Dessutom kan patienten ta emot information om Kanta-tjänster, ge tillstånd för utlämnande och/eller sitt samtycke till utlämnande av sina patientuppgifter och/eller meddela förbud mot att lämna ut uppgifter samt återkalla dessa. Via Mina Kanta-sidorna kan patienten också ge samtycke till utlämnande av receptuppgifter till ett utländskt apotek för expediering av ett läkemedel. På Mina Kanta-sidorna kan patienten också uttrycka sin donationsvilja eller göra upp ett livstestamente och begära att få ett recept förnyat. Även vårdnadshavare för minderåriga, lagliga företrädare eller personer med rätt att få information (såsom en förälder, som inte är vårdnadshavare) kan se vårduppgifter för sina minderåriga barn på Mina Kanta-sidorna. Dessutom kan en myndig person som fyllt 18 år utträta ärenden för en annan vuxen på Mina Kanta-sidorna, om personen har en fullmakt för detta. I och med den nya lagen om kunduppgifter kan personen i fortsättningen se namnet på den person som har skött ärenden på personens vägnar. Mer information: [Då någon annan sköter dina ärenden](#)

De vårduppgifter som visas på Mina Kanta-sidorna utvidgas successivt samtidigt som informationsinnehållet som lagras i Patientdataarkivet utvidgas. Ju mer den strukturerade informationen ökar, desto mer användbara blir också Mina Kanta-sidorna.

4 Journalhandlingar och patientjournalens strukturer

BRA ATT VETA

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

4.1 Allmänt om journalhandlingar

Enligt [förordningen om journalhandlingar \(94/2022\)](#) innefattar journalhandlingar utöver den fortlöpande patientjournalen även till den hörande remisser, handlingar och utlåtanden som gäller laboratorie- och utbildningsundersökningar samt övriga undersökningar, konsultationssvar samt intyg och utlåtanden som skrivits på basis av undersökning eller vård. Journalhandlingarna innefattar även uppgifter eller handlingar som gäller medicinsk undersökning av dödsorsak, liksom även andra uppgifter och handlingar som uppkommit i samband med att en patients vård ordnas och genomförs eller som erhållits någon annanstans ifrån. Upprättande och hantering av journalhandlingar beskrivs närmare i Handboken om journalhandlingar ([SHM 2012](#)).

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

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

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

4.2 Principerna för strukturerad information

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

1. Den strukturerade informationen sammanfaller till centrala delar i patientdatasystemen inom primärvården, mun- och tandvården samt den specialiserade vården.
2. Informationsinnehållen sammanfaller också hos såväl offentliga som privata tillhandahållare av tjänster.
3. En patientjournal är multiprofessionell och tjänar ett ändamålsenligt genomförande av patientens vård- och serviceprocess samt behoven hos olika yrkesgrupper som deltar i produktionen av vård och service.
4. I en patientjournal dokumenteras all information om patienten som är nödvändig för att följa upp patientens/kundens hälsa samt planera, genomföra och utvärdera vården. Anteckningar görs inte nödvändigtvis i alla fält för strukturerad information i samband med varje vårdkontakt med patienten. Strukturerad information kan kompletteras med fri text.
5. På riksnivå har enhetliga centrala informationsinnehåll specificerats med avseende på vården samt utöver vården även datastrukturer för patientförvaltningen eller det övriga ordnandet av vård, såsom tidsbokning.
6. Patientjournalens informationsinnehåll kan också utnyttjas för uppföljning av tillgången till vård och vårdens kvalitet, utvärdering av verksamhetens smidighet, effekter och jämförbarhet samt för annan nationell statistik och forskning.
7. Utnyttjandet av strukturerad information i olika situationer och olika patientdatasystem samt i tillhörande programvara utvecklas på riksnivå bland annat som en del av utvecklingen av Kanta-tjänsterna, och den strukturerade informationen och dess funktion bedöms i samband med ibruktagandet och exempelvis i regionala pilotprojekt.

4.3 Strukturerna i den elektroniska patientjournalen

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården dokumenterar patientuppgifter i informationssystemet i strukturerad form och/eller som fri text (narrativ). Den som dokumenterar kan oftast komplettera den strukturerade informationen med fri text. Informationsinnehållet kan också bestå av enbart anteckningar i strukturerade fält. Den elektroniska patientjournalen är uppbyggd av hierarkiska informationshelheter på olika nivåer, som struktureras med hjälp av vyer och tilläggsvyer, samt med faser i vårdprocessen och rubriker (bild 4.1).



Bild 4.1 Hierarkisk bild av strukturerna i den elektroniska patientjournalen. Vyerna, faserna i vårdprocessen, rubrikerna och den strukturerade informationen följer specificerade strukturer. Tilläggsrubrikerna och den fritt formulerade texten är fri text som skapats av användaren själv.

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

Med fas i vårdprocessen anges om dokumentationen av ett besök gäller ankomstsituationen, planeringen av vården, genomförandet av vården eller utvärderingen av den. I regel görs en anteckning i bara en fas i vårdprocessen, men vid behov kan uppgifter som hänför sig till olika faser i vårdprocessen specificeras i anteckningen. Systemet kan automatiskt ta fram fasen i vårdprocessen på basis av rubrikerna. Texten grupperas i ärendehelheter med hjälp av rubriker och vid behov fritt formulerade tilläggsrubriker. Vid behov kan texten struktureras ytterligare med hjälp av nationellt specificerade datastrukturer, klassifikationer och kodverk.

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

Den strukturerade informationen är inte bunden till rubriker och kan tekniskt dokumenteras under vilken rubrik som helst. Innehållsmässigt hör uppgifterna emellertid ofta till en viss eller vissa rubriker och därför är anvisningen att dokumentera dem under dessa. Strukturerad information beskrivs närmare i separata kapitel (se kapitel 7–19).

Exempel på en journalstruktur visas nedan i bild 4.2. I patientjournalen kompletteras den strukturerade informationen vid behov med fri text – eller så beskrivs situationen enbart med fri text. Texten skrivs alltid under rubriker (och vid behov tilläggsrubriker). Den strukturerade informationen och den fria texten kan finnas i fri ordningsföljd under rubrikerna.

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

Bild 4.2 Exempel på en journalstruktur

4.4 Användning av patientuppgifter som är specifika för en specialitet, ett serviceområde eller ett yrkesområde

Utöver de centrala patientuppgifterna har strukturerad information specificerats på nationell nivå för olika specialiteter, serviceområden och yrkesområden. De specialitets- och yrkesspecifika specifikationerna innehåller viktiga data inom en viss specialitet, service eller funktion, och den här informationen har nödvändigtvis inte någon central betydelse inom andra delområden.

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

Specialitets-, serviceområdes- och yrkesspecifika uppgifter omfattar den strukturerade information som krävs för delområdet i fråga och som inte ingår i de centrala patientuppgifterna. Den centrala strukturerade patientinformationen är information av central betydelse

för vården oavsett specialitet, medan det t.ex. inom mun- och tandvården är nödvändigt att förmedla detaljerad strukturerad information om tänderna och munområdet till andra enheter för mun- och tandvård (se bild 4.3) När informationen från vårdarbetet, specialpersonal inom rehabilitering och vård samt olika specialiteter och yrkesområden harmoniseras kan denna information i fortsättningen sammanvändas effektivare i den elektroniska patientjournalen och vid sekundär användning av personuppgifter bl.a. inom register-, statistik- och forskningsverksamhet. Dessa datastrukturer och specifikationer beskrivs utförligare i andra separata publikationer.

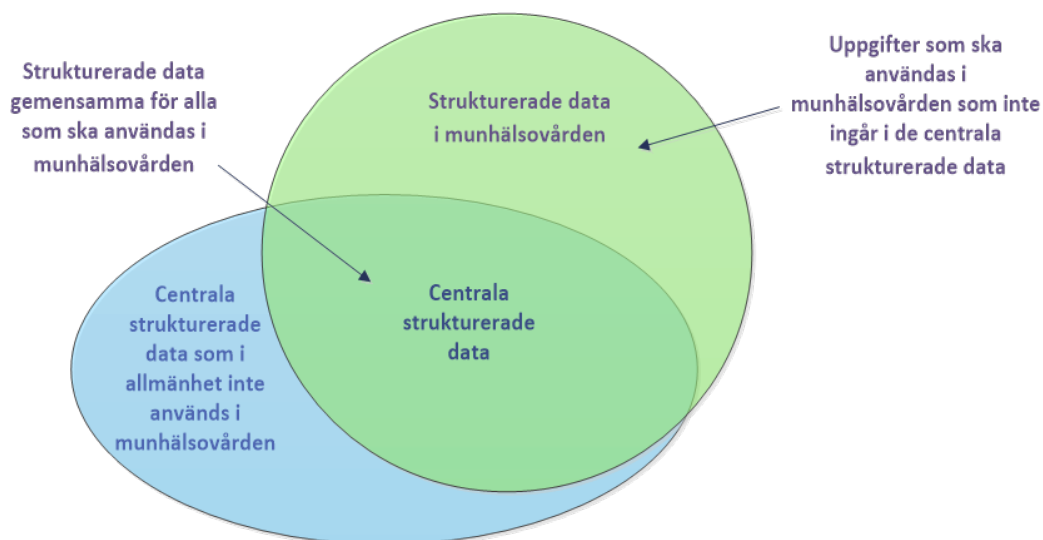


Bild 4.3 Exempel på förhållandet mellan central strukturerad information och specialitets-specifik information. Exemplet visar mun- och tandvård.

5 Vyer

BRA ATT VETA

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

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

Vyerna i den elektroniska patientjournalen kan indelas i vyer i den fortlöpande patientjournalen, vyer av blankettyper, sammanställda vyer och tekniska vyer. Vyer i den fortlöpande patientjournalen är vyer för olika medicinska specialiteter, tjänstespecifika vyer och yrkesspecifika vyer samt en del av de allmänna vyerna. Vyer av blankettyper är bland annat intyg, registeranmälningar, vyer för handlingar som patienterna hanterar samt en del av de allmänna vyerna. Sammanställda vyer är vyer avsedda för att visa sammanställningar från informationshanteringstjänsten. Tekniska vyer är vyer som används för att förmedla dokumenttekniska data mellan patientdatasystemen och Patientdataarkivet. (se bild 5.1). En uppdaterad förteckning över vyerna har publicerats på den Nationella kodservern som kodverket [AR/YDIN-Näkymät](#) (AR/YDIN – Vyer).

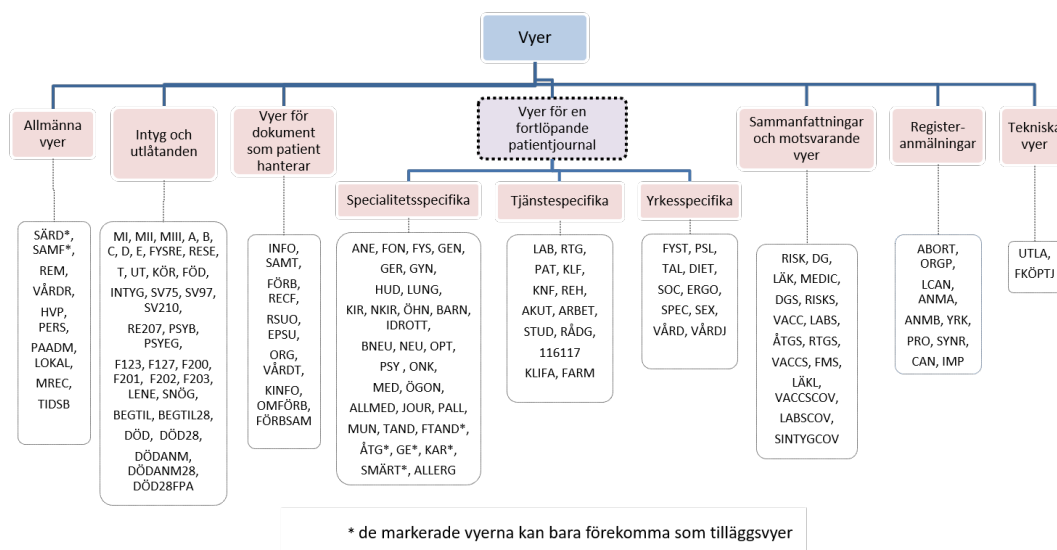


Bild 5.1 Den elektroniska patientjournalens vyer. Grupperingen har gjorts enbart för åskådlig-
hetens skull.

5.1 Tilläggsvyer

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

Med hjälp av tilläggsvyer kan

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

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

Vyerna för vissa specialiteter eller specialkompetenser, där vårdanteckningarna ofta är fast knutna till vård som påbörjats eller fortsatts av andra specialiteter, har bara specificerats som tilläggsvyer. Specifikationen har gjorts för att information som är knuten till samma

vårdkontinuum (inom en viss specialitet) inte ska ”splittras upp” på flera olika vyer utan också alltid finnas på någon annan vy som är betydelsefull med tanke på den fortsatta vården. Ett exempel på en sådan vy är Smärtbehandling (SMÄRT). Den som gör anteckningarna väljer huvudvy enligt patientens sjukdom (t.ex. NEU) och använder sin egen vy (t.ex. SMÄRT) som tilläggsvy. Tidigare fick också vyerna Jour/ prehospital akutmedicin (JOUR) och Palliativ vård (PALL) på motsvarande sätt endast användas som tilläggsvyer, men den här begränsningen har slopats.

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

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

5.2 Specialitetsspecifika vyer

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

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

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

5.3 Tjänstespecifika vyer

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

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

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

Akutvårdsrapporten (AKUT) används för journalanteckningar som hänför sig till prehospitala akutsjukvårdstjänster. Vyn används både av förstavårdare och av läkare inom den prehospitala akutsjukvården. År 2018 infördes den nya vyklassificeringen 116117, där anteckningar i journalhandlingar i tjänsten Jourhjälp 116117 antecknas i fortsättningen (se närmare dokumentationsanvisningar i [Handbok om dokumentation: Jourhjälp 116117](#)) samt den separata vyn för klinisk farmakologi (KLIFA). Noggrannare anvisningar för användning av KLIFA-vyn samt den år 2021 publicerade vyn FARM (farmaci) finns i [14 Läkemedelsbehandling](#).

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

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

Noggrannare anvisningar för dokumentation inom företagshälsovården finns i [Handbok om dokumentation inom företagshälsovården](#) (2020). I början av 2021 publicerades dessutom en separat dokumentationshandbok för [studerandehälsovården](#) samt uppdaterades versionen av [Handbok för dokumentation inom munhälsovården](#). En separat handbok om dokumentation har också publicerats [för barnrådgivningar och skolhälsovården](#).

5.4 Yrkesspecifika vyer

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

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

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

Vyn Sexualterapi (SEX) används för journalanteckningar om sexualterapi och sexualrådgivning. Vyn är avsedd som en vy som särskilt ska skyddas, men det särskilda skyddet har krävt en ändring i den tidigare journalhandlingsförordningen. I fortsättningen ansvarar THL för specificeringen av uppgifter som kräver särskilt skydd, men tidtabellen för ändringen är inte känd när detta skrivs.

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

För de dagliga anteckningarna om vården används vyn VÅRDJ. I vyn VÅRDJ införs de dagliga anteckningarna om patientens vård samt den vårdplan som vårdpersonalen gjort upp, med hjälp av överenskommen terminologi och fri text. Noggrannare anvisningar för anteckningar i vårdjournaler ges i en dokumentationshandbok som är under arbete. VÅRDJ-vyn arkiveras tillsvdare inte i Patientdataarkivet. Se närmare anvisningar om sammanfattning av vårdarbetet i kapitel [17 Sammanfattande anteckningar och dagliga anteckningar](#).

5.5 Allmänna vyer

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

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

Vårdresponsvyn (VÅRDR) används för att sammanställa skriftliga dokument om genomförd behandling till en vårdrespons/ett svar i vården som skickas till den som skrev remissen eller till den enhet som ansvarar för den fortsatta vården. Vårdrespons innehåller i allmänhet både en slututvärdering av läkaren och ett sammandrag av vården, men i vissa situationer kan vårdresponsen bestå av endast den ena av dessa och kan vid behov också skickas som en separat vårdrespons.

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

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

Tidsbokningsvyn (TIDSB) infördes i vyklassificeringen i början av 2018. Informationsinnehåll i anknytning till denna [Ajanvaraus/Tietosisältö - Ajanvarausasiakirja](#) (Tidsbokning/Informationsinnehåll – Tidsbokningsdokument) har publicerats på den nationella Kodservern. Dessutom har man publicerat (endast på finska) [Sote-ajanvarauksen yleiskuvaus sekä sitä koskevat vaatimukset terveydenhuollolle](#). Funktionella anvisningar om användningen av vyn var under beredning i skrivande stund.

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

Tilläggsvyn SÄRD används för att dokumentera i detaljuppgifter av känslig natur som en annan person (än patienten) har berättat om sig själv eller sin livssituation. Uppgifterna bör vara nödvändiga för vården av patienten och antecknas i vyn SÄRD med anledning av att patientens livssituation kartläggs eller av annan motsvarande orsak ([SHM 2012](#)). Av anteckningarna ska det framgå vilken specifik person uppgifterna gäller (jfr. *Förordningen om journalhandlingar* 94/2022, 7 § 2 mom.), och endast denna person har rätt att kontrollera uppgifterna. Till exempel i samband med vården av ett barn dokumenteras uppgifter som föräldrarna berättat om sig själva separat som särskilda anteckningar, inte i samma SÄRD-tilläggsvy. Uppgifter som dokumenterats i SÄRD-tilläggsvyer kan på samma sätt som övriga

uppgifter läsas i patientjournalerna av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, men de visas aldrig på Mina Kanta-sidorna.

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

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

5.6 Sammanställningar

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

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

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

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

För användning av sammanställningar som skapats av Informationshanteringstjänsten krävs alltid att patienten har gett ett tillstånd för utlämnande (tidigare Kanta-samtycke) av patientuppgifter. Patientdatasystemet kan emellertid visa den egna organisationens uppgifter som en skärmvisning som motsvarar visningen av Informationshanteringstjänstens sammanställningar. Då borde det också anges på skärmen att uppgifterna bara är den egna organisationens. Innehållet i sammanställningarna påverkas också av patientens eventuella förbud mot utlämnande av uppgifter, eftersom uppgifter som omfattas av förbud mot utlämnande inte heller visas i sammanställningar.

Behandlingen av sammanställningar har beskrivits närmare i specifikationerna för Informationshanteringstjänsten ([Virkkunen m.fl. 2021](#)) och det närmare informationsinnehållet i dem kan laddas ner från den nationella Kodservern. I den här handboken finns mer information

om sammanställningar i kapitlen som beskriver strukturerad dokumentation av diagnoser och besöksorsaker, riskuppgifter, undersökningar och vaccinationer samt utnyttjande av uppgifterna med hjälp av sammanställningar.

År 2021 togs Covid-19 intyg i bruk. Dessa är en sammanställning av tre Kanta-tjänster och kan visas på Mina Kanta-sidorna eller skrivas ut på papper via patientdatasystemet. Intygen är covid-19 vaccinationsintyg (RKTKCOV) över erhållen covid-19-vaccination, intyg över negativt resultat av det senaste coronavirustestet (LABKCOV) och intyg över genomgången covid-19-virusinfektion (KTODCOV). Syftet är att intygen (och vyerna) i fortsättningen ska ersättas med motsvarande allmänna intyg.

5.7 Vyer med särskilt skydd

Vyer med särskilt skydd är dagliga anteckningar och sammanfattande anteckningar inom psykiatri och medicinsk genetik. Det särskilda skyddet har genomförts genom informationen i vyn för anteckningen, och anteckningar för vilka PSY eller GEN har dokumenterats som huvudvy har definierats som vyer med särskilt skydd. Det särskilda skyddet omfattar även eventuella tilläggsvyer till dessa. Skyddet gäller dock inte information om medicineringen eller kritiska risker.

I fortsättningen specificerar THL uppgifter som kräver särskilt skydd, men när detta skrivs är tidtabellen för ändringen inte ännu fastställd. (Jfr också kapitel 5.4 SEX-vy). Det särskilda skyddet hindrar inte läsning av uppgifterna, men när uppgifter med särskilt skydd används inom andra än den ifrågasvarande specialiteten krävs det en separat bekräftelse av användaren innan uppgifterna används. Begränsningen av åtkomsträttigheterna till ett specialtiesddat dokument görs på patientdatasystems nivå.

5.8 Vyer av blankettyper

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

5.9 Tekniska vyer

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

6 Faser i vårdprocessen samt rubriker

BRA ATT VETA

Med fas i vårdprocessen anges om anteckningen av en servicehändelse gäller ankomst-situationen, planeringen av vården, genomförandet av vården eller utvärderingen av den. I regel görs en anteckning i bara en fas i vårdprocessen, men vid behov kan uppgifter som hänför sig till olika faser i vårdprocessen specificeras i anteckningen. Systemet kan automatiskt ta fram faser i vårdprocessen på basis av rubrikerna. Texten grupperas i ärendehelheter med hjälp av riksomfattande rubriker. Vid behov kan texten struktureras närmare med fritt formulerade (lokala) tilläggsrubriker.

6.1 Faser i vårdprocessen

I klassifikationen [AR/YDIN - Hoitoprosessin vaihe](#) (Fas i vårdprocessen) som publicerats på den nationella Kodservern ingår ankomstsituation, som innefattar bedömning, planering, genomförande och utvärdering av vård (se bild 6.1). Faser i vårdprocessen beskriver den huvudsakliga faser i vården ur patientens synvinkel. Varje fas i processen kan innehålla flera yrkesspecifika processer, där en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som deltar i vården gör fortlöpande planering och utvärdering av vården. Patienten kan också ha flera pågående vårdprocesser samtidigt, för varierande servicebehov.

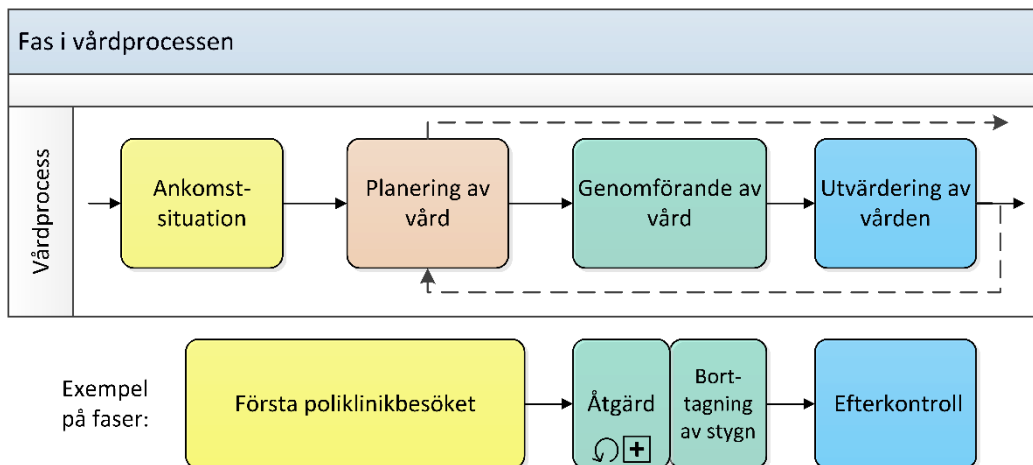


Bild 6.1 Faser i vårdprocessen och som exempel på dem en helhet bestående av 4 besök som görs av en kirurgisk patient. Ankomstsituationen dokumenterades vid besök 1, genomförandet av vården vid besök 2 och 3 och utvärderingen av vården vid besök 4.

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

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

Med hjälp av faser i vårdprocessen kan man följa hur vården av patienten har genomförts. De centrala patientuppgifterna kan kopplas till faser i vårdprocessen, så att man vid sökning av patientuppgifter kan avgränsa sökningen till uppgifter som gäller ankomstsituationen. Tabell 6.1 innehåller exempel på ärendehelheter som ska dokumenteras under olika faser i vårdprocessen. I samband med vissa handlingar, exempelvis intyg, är det onödigt att uttrycka faser i vårdprocessen. Då används faser *ospecificerad*.

Tabell 6.1 Ärendehelheter som ska dokumenteras under olika faser i vårdprocessen.

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

6.2 Rubriker och tilläggsrubriker

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

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

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

- Ankomstorsak och anamnes (Ankomstsituation)
- Observationer och undersökningar (Ankomstsituation)
- Planering av vård
- Genomförande av vård
- Utvärdering av vård
- Övriga rubriker (Alla faser i vårdprocessen)

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

Grupperingen av faser i vårdprocessen och rubriker visas i bild 6.2. Grupperingen är endast riktgivande, eftersom rubrikerna inte kategoriskt hör till bara en viss fas, utan de flesta kan användas i flera faser av vårdprocessen. Användningen av rubriker i olika faser av vårdprocessen beskrivs i tabell 6.2. Tekniskt är alla rubriker helt på samma nivå och det slutliga valet av rubrik görs av den som dokumenterar.

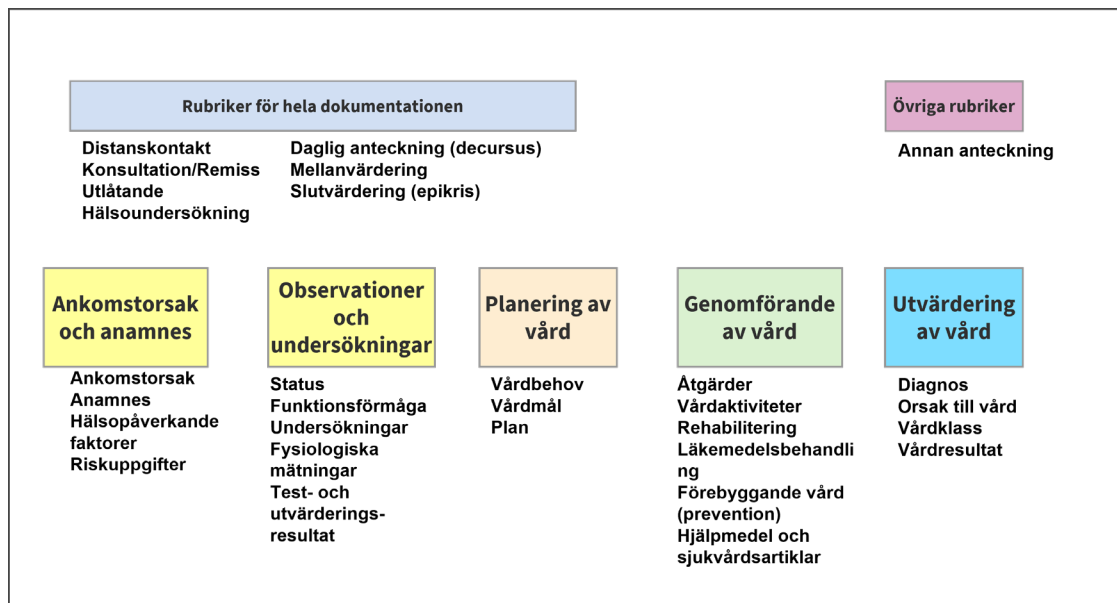


Bild 6.2 Rubrikerna kan grupperas i sex grupper som motsvarar faserna i vårdprocessen.

Tilläggsrubriker

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

6.3 Användning av rubriker i olika faser

Under rubrikerna kan man skriva både fri text och strukturerade uppgifter. Dokumentation av strukturerade uppgifter behandlas närmare i respektive kapitel. De riksomfattande rubrikerna definieras i klassifikationen [AR/YDIN - Otsikot](#) (Rubriker) som finns på den nationella Kodservern.

Tabell 6.2 visar användning av olika rubriker i olika faser i vårdprocessen (hindrar inte att rubrikerna används i andra faser av vårdprocessen om det är motiverat). Vissa rubriker används som s.k. överrubrik för hela journalanteckningen medan andra lämpar sig bättre som mellanrubriker som grupperar texten i logiska helheter. Tekniskt sett är dock alla rubriker likvärdiga och kan användas som både över- och mellanrubriker.

Tabell 6.2 Vägledande användning av rubriker i olika faser av en vårdprocess.

Rubrik	An- komstsi- tuation	Planering av vård	Genomfö- rande av vård	Utvärde- ring av vård	Ospecifi- cerat
Anteckningens "överbubriker"					
Distanskontakt		(x)		(x)	
Konsultation/Remiss		x		x	
Utlåtande					x
Hälsoundersökning			x	(x)	
Daglig anteckning (decursus)			x	(x)	
Mellanvärdering				x	
Slutvärdering (epikris)				x	
Rubriker/Ankomstorsak och anam- nes					
Ankomstorsak	x				
Anamnes	x				
Hälsopåverkande faktorer	x				
Riskuppgifter					x
Rubriker/Observationer och under- sökningar					
Status	x				
Funktionsförmåga	x			x	
Undersökningar		(x)	x		
Fysiologiska mätningar		(x)	x		
Test- och utvärderingsresultat		(x)	x		
Rubriker/Planering av vård					
Vårdbehov	(x)	x		(x)	
Vårdmål		x			
Plan		x			

Rubrik	Ankomstsituation	Planering av vård	Genomförande av vård	Utvärdering av vård	Ospecificerat
Rubriker/Genomförande av vård					
Åtgärder		(x)	x		
Vårdaktiviteter		(x)	x		
Rehabilitering		(x)	x		
Läkemedelsbehandling	(x)	(x)	x		
Förebyggande vård (prevention)			x		
Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar	(x)	(x)	x		
Rubriker/Utvärdering av vård					
Diagnos				x	
Orsak till vård				x	
Vårdklass	(x)			x	
Vårdresultat				x	
Övriga rubriker					
Annan anteckning	(x)	(x)	(x)	(x)	x

(Över)rubriker för hela anteckningen

Distanskontakt

Rubriken används för dokumentation av kontakt som tagits elektroniskt (t.ex. via e-post) eller brevledes, telefonkontakt samt som rubrik för journalanteckningar utan patientkontakt. Med en tilläggsrubrik kan man precisera vilket slag av distanskontakt det är fråga om. I allmänhet är anteckningarna korta och andra rubriker behövs inte. Man kan ändå använda andra rubriker vid behov. Se också separat anvisning för distanskontakt: [Anvisning 2/2020](#)

Konsultation/Remiss

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

Utlåtande

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

En uppgift om ett separat utlåtande kan dokumenteras i journaltexten under rubriken utlåtande. Om man samtidigt skriver ett intyg går det att hitta på basis av servicehändelsen. Om utlåtandet har skrivits vid ett annat tillfälle rekommenderas det att man också dokumenterar datum för utlåtandet under rubriken, för att utlåtandet ska vara lättare att hitta. Uppgifter om andra utlåtanden än sådana som görs som journalhandlingar, såsom anteckningar om utlåtanden i samband med polisens begäranden om handräckning och uppgifter om andra anmälningar och utlåtanden som getts till andra myndigheter eller försäkringsbolag, exempelvis barnskyddsanmälningar, kan också dokumenteras under rubriken utlåtande. De här utlåtandena eller anmälningarna ska emellertid inte sparas i patientjournalen utan överlämnas till ifrågavarande myndighet, som svarar för arkiveringen av dem. Läs mer i kapitel [16 utlåtanden och intyg](#).

Hälsundersökning

Rubriken används för hälsundersökningar som dokumenteras i den fortlöpande patientjournalen. Det rekommenderas att man använder en tilläggsrubrik för att precisera vilket slags hälsundersökning det är fråga om. Det rekommenderas också att man strukturerar texten med hjälp av andra rubriker. För många hälsundersökningar finns det egna blankettstrukturer med vilka man ger utlåtande om hälsundersökningens resultat, exempelvis Hälsundersökning av ungdomar. Som rubrik på de här blanketterna används Utlåtande. För utlåtandeblanketter behöver användaren inte ange någon rubrik, utan patientdatasystemet gör det automatiskt. I hälsundersökningar ska man dokumentera de fynd, undersökningsresultat och problem som framkommit vid undersökningen, målen för och behovet av fortsatta åtgärder samt ~~anvisningar~~ om fortsatt vård. Den strukturerade information som hör till undersökningen dokumenteras med hjälp av ifrågavarande strukturer.

Daglig anteckning (decursus)

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

Mellanvärdering

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

I mellanvärderingen dokumenteras ett sammandrag av de väsentliga förändringar som skett i patientens mående och vård under vården, rehabiliteringen eller terapin samt förändringen i förhållande till anamnesen eller en tidigare mellan- eller slutvärdering. Detaljerad information eller enskild strukturerad information dokumenteras inte i mellanvärderingen annat än i

motiverade undantagsfall, i allmänhet räcker det med ett sammandrag. Strukturerad information som redan dokumenterats, exempelvis en utförd åtgärd, dokumenteras inte som ny strukturell information om den inte kan länkas till den ursprungliga anteckningen (se kapitel [13 Åtgärder](#)). Ett sammandrag av aktuell medicinering kan kopieras in i mellanvärderingen, men de strukturella uppdaterade medicineringssuppgifterna underhålls i medicineringsmodulen.

Slutvärdering (epikris)

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

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

Orsak till vård och anamnes (Ankomstsituation)

Ankomstorsak

Under rubriken dokumenteras kort orsaken till att patienten sökte vård. Ankomstorsaken dokumenteras som fri text enligt patientens eller dennas följeslagares egen berättelse. Dokumentationen av orsaken till att söka vård beskrivs närmare i kapitel [9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser](#). (se också rubriken Orsak till vård och Diagnos)

Anamnes

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

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

Hälsopåverkande faktorer

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

Riskuppgifter

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

Observationer och undersökningar (Ankomstsituation)

Status

Under rubriken dokumenteras fynd och observationer som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör vid kliniska undersökningar. Exempel på kliniska undersökningar är auskultation av hjärtat, palpation av sköldkörteln, perifera senreflexer eller undersökning av ögonbottenarna med oftalmoskopi. Information om patientens status dokumenteras tills vidare huvudsakligen som fri text, eftersom den strukturerade dokumentationen av status ännu inte (2022) har specificerats på nationell nivå annat än inom mun- och tandvården.

Funktionsförmåga

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

Funktioner eller tjänsteinnehåll som hänför sig till upprätthållande eller förbättrande av funktionsförmågan dokumenteras däremot under rubriken Rehabilitering eller Vårdaktiviteter i en service-, yrkes- eller specialitetsspecifik vy i enlighet med vad som anvisas om användningen av vyerna på annan plats i denna handbok. Närmare anvisningar om dokumentation av funktionsförmågan ges i den dokumentationshandbok om dokumentation av funktionsförmågan som är under beredning. [THL/Tietosisältö - Toimintakyky](#) (THL/Informationsinnehåll- Funktionsförmåga) har publicerats på Kodservern.

Mer information (på finska): [Toimintakykytiedon kirjaaminen](#) (Anteckning av uppgift om funktionsförmågan)

Undersökningar

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

Fysiologiska mätningar

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

Test- och utvärderingsresultat

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

Planering av vård

Vårdbehov

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

Vårdmål

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

Plan

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

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

Genomförande av vård

Åtgärder

Under rubriken dokumenteras de utförda eller planerade åtgärder som har betydelse för vården av patienten. De utförda åtgärderna dokumenteras som strukturerad information enligt strukturerna för åtgärderna. Under rubriken dokumenteras som fri text övrig nödvändig information om åtgärderna, såsom motivering av åtgärden, åtgärdsjournalen och eventuella komplikationer i samband med en åtgärd. I åtgärdsjournalen beskrivs i väsentliga delar åtgärdens förlopp, fynd som konstaterats vid åtgärden samt det uppnådda slutresultatet. Dokumentationen av åtgärder beskrivs närmare i kapitel [13 Åtgärder](#). Planen för fortsatt vård

efter åtgärden dokumenteras under rubriken Plan. Se även rubrikerna Vårdaktiviteter, Rehabilitering, Läkemedelsbehandling och Förebyggande vård.

Vårdaktiviteter

Under rubriken dokumenteras de vårdaktiviteter eller vårdfunktioner som patienten erhållit och med vilka exempelvis en sjukskötare eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har svarat på patientens behov av vård och på de mål som satts och som inte dokumenteras under andra rubriker för genomförande av vård, exempelvis Åtgärder, Rehabilitering eller Läkemedelsbehandling. Även patientvägledningen dokumenteras med rubriken Vårdaktiviteter.

Rehabilitering

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

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

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

Dokumentationen av rehabilitering utvecklas i samarbete med den expertgrupp som koordinerar nomenklaturerna (*Nimikkeistöjä koordinoiva asiantuntijaryhmä*, NIKO) och andra expertgrupper. Mer information: [Nomenklaturer för specialarbetare inom rehabilitering och vård](#).

Läkemedelsbehandling

Recept, kontroller och administreringsanteckningar för läkemedel samt övriga anteckningar som rör ändring och kontroll av en gällande medicinering eller administrering av läkemedel görs vanligen i strukturerad form i patientdatasystemets medicineringsmodul, och den som gör anteckningarna behöver då inte använda rubriken Läkemedelsbehandling (programmet tar automatiskt fram den i bakgrunden). Tills vidare, tills den riksomfattande läkemedelslistan kan införas, hämtas när besöket eller vårdperioden avslutas uppgifter om den aktuella medicineringen (automatiskt) från medicineringsmodulen eller antecknas under rubriken Läkemedelsbehandling i vyn MEDIC. I övriga vyer kan man under rubriken som fri text anteckna utvärderingar av läkemedelsbehandlingen samt kommentarer och motiveringar till besluten, om dessa inte kan dokumenteras som strukturerad information. Dokumentationen av läkemedelsbehandling beskrivs närmare i kapitel [14 Läkemedelsbehandling](#).

Förebyggande vård (prevention)

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

Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar

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

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

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

Utvärdering av vård

Diagnos

Under rubriken dokumenterar läkaren de diagnoser som konstaterats hos patienten enligt diagnosstrukturen. I diagnoserna dokumenteras diagnoser som konstaterats eller behandlats under ett besök eller en vårdperiod samt övriga diagnoser som väsentligt har påverkat vården under patientens besök eller vårdperiod. Varaktiga diagnoser som inte haft betydelse för vården av patienten dokumenteras inte. Strukturerad dokumentation av diagnosen beskrivs närmare i kapitel [9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser](#).

Orsak till vård

Under rubriken dokumenterar andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare när vården framskrider vad de bedömer vara orsaken till att patienten sökte vård. Orsaken till att söka vård kan dokumenteras med ICD-klassificering eller med användning av de ICD-koder som tidigare har diagnostiserats hos patienten. Dokumentationen av orsaken till att söka vård beskrivs närmare i kapitel [9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser](#).

Vårdklass

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

Vårdresultat

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

Övriga rubriker (Alla faser i vårdprocessen)**Annan anteckning**

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

7 Basuppgifter om patienten

BRA ATT VETA

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

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

Enligt förordningen om journalhandlingar ([94/2022](#)) är patientens namn, födelsedatum och personbeteckning minimiuppgifter för identifiering. Patientens identifikationsuppgifter ingår också i handlingarnas identifikationsuppgifter i den elektroniska patientjournalen. Övriga uppgifter som ska dokumenteras i basinformationen om patienten är patientens kontaktuppgifter, uppgift om patientens vårdnadshavare, lagliga företrädare eller intressebevakare, uppgift om intressebevakning, spärrmarkering och övriga uppgifter, såsom den senaste uppdateringen av basinformationen. Klassifikationer och datastrukturer som ska användas för basinformationen finns samlade i tabell 7.1.

Tabell 7.1 Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av basuppgifter om en patient.

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

7.1 En persons identifikationsuppgifter

Basuppgifter om personer som är bosatta i Finland finns i det befolkningsdatasystem (BDS) som upprätthålls av Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata (MDB). Från

befolkningsdatasystemet får patientdatasystemen identifikationsuppgifter om en patient, såsom nuvarande förnamn, nuvarande efternamn, namnändringar, personbeteckning, kön och dödsdatum. I de flesta organisationer har man skapat en rutin för batchuppdatering av uppgifterna från BDS, men hur ofta uppgifterna uppdateras varierar i olika organisationer.

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

Personbeteckning

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

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

Namn samt födelse- och dödstitid

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

Kön

Könet dokumenteras i patientdatasystemet med klassifikationen Kön. Klassifikationen följer den internationella standarden ISO 5218 och den nationella standarden SFS 4182. Vid dokumentationen bör man beakta att det inte används något standardenligt kodverk i den information som förmedlas från MDB (se tabell 7.2). I MDB:s information uttrycks man med koden "1", kvinna med koden "2" och om uppgiften saknas används koden "B" Personens kön är en obligatorisk uppgift som ska dokumenteras.

Tabell 7.2 Motsvarighet mellan kodverken för kön.

Kod	AR/YDIN – Sukupuoli (Kön) (SFS 4182)	MDB -kodverkets motsvarighet
1	Mies (Man)	1
2	Nainen (Kvinna)	2
9	Määrittelemättä (Odefinierat)	(ingen motsvarighet)
0	Tuntematon (Okänt)	B

7.2 En persons kontaktinformation

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

Adress

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

Hemkommun

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

Telefon, fax och e-post

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

Yrke

En persons yrke dokumenteras i Befolkningsdatasystemet enligt personens egen anmälan och vanligen i samband med en flyttanmälan. Yrket dokumenteras vid behov i patientdatasystemet. Vid dokumentationen av yrket kan man också utnyttja klassifikationen [TK-Ammattiluokitus](#) (Yrkesklassifikation) eller dokumentera yrket som fri text.

Modersmål

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

Kontaktspråk

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

Behov av tolk

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

Medborgarskap

Medborgarskapet dokumenteras med användning av landskoder.

7.3 Kontaktperson

I uppgifterna om kontaktperson utnyttjas samma kodverk och rekommendationer som i basuppgifterna om patienten. Kontaktpersonens släktskap dokumenteras med klassifikationen *Släktförhållande*. Det kan finnas flera kontaktpersoner, och då kan man med klassifikationen *Kontaktpersonens prioritet* dokumentera om det är fråga om en primär eller sekundär kontaktperson. Förutom släkting kan kontaktpersonen vara en annan intressebevakare eller vårdnadshavare. Exempelvis när det gäller en minderårig patient ska det framgå om kontaktpersonen är vårdnadshavare eller laglig företrädare. När det gäller en myndig patient ska den utsedda lagliga företrädarens namn och kontaktinformation framgå av uppgifterna. Enligt förordningen om journalhandlingar ([94/2022](#)) är minimiuppgifterna för en kontaktperson i fråga om en minderårig patient vårdnadshavarnas eller en annan laglig företrädarens namn och kontaktinformation samt namnet på den lagliga företrädare som utsetts för en myndig patient och denna företrädarens kontaktinformation, samt vid behov namnet på en nära anhörig eller någon annan kontaktperson som patienten uppgett samt eventuellt släktskapsförhållande och kontaktinformation. Från MDB får man information om intressebevakningens giltighetstid, alltså begynnelse- och avslutningsdatum, och om fördelningen av intressebevakningsuppgifterna mellan intressebevakarna, vilket vid behov kan preciseras som fri text. Beträffande vårdnadshavare får man från befolkningsregistret information om förordnandet om fördelning av uppgifterna mellan vårdnadshavarna, och om vårdnadsförhållandets giltighetstid, alltså begynnelse- och avslutningsdatum.

[Lagen angående vårdnad om barn och umgängesrätt \(361/1983\)](#) reviderades 2019. Enligt de nya bestämmelserna kan en förälder eller någon annan närstående person till barnet som inte är vårdnadshavare genom ett avtal mellan föräldrarna och ett domstolsbeslut få rätt att få uppgifter om barnet. Då har personen samma rätt som vårdnadshavaren att få sekretessbelagda uppgifter om barnet av myndigheter och privata tjänsteproducenter antingen i alla ärenden eller de frågor som anges i avtalet.

I fortsättningen kan kommunernas barnatillsyningsmän och domstolarna anmäla vårdnadsuppgifter om minderåriga barn (uppgift om vad som avtalats om vårdnad och rätt att få uppgifter) till befolkningsdatasystemet i elektronisk, strukturerad form. Även tjänstemän vid Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata kan lagra barnets vårdnadsuppgifter för myndighetens räkning. Syftet med ändringen är att underlätta vårdnadshavarens ärendehantering för barnets räkning och elektronisk informationsförmedling till myndigheter. Det kodade informationsinnehållet beskriver om uppgifter i anslutning till vårdnaden om barnet är delade eller en förälder eller någon annan närstående person till barnet som inte är vårdnadshavare beviljats rätt till uppgifter.

7.4 Försäkringsbolag

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

7.5 Spärrmarkering

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

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

7.6 Personuppgiftsblankett

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

8 Uppgifter om vårdgivaren och servicehändelsen

BRA ATT VETA

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

Journalhandlingarna och de anteckningar som finns i dem innehåller identifikationsuppgifter (metadata), som är avsedda exempelvis för att möjliggöra lagring, sökning och behandling av patientuppgifter. Även servicehändelsen har egna identifikationsuppgifter, som används i de riksomfattande elektroniska tjänsterna som hjälp för dokumentförvaltningen. En stor del av identifikationsuppgifterna bildas automatiskt, och användaren behöver vanligen inte dokumentera dem. De klassifikationer som ska användas i identifikationsuppgifterna visas i tabell 8.1.

Tabell 8.1 Klassifikationer som ska användas för dokumentation av identifikationsuppgifter om vårdgivare och servicehändelse

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

8.1 Identifikationsuppgifter för den som gör en anteckning och för vårdgivaren

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

Uppgiften *Person som gjort en anteckning* är obligatorisk, men i allmänhet tar systemet fram uppgiften automatiskt. Den som gjort en anteckning är den person som ansvarar för anteckningens informationsinnehåll. Personen som registrerar en anteckning kan vara en assisterande person, en maskinskrivare eller en apparat. Då ska också uppgifterna om den som tekniskt registrerar anteckningen framgå av anteckningen. ([Förordning om journalhandlingar 94/2022](#))

Vårdgivarens identifikationsuppgifter identifierar servicegivaren och den person som genomför hälso- eller sjukvården. Servicegivaren kan vara en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en självständig yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Förutom verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård ska också serviceenheten identifieras. Den person som genomför hälso- eller sjukvården kan vara en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller en annan person som deltar i tillhandahållandet av hälso- och sjukvård, såsom en räddare inom den prehospitala akutsjukvården.

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

Uppgifterna om *den person som genomför hälso- eller sjukvården* anger personens namn och yrke. Med ställning, som nämns i förordningen om journalhandlingar ([94/2022](#)), avses den befattning en person innehar, såsom läkare eller sjukskötare. Patientdatasystemet kan automatiskt ta fram namnet på den person som genomför hälso- och sjukvården och övriga basuppgifter om personen på basis av personens användarnamn. Vid dokumentationen av yrke används klassifikationen *Yrkesklassifikation*.

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

Datum för dokumentation av en anteckning ingår i anteckningens metadata, men datumen för observation av patientuppgifterna hör till informationsinnehållet i anteckningen och dokumenteras separat. Tidpunkten när en anteckning registrerats är väsentlig information med avseende på uppföljningen av processen och juridiskt sett. I anteckningens identifikationsuppgifter ingår dessutom tidpunkten för godkännandet av anteckningen, när godkännande krävs. Vanligen ser användaren varken när en anteckning gjorts eller av vem, men informationen kan tas fram vid behov. De uppgifter som beskriver antecknaren finns beskrivna på en utförligare nivå i användningsfallen i Patientdatasystemen och i Medical Records-meddelandehandboken (se närmare [Specifikationer för systemutvecklare](#)). Version 2016 uppdateras inte längre.

Uppgifterna om servicegivaren och den serviceenhet som är tjänsteproducent innehåller namnet i textform och en OID-kod. Utifrån patientförvaltningens uppgifter kan systemet ta fram information om serviceenheten på avdelningsnivå, t.ex. bäddavdelning 2 på Kuopio universitetssjukhus, samt information om specialiteten, t.ex. kirurgi eller inre medicin. Patientdatasystemet genererar en OID-identifikationskod enligt ISO-standarden, som användaren inte ser och inte behöver bry sig om.

8.2 Identifikationsuppgifter för en servicehändelse

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

Med hjälp av begreppet servicehändelse sammankopplas enskilda patientuppgifter och i dem ingående anteckningar och handlingar som hör till samma kontext. Därmed motsvarar en servicehändelse begreppet **ärende** inom dokumentförvaltningen. En servicehändelse är alltså ett ärende till vilket alla tillhörande handlingar som uppkommer under vården kopplas. Begreppet servicehändelse bildar också en helhet med vars hjälp patientens meddelanden om tillstånd för utlämnande, samtycken och förbud hanteras. I praktiken innebär det här att patienten har möjlighet att förbjuda att uppgifter om en viss servicehändelse visas i en annan organisation. Se [Lagen om kunduppgifter 784/2021, 18 §](#).

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

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

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

Till identifikationsuppgifterna för en servicehändelse hör typen av servicehändelse, identifikationskoden och tidpunkten. Typen av servicehändelse uttrycks med klassifikationen *Servicehändelsens art*. Servicehändelserna specificeras med en OID-kod och tidpunkten för händelsen uttrycks med minst en dags noggrannhet.

9 Ankomstorsaker, besöksorsaker och diagnoser

BRA ATT VETA

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

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

Diagnoserna och besöksorsakerna är den viktigaste strukturella informationen med tanke på vården av patienten, men informationen används också i andra sammanhang, t.ex. för att beskriva tjänsteproduktionen, mäta kvaliteten och effekten eller analysera kostnaderna. De klassifikationer som ska användas för dokumentation av besöksorsaker och diagnoser visas i tabell 9.1.

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

Av den strukturella informationen om diagnoser och besöksorsaker bildar Informationshanteringstjänsten en sammanställning (DGS), som beskrivs i kapitel 9.6. Det strukturerade informationsinnehållet i diagnoser och besöksorsaker och den diagnos-sammansättning som bildas utifrån dem beskrivs närmare i Informationshanteringstjänsten ([Virkkunen m.fl. 2021](#))

THL/ Informationsinnehåll - Diagnoser som presenteras där har publicerats på den nationella Kodservern (innehåller även besöksorsaker).

Tabell 9.1 Klassifikationer som ska användas för dokumentation av besöksorsaker och diagnoser.

Klassifikationer för dokumentation	Mer information
Diagnoser eller besöksorsaker: THL – Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10) eller Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus (ICPC Primärvårdsklassifikationen)	
Diagnosens yttre orsak och typ av olycksfall: THL – Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10)	Dg yttre orsak: Antecknas som precisering av diagnoskoderna S00-T98. Antecknas med ICD-10 koderna V01-Y89 Typ av olycksfall: Antecknas som precisering av dg yttre orsak W00-X59. Antecknas med ICD-10 koderna Y94.0-Y96.9
Läkemedel som orsakat tillståndet: Fimea - ATC luokitus (ATC klassifikation)	
Orsak till skadlig effekt eller biverkning: THL – Toimenpideluokitus (Åtgärdsklassifikation) eller Fimea - ATC luokitus (ATC klassifikation)	Orsak till skadlig effekt eller biverkning: Antecknas för dg yttre orsak för koderna Y40-Y84 och Y88.0-Y88.3
Diagnosens eller besöksorsakens prioritet: AR/YDIN - Diagnosin/ toimenpiteen ensisijaisuus (Prioritet hos en diagnos/ åtgärd) Huvuddiagnos/ Bidiagnos	
Diagnosens eller besöksorsakens varaktighet: AR/YDIN – Pysyvyys (Varaktighet) Av permanent karaktär/ Temporär	
Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad: AR/YDIN –Varmuusaste (Säkerhetsgrad) Misstänkt/ Sannolik eller säker	
THL - Tiedon lähde (Informationskälla) Behandlande organisation/Annan behandlande organisation/Patienten/Patientens mor/Patientens far/Patientens företrädare/Myndighet/Annan informationskälla/ Instrument/ Arbetsgivare	
Orsak till avslutad diagnos: AR/YDIN – Terveystiedon päättymisen syy (Orsak till att en hälsouppgift avslutas) Tidsbestämd / Tillfrisknad/ Precisering / Annan orsak	

Klassifikationer för dokumentation	Mer information
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö (Klassificeringen av motionsgrenar) *	Antecknas som precisering för typ av olycksfall Y94.2
Kommer senare: THL/SNOMED CT - Terveysongelmat ja kontaktien syyt (Hälsoproblem och orsaker till kontakt) THL - Harvinaissairauksien Orpha-luokitus	

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

9.1 Ankomstorsak

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

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

Utveckling av strukturerad dokumentation av uppgiften om ankomstorsak har dryftats exempelvis genom att utnyttja en "favoritlista" baserad på ICPC-klassifikationen eller SNOMED CT:s "Problem-lista" dvs. klassifikationen *THL/SNOMED CT - Terveysongelmat ja kontaktien syy* (Hälsoproblem och orsaker till kontakt). ICPC-klassifikationen har redan länge använts internationellt ([Britt m.fl. 2016](#); [Soler m.fl. 2012](#); [Bentsen 1986](#)) för att dokumentera dels patientens egen ankomstorsak och dels det hälsoproblem eller den diagnosinformation som den yrkesutbildade personen konstaterar. Ibruktage av SNOMED CT:s lista över hälsoproblem utvärderas vid THL.

9.2 Besöksorsak

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

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

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

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

Uppgiften om besöksorsak dokumenteras i journalvyn under rubriken *Vårdorsak* eller direkt i respektive fält i datastrukturen *Diagnoser och besöksorsak* ([Virkkunen m.fl. 2021](#)). Strukturerad information om besöksorsaken som dokumenterats under rubriken *Vårdorsak* kan vid behov kompletteras med fri text.

9.3 Diagnos

En diagnos uttrycker en medicinskt fastställd sjukdom eller annan avvikelse i hälsotillståndet (t.ex. skada). Läkaren som behandlar patienten dokumenterar uppgiften om diagnos i ett så tidigt skede som möjligt. Den tekniska dokumenteraren av uppgiften om diagnos kan också vara någon annan än en person som har fått medicinsk utbildning (t.ex. en textbehandlare). Innehållsligt görs anteckningen dock alltid av en läkare. Läkaren dokumenterar alltid diagnosen, inte besöksorsaken. Uppgiften om diagnos dokumenteras med diagnos-strukturen antingen under rubriken *Diagnos* eller separat i respektive fält i datastrukturen *Diagnos*.

Inom den specialiserade sjukvården dokumenteras diagnoser med ICD-klassifikation och inom primärvården med ICD- eller ICPC-klassifikation. Det rekommenderas att ICD-klassifikationen används även inom primärvården. Vid THL har man diskuterat om man till och med kunde avstå från att använda ICPC-klassifikationen i läkarnas diagnosdokumentation även inom primärvården, men man har inte ännu gett några riktlinjer för detta. Namnet på diagnosen hämtas i första hand från ICD eller ICPC på basis av koden, men den läkare som ställt diagnosen kan vid behov omforma namnet så att det är exaktare än den term som används i klassifikationen och bättre beskriver diagnosen, förutsatt att betydelsen inte förändras så att den avviker från koden. Eventuella preciseringar av och tillägg till kodnamnet kan också dokumenteras efter namnet på diagnosen (t.ex.: ICD-10 S92.0 Fraktur på kalkaneus, *höger fot* eller ICPC-2 L76 Annan fraktur -> L76 *Fraktur på kalkaneus, höger fot*).

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

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

9.4 Informationsinnehållen i en diagnos och en besöksorsak

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

9.4.1 Koder för diagnos och besöksorsak

Diagnoser och besöksorsaker dokumenteras med ICD- eller ICPC-klassifikation. Om diagnosen dokumenteras med en ICPC-kod är det möjligt att precisera den med en ICD-kod, vilket även rekommenderas. Patientdatasystemet kan ta fram en lista på ICD-koder som motsvarar ICPC-koderna och bland vilka den som gör anteckningen väljer en lämplig kod. Se bild 9.1.

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

Datum	ICPC-2	ICD-10	orsak/sy	Diagnosens namn	Säkerhet
4.4.11	K87	I12.0		Blodtryckssjukdom, komplicerad	

ICD-kod: I15.0 Renovaskulär hypertoni

Huvuddg Beständighet: Perma

Sök:

Bild 9.1 Exempel, när ICPC-kodverket används. Systemet erbjuder en lista över motsvarande ICD-koder, som förvald primär kod erbjuds den ICD-kod som motsvarar definitionen. ([Virkunen m.fl. 2021](#))

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

I patientdatasystemen kan det vara möjligt att dokumentera kombinationsdiagnoser också (eller enbart) direkt i strukturerad form så att koderna för symtom, orsak, endokrinologisk störning samt ATC-koderna dokumenteras direkt i respektive fält i stället för genom att bilda diagnoskodpar. Kombinationsdiagnoser som dokumenterats som kodpar upplöses likaså i patientdatasystemet till separata strukturer för att informationen ska vara lättare att utnyttja (från och med det innehåll som definierats 2015).

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

9.4.2 Diagnosens eller besöksorsakens prioritet

Med *Huvuddiagnos* avses den primära diagnosen eller besöksorsaken med tanke på vården av en patient i respektive vårdsituation. Med *bidiagnoser* avses andra diagnoser eller besöksorsaker som är sekundära med tanke på vården av en patient, men som i en vårdsituation påverkar undersökningen och vården av samt prognosen för patienten eller patientens omedelbara hälsotillstånd. Uppgiften om diagnosens eller besöksorsakens prioritet dokumenteras i enlighet med klassifikationen *Diagnosens prioritet*. För ett besök eller en vårdperiod ska huvuddiagnosen eller den huvudsakliga besöksorsaken bestämmas senast när vårdperioden eller besöket eller någon annan vårdkontakt avslutas.

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

9.4.3 Diagnosens eller besöksorsakens varaktighet

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

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

Det är obligatoriskt att ange diagnosens varaktighet. Patientdatasystemen tar fram förvalda värden för uppgiften om diagnosernas *Varaktighet*, men den som gör anteckningen kan vid behov ändra uppgiften. När en diagnos för vilken det förvalda värdet är Av permanent

karaktär ska dokumenteras för en patient för första gången (dvs. diagnosen finns ännu inte på listan över patientens långtidsdiagnoser) frågar systemet av den som gör anteckningen om diagnosen ska dokumenteras som permanent. När en diagnos redan finns på listan över långtidsdiagnoser, blir den automatiskt dokumenterad (angiven) som permanent. Diagnoser för vilka det förvalda värdet är temporär sparas automatiskt som temporära, om de inte tidigare har dokumenterats bland patientens långtidsdiagnoser.

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

9.4.4 Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad

Diagnostik är alltid förenad med osäkerhet. Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad dokumenteras med klassifikationen *Säkerhetsgrad*. Diagnosen eller besöksorsaken kan då vara *Misstänkt* alternativt *Sannolik eller säker*.

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

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

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

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

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

9.4.5 Informationskälla

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

9.4.6 Uppgifter om tidpunkt för fastställande av diagnos eller besöksorsak

Med datum för fastställande av diagnos avses den dag då diagnosen i fråga fastställdes för första gången. Diagnoser som behandlas som temporära (exempelvis öroninflammation) har separat för varje sjukdomsperiod uppgift om *datum för fastställande* – och om *fastställaren*. För långtidsdiagnoser (dg varaktighet = varaktig) avses med *datum för fastställande av diagnosen* det datum då diagnosen ursprungligen (för första gången) fastställdes. Diagnosens fastställare är på motsvarande sätt den som ursprungligen fastställde diagnosen. Den läkare som dokumenterar en långtidsdiagnos som diagnos för det ifrågavarande besöket sparas vid varje besök, som den som gjort anteckning, även om den som ursprungligen fastställt diagnosen dokumenteras som fastställare av långtidsdiagnosen. Likaså är datum för anteckningen alltid den dag då anteckningen görs, även om datum för fastställande av långtidsdiagnosen ligger i det förgångna.

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

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

9.4.7 Uppgifter om avslutad diagnos

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

När en diagnos anges som avslutad ska den ursprungliga diagnosanteckningen användas som grund för anteckningen. Uppgifter om en diagnos som anges som avslutad ska därmed

med undantag av anteckningen om avslutande vara i ursprunglig form. Diagnosens *slutdatum* är det datum då den sjukdom som diagnosen gällde konstaterats vara avslutad. Förvalt värde för diagnosens slutdatum är det datum då anteckningen dokumenterades och för *fastställaren* av avslutandet den person som gjort anteckningen. Uppgifterna kan ändras vid behov. För en diagnos som avslutas ska man också dokumentera orsaken till avslutande enligt klassifikationen *Orsak till att en hälsouppgift slutat* gälla. Exempel på orsaker är *Tillfrisknad*, *Preciserad* och *Annan orsak*.

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

9.4.8 Vårdepisod och diagnosens eller besöksorsakens episodbeteckning

Med vårdepisod (episode of care) avses en tidsmässigt fortskridande vårdhelhet i samband med ett visst hälsoproblem hos en patient, i vilken flera vårdhändelser kan ingå. I det här kapitlet beskrivs begreppet episod med avseende på diagnosdokumentation och den kan avvika från till exempel den definition av episod som används inom ekonomiförvaltning. En episod börjar när patienten för första gången berättar om ett hälsoproblem för en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och läkaren eller någon annan yrkesutbildad person har dokumenterat uppgiften om besöksorsak eller diagnos. Episoden avslutas när problemet tas upp för sista gången. Långtidssjukdomar, till exempel högt blodtryck, bildar i regel en episod. Kortvariga sjukdomar, till exempel öroninflammation, behandlas däremot i regel som en egen episod. För andra behov i samband med så kallad sekundär användning, t.ex. vid gruppering av kunder (DRG, casemix), kan man definiera behandlingsregler (cut-off regler) som skiljer sig från vad som anges här. Exempelvis kan upprepade kontakter som sker inom en viss tid definieras som hörande till samma episod även vid kortvarig sjukdom.

Patientdatasystemen tar för varje diagnos och besöksorsak fram en *episodbeteckning*, med vars hjälp diagnosen eller besöksorsaken kan kopplas till patientens vårdepisod. Med hjälp av episodbeteckningen kan man koppla ihop händelser som gäller samma sjukdom hos en enskild patient oavsett vem som stått för tjänsterna.

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

När en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården dokumenterar en ny diagnos eller besöksorsak kopplar systemet automatiskt diagnosen till motsvarande tidigare diagnos eller besöksorsak och ger anteckningen samma episodbeteckning, om samma diagnoskod förekommer på listan över patientens långtidssjukdomar eller i uppgifterna om diagnos eller besöksorsak under de tre senaste månaderna. Den här tolkningen kan i princip felaktigt koppla exempelvis två öroninflammationer till samma episod, om det är mindre än tre månader

mellan anteckningarna, men regeln har ansetts vara "tillräckligt exakt" för att slutledningsreglerna i regel ska kunna tillämpas utan att man behöver be om uppgiften av den som gjort dokumentationen.

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

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

9.5 Utnyttjande av tidigare anteckningar om diagnos och besöksorsak

9.5.1 Extrahering av tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker

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

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

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

9.5.2 Precisering av en diagnos eller besöksorsak

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

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

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

9.6 Sammanställning av diagnoser och besöksorsaker

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

1. patientens hälsoproblem som behandlas i samband med respektive kontakt (diagnoser och besöksorsaker till besök och vårdperioder)
2. patientens hälsoproblem som kan förstås som patientens långvariga eller bestående hälsoegenskaper och som även när de gett med sig har en bred inverkan på patientens hälsotillstånd, välbefinnande eller behandlingen av andra hälsoproblem (långtidsdiagnoser)

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

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

Diagnossammandrag							Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014		X
Långtidsdiagnoser			<input checked="" type="checkbox"/>	Visa diagnosförteckning	<input checked="" type="checkbox"/>	Visa avslutade dg	Sammankoppla	Med episod	▼
+	Tidsperiod	Dg-kod ▲	Diagnosens namn						
...	9.9.09 - 15.8.12	E11.9	Ej insulinberoende diabetes utan komplikationer						
...	22.1.07 - 15.8.12	I11.9	Hypertensiv hjärtsjukdom utan hjärtsvikt						
...	9.9.09 - 15.8.10	I20.1	Angina pectoris						
...	22.1.07 - 4.4.08	M16.9	Arthrosis Coxae						
...									
Besöksdiagnoser och Besöksorsaker			<input checked="" type="checkbox"/>	Diagnoser	<input checked="" type="checkbox"/>	Besöksorsaker	Filtera upprepade besöksdg	Ingen filtrering	▼
+	Tidsperiod ▼	Dg-kod ▲	Diagnosens namn						
...		15.8.12	J01.0	Akut maxillarsinuit					
...		15.8.12	E11.9	Ej insulinberoende diabetes utan komplikationer					
...		15.8.12	I11.9	Hypertensiv hjärtsjukdom utan hjärtsvikt					
...		1.6.12	E11.9	Ej insulinberoende diabetes utan komplikationer					
...		13.3.12	I11.9	Hypertensiv hjärtsjukdom utan hjärtsvikt					
Avslutade långtidsdiagnoser							Filtera upprepade besöksdg	3 tecken	▼
+	Datum	Dg-kod ▲	Diagnosens namn						Avslutad ▲
	5.8.03 - 15.10.04	E05.0	Hypertyreos						15.10.04
		4.4.11	H06.1*B67.9						4.4.11

Bild 9.2 Exempel på uppgifter om diagnoser och besöksorsaker som visas i en sammanställning samt filtreringsmodellerna för dem. (Virkkunen m.fl. 2021)

10 Riskuppgifter

BRA ATT VETA

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

Riskuppgifterna består av uppgifter om kritiska risker som ska beaktas vid vården av en patient eller för personalens säkerhet. De klassifikationer som ska användas för dokumentation av risker finns samlade i tabell 10.1.

Tabell 10.1 Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av riskuppgifter om en patient.

Klassifikationer för dokumentation
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi (Typ av riskuppgift)
AR/YDIN - Riskitiedon aste (Riskuppgiftens grad) Kritisk risk/ Risk som ska beaktas i vården
AR/YDIN -Varmuusaste (Säkerhetsgrad) Misstänkt/ Sannolik eller säker
AR/YDIN - Pysyvyys (Varaktighet) Av permanent karaktär/ Temporär
Riskens kodvärde*: THL - Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10 eller THL - Toimenpideluokitus (Åtgärdsklassifikation) eller AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste (Graden av begränsning av vården)
Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus (ICPC Primärvårdsklassifikationen)
Fimea - ATC luokitus (ATC klassifikation)
THL - Tiedon lähde (Informationskälla) Behandlande organisation/Annan behandlande organisation/Patient/Patientens moder/Patientens fader/Patientens representant/ Myndighet/Annan informationskälla/ Instrument/ Arbetsgivare
AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Orsak till att en hälsouppgift avslutas) Tidsbestämd / Tillfrisknad/ Precisering / Annan orsak

*Obs. 02/2016 THL - ICD-10 Klassifikation av sjukdomar har byglats till Riskklassifikationerna (Typ av risk, riskens grad och varaktighet) och till klassifikationen Diagnosens varaktighet, och 06/2016 THL-Åtgärdsklassifikation har byglats till Riskklassifikationerna (Typ av risk, riskens grad och varaktighet) och till klassifikationen Typ av åtgärd

Riskuppgifter är uppgifter som ifall de inte beaktas kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa. De kan dessutom innehålla uppgifter, som ska beaktas för korrekt

genomförande av vården, till exempel livstestamente eller vårdbegränsningar. Uppgifterna används för att göra personerna som vårdar patienten uppmärksamma på att vården eventuellt måste planeras eller genomföras på ett sätt som avviker från det normala. Syftet med riskuppgifterna är att de ska beaktas i alla situationer. Indelningen i kritiska uppgifter och uppgifter som ska beaktas i vården gör det lättare att lägga märke till de viktigaste riskerna. Man bör förhålla sig kritiskt till dokumentationen av riskuppgifter. Riskuppgifterna bedöms alltid separat för varje enskild patient och man kommer överens om dokumentationspraxis separat inom varje enskild organisation. I Mina Kanta-tjänsterna för medborgare visas kritiska riskuppgifter som har lagrats i Patientdataarkivet, samt för riskuppgifter som har lagrats enligt strukturen från 2016 även riskuppgifter som ska beaktas i vården med undantag av risker i anslutning till beteendet. Obs. Före 2022 har endast en liten del av riskuppgifterna lagrats med strukturen från 2016.

Den sammanställning av riskuppgifter (RISKS) som Informationshanteringstjänsten extrahärar innehåller de riskuppgifter som dokumenterats för patienten samt information om livstestamente, om ett sådant har sparats i Viljeyttringstjänsten. Se kapitel 10.3. Det strukturerade informationsinnehållet i riskuppgifterna och specifikationerna för den sammanställning som bildas utifrån dem beskrivs närmare i Tiedonhallintapalvelun määrittely ([Virkkunen m.fl. 2021](#)) (Specifikation för Informationshanteringstjänsten). *THL/Informationsinnehåll - Riskuppgifter* som presenteras där har publicerats på den nationella Kodservern.

10.1 Riskuppgifternas informationsinnehåll

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

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

10.1.1 Typ av riskuppgift och riskkod

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

En riskuppgift kan dokumenteras i strukturerad form på två sätt:

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

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

Tabell 10.2 Huvudklasser för typ av riskuppgifter

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

10.1.2 Riskens namn och fritt formulerade preciseringar

Riskens namn

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

Ytterligare information om risken

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

Förklaring, beaktande av risken i vården av patienten

Risktypen och den ytterligare informationen om den beskriver inte nödvändigtvis tillräckligt tydligt hur risken påverkar vården av en patient. Därför finns det en möjlighet att i riskuppgifterna ge en separat förklaring som beskriver hur risken ska beaktas i vården av patienten. I förklaringen kan man i fri form dokumentera hur risken påverkar vårdåtgärderna. Som exempel kan avvikande anatomi (ytterligare information *trångt urinrör*) ha förklaringen "*kateterisering lyckas inte, blåspunktion måste alltid göras i stället för kateterisering*".

10.1.3 Riskuppgiftens grad

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

Kritiska riskuppgifter

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

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

I Patientdatasystemet ges de kritiska riskuppgifterna aktivt användaren för kännedom så att de blir beaktade i vårdsituationer. Det här kan genomföras till exempel så, att en lista över kritiska uppgifter alltid öppnas i systemet för användaren, när denne öppnar patientens uppgifter. I basvyn för riskuppgifter (RISK) visas existensen av kritiska riskuppgifter med en **röd triangel**. En anteckning om att en riskuppgift är kritisk bör göras med noggrann eftertanke, för att de faktiska kritiska riskerna ska bli dokumenterade och beaktade och inte ”drunkna” bland de andra riskuppgifterna.

Riskuppgifter som ska beaktas i vården

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

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

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

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

10.1.4 Strukturerade preciseringar av en risk

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

- Kodverket *Säkerhetsgrad* uttrycker säkerhetsgraden för en risk. Kodverket används när man vill precisera om riskuppgiften är *Misstänkt* eller *Sannolik eller säker*.
- Med uppgiften om *Varaktighet* kan risker av permanent och temporär karaktär hållas isär. För en temporär riskuppgift kan man ange slutdatum redan när uppgiften dokumenteras för första gången. Uppgiften om riskens varaktighet kan underlätta hanteringen av uppgiftens livscykel och informationssökningen (t.ex. "Sök risker av permanent karaktär")
- Kodverket *Informationskälla* används för att uttrycka från vem eller varifrån riskuppgiften härstammar, exempelvis om uppgiften har meddelats av patienten.

10.1.5 Uppgifter om konstaterandet av en risk

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

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

10.1.6 Uppgifter om upphörandet av en risk

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

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

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

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

10.2 Dokumentation av olika risktyper

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

10.2.1 Läkemedelsreaktioner och -allergier

Som **Livshotande läkemedelsreaktioner (L1)** dokumenteras anafylaktiska eller andra livshotande läkemedelsreaktioner som orsakar livsfara. Förutom diagnosen (riskens namn) ska man för en läkemedelsreaktion dokumentera antingen preparatets handelsnamn eller det verksamma ämnet (information i samband med riskuppgiften). Informationen dokumenteras med läkemedlets ATC-kod och med den ICD 10-kod som uttrycker känslighetsreaktionen. Skadeverkan som orsakas av läkemedelsbehandling beskrivs närmare i handboken *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* ([Komulainen, 2012](#)). Risken är kritisk och varaktig.

Som **Läkemedelsinverkan på blodkropparna (L2)** dokumenteras oväntade förändringar i blodkropparna eller förändringar orsakade av sällsynta läkemedelsbiverkningar. Om det är fråga om en väntad vanlig läkemedelsbiverkning dokumenteras den inte som riskuppgift, utan då handlar det om en omständighet som allmänt ska beaktas i vården. Utgångsvärdet är att risken ska beaktas i vården och är varaktig, men om patienten förorsakas en livshotande situation anges risken som kritisk.

Bland **Hudreaktioner som orsakas av läkemedel (L3)** och **Andra läkemedelsreaktioner (L9)** dokumenteras oväntade reaktioner eller reaktioner orsakade av sällsynta läkemedelsbiverkningar. Dessa reaktioner dokumenteras inte bland de kritiska riskuppgifterna. Om det är fråga om en väntad vanlig läkemedelsbiverkning dokumenteras den inte som riskuppgift, utan då handlar det om en omständighet som allmänt ska beaktas i vården. En sådan risk ska beaktas i vården och är varaktig. Om patienten förorsakas en livshotande situation används klassen L1.

10.2.2 Andra allergier

Som **Livshotande födoämnesallergi (A1)** eller **annan livshotande omedelbar allergi (A3)** dokumenteras anafylaktisk eller annan livshotande allergisk reaktion med undantag av reaktioner som orsakas av ett läkemedel eller ett födoämne. Vid dokumentationen av en allergi används tills vidare klassifikationen ICD-10, som är begränsat användbar. Orsakaren/orsakarna av allergin dokumenteras alltid om de är kända. Dessa risker är kritiska och varaktiga.

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

10.2.3 Risksjukdomar och -behandlingar

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

Bland **Ocklusionstendenser (S1)** dokumenteras sjukdomar och behandlingar som signifikant ökar risken för ocklusion av blodkärlen. Bland **Koagulationsstörningar (S2)** dokumenteras sjukdomar och behandlingar som signifikant ökar risken för blödningar. Bland **Immunbristtillstånd (S3)** dokumenteras sjukdomar och behandlingar som orsakar försämrad motståndskraft mot infektioner till följd av ett bristfälligt immunsvår i kroppen, exempelvis svår HIV eller svårt nedsatt motståndskraft i samband med strålbehandling. (Obs! Det är här fråga om att patienten löper risk att insjukna – inte att smitta andra.) I **Sällsynta sjukdomar som särskilt ska beaktas (S4)** antecknas sådana sällsynta sjukdomar, som ifall de inte beaktas kan orsaka en livshotande eller annan betydande risk för patientens hälsa på grund av avvikande terapivar på sedvanlig behandling. Svaret kan bero på en sjukdom eller någon behandling som patienten har fått tidigare. Klass S4 togs i bruk 2020.

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

10.2.4 Faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter

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

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

10.2.5 Behandlingar som kräver särskilt beaktande

Med behandlingar som kräver särskilt beaktande avses behandling eller medicinering som kräver att övrig vård måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala, och medicineringar och behandlingar som kräver särskild övervakning och som obeaktade i vårdsituationen kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande risk (som ska beaktas i vården) med tanke på patientens hälsa. Utgångsvärdet är att dessa risker ska beaktas i vården och är temporära, men om patienten förorsakas en livshotande situation anges risken som kritisk.

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

Bland **Annan vårdform som kräver särskilt beaktande (H3)** dokumenteras vårdformer som kräver att annan vård måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala, exempelvis behandlingar som förbereder en organtransplantation, och vårdformer som kräver särskild övervakning.

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

10.2.6 Transplanterade vävnader och konstmaterial

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

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

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

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

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

10.2.7 Mikrober och isoleringsbehov

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

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

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

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

I klassifikationen särskiljs numera

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

Mikrober som kräver isolering och som ska dokumenteras som kritiska riskuppgifter är bland annat MRSA och CPE, vilka kräver kontaktisolering. De isoleringsbehov som de här mikroberna orsakar dokumenteras med användning av klasserna E5 och E6, alltså inte den allmänna klassen Kontaktisolering (E4). Dessutom dokumenteras i klassen **Annan infektion eller isoleringsbehov (E9)** en infektion eller ett isoleringsbehov som inte kan klassificeras i andra klasser, exempelvis en patient som ska isoleras på grund av exceptionellt kraftig strålning.

10.2.8 Vårdbegränsningar, vårdriktlinjer och vårdavvikelser

Patientens viljeförklaring (R1) innehåller en viljeyttring av patienten som ger tillstånd att avsluta vården om det inte finns någon botande behandling och personen inte längre kan uttrycka sin vilja. Själva livstestamentet dokumenteras inte bland riskuppgifterna, utan endast uppgift om att ett sådant finns. Om en patient har ett livstestamente eller en donationsvilja lagrad i Viljeyttringstjänsten, tar Informationshanteringstjänsten automatiskt fram uppgifter om detta bland riskuppgifterna. I annat fall kan man dokumentera uppgiften om existensen av viljeförklaringar manuellt bland riskuppgifterna. Bland tilläggsuppgifterna kan man ange var den giltiga viljeförklaringen finns.

Vårdbegränsning eller vårdriktlinje (R2) innehåller uppgift om existensen av vårdbegränsningar eller vårdriktlinjer som har medicinska grunder. Själva vårdbegränsningen dokumenteras inte bland riskuppgifterna, utan endast uppgift om att en sådan finns. Själva vårdbegränsningen med motivering ska dokumenteras i patientjournalen. På den nationella Kodservern finns klassifikationen *AR/YDIN – Graden av begränsning av vården* med vilken graden av den medicinska vårdbegränsningen kan beskrivas strukturerat i vårdsituationer. Klassifikationen innehåller flera alternativ: *Ingen återupplivning/ Behandlingens invasivitet ökas inte/ Annan begränsning av vården/ Palliativ vård/ Terminalvård*. Koderna utesluter inte helt varandra utan kan också användas som komplement till varandra. När kodverket används bör man beakta patientens situation som helhet, exempelvis bör man omvärdera vårdbegränsningen när situationen förändras. Vårdbegränsningarna ska göras i samförstånd med patienten och dennes anhöriga. År 2021 lades termen vårdriktlinje till i klassens namn, eftersom *Terminalvård* och *Symtomatisk vård* enligt nuvarande uppfattning är vårdriktlinjer och inte vårdbegränsningar. Samtidigt ersattes namnet på klassen Symtomatisk vård med termen *Palliativ vård* för att motsvara den term som används allmänt och preciserade, att en palliativ vårdlinje i sig inte ännu utesluter någon vård eller behandling, utan vårdbegränsningar beskrivs i förklaringar till riskuppgifter eller antecknas separat med klassen Graden av begränsning av vården.

I Avvikelse från vaccinationsrekommendationerna (R3) antecknas betydande avvikelser från de nationella vaccinationsrekommendationerna, till exempel total vägran att ta vaccin. Klass R3 infördes 2020.

10.2.9 Risker i anslutning till beteendet

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

10.2.10 Andra risker

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

10.2.11 Dokumentation av uppgift om graviditet

En graviditet påverkar eventuella vårdmässiga interventioner på många sätt utan att vara någon sjukdom. Även om uppgiften om graviditet inte har definierats som riskuppgift ska den alltid dokumenteras i patientjournalen. Patientdatasystemet ska ha ett separat strukturerat datafält för graviditet, eller också kan en patients graviditet anges som en diagnosuppgift. I ICD-10-klassifikationen är Z32.0 en obekräftad graviditet och Z32.1 en konstaterad graviditet. I ICP-2-klassifikationen är W01 en misstanke om graviditet och W78 en graviditet.

10.3 Sammanställning av riskuppgifter

Riskuppgifter dokumenteras och lagras i strukturerad form i patientdatasystemens riskuppgiftsvy (RISK), varifrån Informationshanteringstjänsten extraherar dem till sammanställningen av riskuppgifter (RISKS). Till sammanställningen extraheras endast strukturerad information som dokumenterats i vyn RISK. Eftersom informationsinnehållet i riskuppgifternas struktur i många fall är detsamma som vid dokumentation av exempelvis diagnoser, medicineringsuppgifter eller åtgärder, kan dessa anteckningar också utnyttjas i riskuppgifterna. Informationssystemet kan emellertid inte sluta sig till allt innehåll i riskuppgiften utifrån andra klassifikationer och användningen av dem vid dokumentationen.

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

Dessutom ser Informationshanteringstjänsten till att patientens viljeyttringar som har lagrats i Viljeyttringstjänsten (tidigare Informationshanteringstjänsten) är uppdaterade i riskuppgifterna. När Informationshanteringstjänsten returnerar en sammanställning av riskuppgifter till patientdatasystemet kontrollerar den om patienten har ett gällande livstestamente, en

donationsvilja eller någon annan viljeyttring i Viljeyttringstjänsten. Om så är fallet, gör Informationshanteringstjänsten automatiskt en ny riskuppgiftsanteckning och returnerar den tillsammans med de övriga riskuppgiftsanteckningarna. Informationshanteringstjänsten arkiverar inte den riskuppgiftsanteckning som den gör, utan kontrollerar viljeyttringarnas giltighet i samband med varje returnering av sammanställningar. På så sätt är riskuppgiften alltid uppdaterad.

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

Riskuppgiftssammandrag							Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014		
Kritiska risker		Visa risker som ska beaktas i vården				Visa avslutade risker			
Typ av risk, namn eller beskrivning och kod	Faktor som orsakar risk/kod	Beaktande av risken i vården:		Konstaterad	Upphör	Säkerhet			
A1	Anafylaktisk chock	T88.6#	V-pen Mega tabl.	J01CE02	Penicillin får inte ges till patienten!	15.8.09	Permanent	Säker	
B1	Anafylaktisk chock	T78.0	Ägg		Ägg får inte ges till patienten!	5.1.00	Permanent	Misstanke	
E6	Mikrobexponering som kräver isolering				Patienten ska vara i kontaktisolering	1.4.14	15.4.14	Misstanke	
Att beakta i vården									
Typ av risk, namn eller beskrivning och kod	Faktor som orsakar risk/kod	Beaktande av risken i vården:		Konstaterad	Upphör	Säkerhet			
E2	Meningokockmeningit	A39.0			Droppisolering	15.11.12	15.12.12	Säker	
G1	Livstestamente				Inga blodprodukter.	7.12.11	Permanent	Säker	
Risker som upphört									

Bild 10.1 Exempel på en sammanställning av riskuppgifter, där de kritiska riskerna är separerade från risker som ska beaktas i vården. (Virkkunen m.fl. 2021)

11 Hälsopåverkande faktorer

BRA ATT VETA

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

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

Dokumentation av hälsopåverkande faktorer gäller anteckningar om en konstaterad situation hos patienten, framför allt med hjälp av klassifikationer och mätare eller test av olika slag. Numera finns det ett stort antal test och blanketter att tillgå. Tabell 11.1 visar dem som fanns på den nationella Kodservern vid ingången av 2022.

I det här kapitlet beskrivs på ett allmänt plan dokumentation av hälsopåverkande faktorer med hjälp av olika mätare och test, oavsett inom vilka tjänster de här uppgifterna dokumenteras. En rad specifikationer av informationsinnehåll för olika specialiteter och serviceområden publicerades 2020. I specifikationerna betonas också hälsopåverkande faktorer och noggrannare mätare och dokumentationsanvisningar i samband med dem (t.ex. företagshälsovård, skol- och studerandehälsovård, barnrådgivning, uppföljning av graviditet, mödravård, mun- och tandvård, funktionsförmåga). Dokumentationsanvisningar för dessa publiceras som separata dokumentationshandböcker på [THL: sidor dokumentationsanvisningar](#). Se även kapitel [12 Undersökningar och mätningar](#).

Det finns också flera möjligheter att på ett enhetligt sätt beskriva olika åtgärder som hälsovårdspersonalen utför på basis av resultat från test och bedömningar. Olika yrkesgrupper har olika nomenklaturer eller klassifikationer för detta. Man kan också utnyttja *THL-Åtgärdsklassifikation*, som bland annat innehåller olika slags åtgärder relaterade till vård eller handledning (t.ex. *Förebyggande och vård av undernäring*, *Näringshandledning vid behandling av sjukdom och rehabilitering*, *Näringshandledning vid upprätthållande av hälsa*; *Viktkontroll och bantningshandledning*). Se även kapitel [13 Åtgärder](#).

Tabell 11.1 Klassifikationer, mätare och test som används vid dokumentation av hälsopåverkande faktorer.

Klassifikationer, mätare och test på Kodservern:
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset (Fysiologiska mätningar)
THL – Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10) eller Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus (ICPC Primärvårdsklassifikationen)
AR/YDIN - Kyllä/ Ei/ Ei tietoa (Ja/ Nej/ Ingen information)
AR/YDIN - Tupakointistatus (Rökningstatus) - uppdaterad 2022
AR/YDIN - Nikotiiniiriippuvuustesti (Fagerströms kortfattade nikotinberoendetest)
THL/Testi - AUDIT - Alkoholien ongelmakäytön tunnistaminen 10 kysymyksellä (Identifiering av riskfyllt alkoholbruk med 10 frågor)
THL/Testi - AUDIT-C - Alkoholien ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä (Identifiering av riskfyllt alkoholbruk med 3 frågor)
UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille (Blankett - Recept på fysisk aktivitet för vuxna)
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö (Klassificering av motionsgrenar)
THL/Testi - Beckin masennuskysely (BDI-21) (Becks depressionstest (BDI-21))
THL/Testi - Dementiariskitesti (Demensrisktest)
THL/Mittari - WHODAS 2.0 terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä (Mätning av hälsa och funktionshinder)
THL/Testi - Diabetesriskitesti (Diabetesrisktest)
THL/Testi - Finriskilaskuri (FINRISKI-räknaren)
THL/Testi - Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti (Kombinerat risktest för fyra folksjukdomar)
Vajaaravitsemus/lomake - NRS2002-seulontamenetelmä (Undernäring/Blankett - NRS2002-screeningmetod)
Vajaaravitsemus/Lomake - MNA-seulontamenetelmä (Undernäring/Blankett - MNA-screeningmetod)
STH - STH35 Harjauskertojen määrä (Antal tandborstningar och övriga klassifikationer som hänförs till mun- och tandhälsa)
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus (t.ex. ->D - huvudklass 5/ <i>Personlig vård</i>)

11.1 Dokumentation av hälsopåverkande faktorer

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

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

11.2 Hälsopåverkande faktorer och mätare av dem

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

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

11.2.1 Rökning

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

Hur mycket patienten röker anges i *cigaretter/dygn* (*FinLOINC*-kod 8663-7) eller i *paketår* (*FinLOINC*-kod 11366-2). Om en person röker ett paket cigaretter om dagen i ett år, blir det ett paketår (2 paket om dagen i 20 år = 40 paketår). Patientens snuskonsumtion dokumenteras

som fri text under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*. Nikotinberoendet testas med *Fagerströms test för nikotinberoende*. Nikotinberoendet erhålls genom att räkna ihop poängen för svaren på testfrågorna. I patientdatasystemen går det att skapa en räknare som beräknar summan och till räknaren hör också en tolk av resultaten.

11.2.2 Berusningsmedel och droger

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

När det gäller gravida och unga kan AUDIT-testet utnyttjas som samtalsunderlag. Exempel på mätare som används inom skol- och studerandehälsovården är *Adsume, verktyget för utredning av missbruk hos ungdomar* och frågeformuläret *Audit, bedömning av alkoholkonsumtion* samt *Enkäten för bedömning av sinnesstämningar R-BDI-13*. Mer information: [THL – Barn, unga och familjer](#)

I fråga om användning av droger kan man exempelvis tillämpa *Narkotikatestet* (DAST 20) och *Risker med narkotikabruk* (DUDIT). Mer information: [THL - Huumeet ja puheeksiotto](#) (Berusningsmedel och föra på tal). Ett annat test är *Risker med cannabisbruk*, som kartlägger risknivån i fråga om de olägenheter som cannabisbruket medför. Mer information fås också via [Droglänken](#).

11.2.3 Motion

När målet är att patienten rör på sig i tillräcklig och säker utsträckning kan man sporra patienten att göra det med hjälp av Motionsreceptet (*UKK-institutet/Blankett - Recept på fysisk aktivitet för vuxna*). Blanketten är avsedd att användas som stöd för vårdpersonal vid rådgivning om fysisk aktivitet på mottagningen. Blanketten består av två delar: uppgifter om patientens rörelseaktivitet samt ordinerad aktivitet. Om blanketten inte finns i det egna systemet kan man ge patienten en pappersutskrift av den. Mer information: [UKK-instituutti - Liikkumisresepti](#) (Motionsrecept); [THL – Motion](#)

För dokumentation av uppgifterna i ett motionsrecept finns det i vyklassifikationen en vy i blankettform, nämligen *LREA Recept på fysisk aktivitet för vuxna*, som är avsedd för registrering av aktivitetsdata, -vanor och -instruktioner i den elektroniska patientjournalen. Vid behov kan uppgifter om fysisk aktivitet dokumenteras som fri text i vilken journaltext som helst under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*.

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

11.2.4 Nutrition

En patients nutritionsstatus och nutrition kan bedömas med fysiologiska mätare och test av olika slag. Centrala fysiologiska mätningar vid uppföljning av nutritionen är exempelvis

följande som dokumenteras med klassifikationen *FinLOINC*: födelsevikt och -längd, vikt (mätt/ uppgiven/ uppskattad), längd (mätt/ uppgiven/ uppskattad), BMI-viktindex, ISO-BMI - viktindex barn, kroppsfettprocent, visceralt fett (yta), kroppsfett (kg), midjemått och blodtryck samt rökning. Uppgifter om mun- och tandhälsan kan också vara viktiga i samband med nutritionen. Dokumentationen av fysiologiska mätningar beskrivs närmare i kapitel [12 Undersökningar och mätningar](#).

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

11.2.5 Mun- och tandhälsa

Mun- och tandhälsan följs och dokumenteras med hjälp av strukturerad information, exempelvis kariesindex och index som beskriver status i fråga om sjukdomar i tandköttet och de parodontala vävnaderna. Antalet tandborstningar kan också dokumenteras som strukturerad information. Utöver allmänna hälsopåverkande faktorer (levnadsvanor, fysisk aktivitet, nutrition, rökning och användning av berusningsmedel) ska man inom mun- och tandvården i fortsättningen i strukturerad form dokumentera faktorer som påverkar mun- och tandhälsan som en del av förhandsuppgifterna om patienten och av egenvården. Specifikationerna för dessa är dock inte ännu (2022) klara. Närmare anvisningar om dokumentation av mun- och tandvård finns i en separat publikation på [THL:s webbsidor om Informationshantering](#).

11.2.6 Gravitet

Uppgiften om en kvinnas gravitet måste vara tillgänglig när man fattar vårdbeslut. Vid en känd gravitet dokumenteras beräknat förlossningsdatum och antalet graviditeter/förlossningar under rubriken *Hälsopåverkande faktorer*, om möjligt. Med hjälp av klassifikationen *FinLOINC* kan man i strukturerad form dokumentera exempelvis *Beräknad tid* (kod 11778-8) och *Antal graviditeter* (kod 11996-6) samt *Antal förlossningar* (kod 11977-6).

12 Undersökningar och mätningar

BRA ATT VETA

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

Fysiologiska mätningar samt uppgifter om laboratorie- och utbildningsundersökningar dokumenteras med de klassifikationer som beskrivs i tabell 12.1 och som publicerats på den nationella Kodservern. Strukturellt dokumenterad information kan utnyttjas på många olika sätt vid uppföljningen av förändringar i patientens tillstånd och som stöd för beslutsfattandet. Informationen kan också presenteras grafiskt och i form av sammanställningar. I större sammanhang kan informationen utnyttjas exempelvis i rapporter eller statistik som beskriver befolkningens hälsotillstånd.

Det strukturerade informationsinnehållet i undersöknings- och mätinformationen och specifikationerna för de sammanställningar som bildas utifrån dem beskrivs närmare i publikationen *Tiedonhallintopalvelun määrittely* ([Virkkunen m.fl. 2021](#)) (Specifikation för Informationshanteringstjänsten). Det närmare informationsinnehållet i de olika sammanställningarna har publicerats på den nationella Kodservern.

Arkivet över bildmaterial införs successivt i Kanta-tjänsterna. Dess funktioner beskrivs närmare i specifikationerna för [Arkivet över bildmaterial på webbplatsen Kanta.fi](#) i publikationen [Lääketieteellisen kuvantamisen kansalliset toiminnalliset määrittelyt versio 1.5](#). I dokumentet ges en bred genomgång av den funktionella helheten bilddiagnostik och i viss mån av särskilda delområden av denna, så som radiologisk (mammografi, mun- och tandvård) och icke-radiologisk bilddiagnostik (ultraljud, bilder tagna med hjälp av synligt ljus). I den första fasen av införandet blir det möjligt att arkivera bilder för sam användning (lagring och sökfunktioner) samt utnyttja bilder tillsammans med det övriga patientjournalmaterialet. I den andra fasen standardiseras informationen och dokumentationssätten och funktionerna vidareutvecklas. I den tredje fasen är målet att övergå till ett helt centraliserat nationellt arkiv över bildmaterial.

Tabell 12.1 Klassifikationer som ska användas för dokumentation av fysiologiska mätningar, laboratorie- och utbildningsundersökningar.

Klassifikationer för dokumentation av fysiologiska mätningar	Klassifikationer för dokumentation av laboratorieundersökningar	Klassifikationer för dokumentation av utbildningsundersökningar
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset (Fysiologiska mätningar)	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimusnimikkeistö (Nomenklatur för laboratorieundersökningar) -lokala klassifikationer kan också användas till den del Kommunförbundets nomenklatur inte täcker undersökningarna	THL - Toimenpideluokitus - Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus (THL-Åtgärdsklassifikation – Kommunförbundet – Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder*)
	<ul style="list-style-type: none"> • THL - Mikrobinimikkeistö (Mikrobnomenklatur) • THL - Mikrobimäärä ... (Mikrobmängd) • THL - Mikrobilääkkeet (Antimikrobiella läkemedel) • THL - Mikrobilääkeherkkyyden mittausmenetelmä (Mätmetod för känslighet för antimikrobika) • THL - Mikrobin herkkyys (Mikrobens sensitivitet) 	Diagnosuppgifter för utbildningsundersökningen antecknas med hjälp av <ul style="list-style-type: none"> • THL - Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10) • Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus (ICPC Primärvårdsklassifikationen)
THL - Tiedon lähde (Informationskälla)	THL - Tiedon lähde (Informationskälla)	THL - Tiedon lähde (Informationskälla)
THL - Lausunnon tila (Utlåtandestatus)	THL - Lausunnon tila (Utlåtandestatus)	THL - Lausunnon tila (Utlåtandestatus)
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (Mättnings- eller undersökningssätt)	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (Mättnings- eller undersökningssätt)	THL - Anatominen jaottelu (Anatomisk indelning)**
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (Avvikande mättnings- eller undersökningresultat)	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit (Meddelanden om avvikande situationer - beskriver på vilket sätt resultatet är avvikande)	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus (Avvikande mättnings- eller undersökningresultat)
	AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit (Koder för tolkning av undersökningssvar)	
	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimuksen systeemilyhenne (Systemförkortningar för laboratorieundersökningar)	

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

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

12.1 Fysiologiska mätningar

12.1.1 Dokumentation av fysiologiska mätvärden

Fysiologiska mätresultat beskriver de klinisk-fysiologiska fynden hos en patient. Informationsinnehållet i en fysiologisk mätning består av två delar: innehållet i den fysiologiska mätningen och ett eventuellt utlåtande om mätningen. Om samma person i samma sammanhang dokumenterar både ett utlåtande och ett mätresultat, kan utlåtandet sparas i anteckningen om den fysiologiska mätningen och man behöver inte göra någon separat anteckning om utlåtandet. Obligatorisk information om en fysiologisk mätning är *mättidpunkt, mätningens namn och kod samt mätresultat*. Dessutom kan man dokumentera bl.a. *uppgifter om den person som utfört mätningen* och information om *mätsättet* (laboratorium, patientnära mätning, egen mätning).

Alla fysiologiska mätningar som är nödvändiga för vården av en patient dokumenteras strukturerat enligt *FinLOINC*-klassifikationen. Till *FinLOINC*-klassifikationen har man valt ut allmänt använda uppgifter som kan utnyttjas inom flera specialiteter. Uppföljningen av och förändringar i de här uppgifterna har i allmänhet klinisk betydelse. Resultatet av ifrågavarande mätningar är numerisk eller klassificerande information, som lagras i strukturerad form och för vilken man exempelvis kan ta fram grafiska presentationer eller räkna ut nyckeltal. Beräknade storheter såsom BMI inkluderas inte i de här specifikationerna, om det går att sluta sig till dem utifrån andra uppgifter.

I fråga om fysiologiska mätningar ska man i patientdatasystemen dokumentera det uppmätta värdet och enheten, i regel som enheter enligt SI-systemet. Till de uppmätta resultaten kan man foga en uppgift om referensvärden eller avvikelsen i ett resultat, när sådana uppgifter finns eller när det går att sluta sig till dem. Vid behov kan resultaten också kompletteras med ytterligare information i textform eller med ett separat utlåtande. I samband med mätningarna kan man vid behov också ange det mätinstrument med vilket mätningen utfördes.

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

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

12.1.2 Sammanställningar av fysiologiska mätningar

Fysiologiska mätningar dokumenteras i strukturerad form med användning av *FinLOINC*-klassifikationen och lagras i Patientdataarkivet, och då kan man i Informationshanteringstjänsten skapa en Sammanställning av fysiologiska mätningar (FMS). Det finns ingen egen vy för fysiologiska mätresultat, utan uppgifterna antecknas i den övriga texten i olika journalvyer eller i särskilda fält i anteckningarna av mätresultat.

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

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

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

12.2 Laboratorieundersökningar

Med laboratorieundersökningar får man information om en människas hälsotillstånd eller diagnostiserar sjukdomar genom att undersöka prov från kroppen. Laboratorieundersökningarna omfattar bland annat undersökningar inom klinisk kemi och hematologi (t.ex. kolesterol eller hemoglobin), klinisk patologi (t.ex. provbitar eller cellprov), klinisk mikrobiologi (t.ex. bakterieodlingar), klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi. Uppgifterna om laboratorieundersökningar fördelar sig på tre informationsinnehåll: begäran, svar och utlåtande om laboratorieundersökningar.

Vart och ett av dessa arkiveras i Patientdataarkivet som en egen anteckning i vyn LAB, antingen från laboratoriets system eller från patientdatasystemet.

12.2.1 Begäran om laboratorieundersökning

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

En begäran om laboratorieundersökning kan gälla en eller flera undersökningar. Man kan antingen begära varje undersökning separat eller begära "undersökningspaket" som består av flera enskilda undersökningar (t.ex. PVK/ -Liten blodbild). Som undersökningspaket kan man använda paket enligt Kommunförbundets *Nomenklatur för laboratorieundersökningar* eller det lokala kodverket. De undersökningspaket som begärs och deras innehåll kan specificeras separat i varje laboratoriesystem eller organisation. Också i de egna paketundersökningarna ska resultaten dokumenteras för delundersökningar som är nationellt enhetliga. Mer aktuella anvisningar finns i [Kommunförbundets anvisningar](#).

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

12.2.2 Resultat av och utlåtanden om laboratorieundersökningar

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

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

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

Man kan också göra ett skriftligt sammandrag och en diskussion av erhållna undersökningsresultat och laboratoriesvar i den narrativa texten i en patientjournal, och med hjälp av dem kan man bedöma resultaten av undersökningarna och hur dessa lyckats samt föreslå eventuella fortsatta åtgärder. Sammandraget av undersökningsresultaten dokumenteras under rubriken *Undersökningar* (se även kap. kapitel [17 Sammanfattande anteckningar och dagliga anteckningar](#)).

12.2.3 Sammanställningar av laboratorieundersökningar

De sammanställningar av laboratorieundersökningar (LABS) som Informationshanterings-tjänsten gör innehåller en patients alla laboratorieundersökningar som dokumenterats i strukturerad form i laborievyn (LAB) i olika registeransvarigas handlingar, med undantag av undersökningar för vilka patienten har begränsat utlämnandet av uppgifter gällande enskilda tillhandahållare av tjänster eller enskilda servicehändelser. Informationshanterings-tjänsten varken filtrerar eller analyserar de lagrade uppgifterna utan hämtar till användarens

informationssystem en sammanställning av alla laboratorieundersökningar som dokumenterats i strukturerad form inom det valda tidsintervallet samt tillhörande begäranden och utlåtanden som patienten inte har förbjudit utlämnande av. Bild 12.1 Exempel på en sammanställning.

Sammandrag av laboratorieundersökningar Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014									
Laboratorieundersökningar				För tiden:		1.9.2011 -		12.9.2014	
	Tot	Senaste	Undersökning		B-CRP:	Resultat	!	Normalvärden	▲
	14	12.9.14	S-Na	S-Natrium	5.9.14 88*	144		135-145	
	14	12.9.14	S-K	S-Kalium	1.9.14 133*	3,2		3,5-4,5	
	7	5.9.14	B-SR	B-Sänkreaktion	23.7.14 5	30		<10	
	12	5.9.14	S-CRP	S-C-reaktivt prote	13.2.14 6	88	*	maalis.20	
	22	5.9.14	B-Hb	B-Hemoglobin	1.11.13 5	145	*	120-166	
	22	5.9.14	B-Hkr	B-Erythrocyter, volymandel	31.1.12 5	42		38-55	▼

Bild 12.1 Exempel på en sammanställning och visning av tidigare värden för en vald undersökning. ([Virkkunen m.fl. 2021](#))

12.3 Avbildningsundersökningar

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

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

Uppgifterna dokumenteras med hjälp av THL – Åtgärdsklassifikation, som finns på den nationella Kodservern. Mer aktuella anvisningar finns i [Kommunförbundets anvisningar](#).

12.3.1 Begäran om avbildningsundersökning

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

En begäran om avbildningsundersökning kan gälla en eller flera undersökningar och för var och en av dem kan det finnas 1–3 utlåtanden. Varje begäran om undersökning har en *Identifikationskod för begäran om avbildningsundersökning* och för denna en egen *Text för begäran, När undersökningen har begärts* samt uppgift om *vem som begärt* undersökningen. Dessutom

innehåller begäran en eller flera uppgifter om *Sida som den begärda avbildningsundersökningen gällde*. I begäran kan man också spara preciseringar av olika slag, så som *Närmare anatomisk uppgift om den begärda avbildningsundersökningen*, *Närmare diagnosuppgift om avbildningsundersökningen* och *Närmare åtgärdsuppgift om avbildningsundersökningen*. De utvidgade preciseringarna är avsedda närmast för anteckningar om bilder tagna med hjälp av synligt ljus, men de kan också användas för radiologiska avbildningar. På det här sättet får alla bilder en enhetlig anteckningsstruktur, vilket gör det möjligt att också lagra anteckningar om bilder tagna med hjälp av synligt ljus i Patientdataarkivet.

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

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

12.3.2 Utförda avbildningsundersökningar

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

Åtgärder som utförts vid en enhet för radiologi, eller utanför enheten på uppdrag av en enhet för radiologi, dokumenteras som undersökningar i radiologisystemet, varifrån informationen förmedlas till patientjournalssystemet och därifrån vidare till Patientdataarkivet. Bildundersökningar (röntgenbilder, ultraljudsundersökningar) som utförts av andra än enheter för radiologi (avdelningar, operationssalar, tandvårdsenheter) dokumenteras i patientjournalssystemet. Man kan också ge ett utlåtande om dem i radiologisystemet, men om man inte gör det ska undersökningens resultat bedömas i en specialitetsspecifik vy i patientjournalen.

Se även kapitel [13 åtgärder](#).

12.3.3 Utlåtanden om avbildningsundersökningar

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

gjort anteckningen. Obligatoriska uppgifter är *Utlåtandet i textform* och *Utlåtandets status* (preliminärt, slutligt eller tilläggsutlåtande).

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

Man kan också göra ett skriftligt sammandrag och en diskussion av de erhållna resultaten i den narrativa texten i en patientjournal, och med hjälp av dem kan man bedöma resultaten av undersökningarna och hur dessa lyckats samt föreslå eventuella fortsatta åtgärder. Sammandraget av undersökningsresultaten dokumenteras under rubriken *Undersökningar* (se kap. kapitel [17 Sammanfattande anteckningar och dagliga anteckningar](#)).

12.3.4 Bilder tagna med hjälp av synligt ljus

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

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

I anteckningarna används undersökningskoder och namn enligt *THL – Åtgärdsklassifikation*, vid behov kan man också använda preciseringar ur exempelvis klassifikationen *THL - Anatomisk indelning*, med vilka objektets anatomiska indelning kan dokumenteras noggrannare än med bara undersökningskodens anatomiska indelning. I sin nuvarande form är åtgärdsklassifikationen inte helt tillräcklig för behoven i samband med bilder tagna med hjälp av synligt ljus, och den bör kompletteras till dessa delar.

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

Se även kapitel [13 Åtgärder](#)

12.3.5 Bilder, videor och biosignaler som producerats av en avbildningsapparat

Avsikten är att framöver även lagra bilder, videor och biosignaler som producerats av en avbildningsapparat i bildarkivet. Dessa dokument produceras särskilt på enheter inom Klinisk fysiologi och Klinisk neurofysiologi. Möjligheten att lagra EKG-undersökningar i DICOM-format i bildarkivet var den första som togs i bruk i början av 2021. Arkivering av annat avbildningsmaterial tas i bruk senare.

I bildarkivet lagras bilder med undersökningskoder enligt *THL – Åtgärdsklassifikation*. I det kliniska arbetet används dock i allmänhet koder enligt *Kommunförbundets Nomenklatur för laboratorieundersökningar*, för vilka motsvarande koder har fastställts i *THL – Åtgärdsklassifikation*. Kodverket i Åtgärdsklassifikationen är inte ännu fullständigt heltäckande och den ska utvidgas framöver. Avsikten är att använda Åtgärdsklassifikationen vid arkivering av bilder, och det är inte meningen att den ska ersätta koderna för laboratorieundersökningar i det kliniska arbetet. Framöver ges noggrannare anvisningar om användningen av koder, då det blir möjligt att arkivera dessa bilder i bildarkivet.

12.3.6 Exponering för strålning

Uppgifter om en åtgärd som medför exponering för strålning ska registreras så att den stråldos som åtgärden medfört för den person som undersöks eller behandlas vid behov kan fastställas ([Social- och hälsovårdsministeriets förordning om medicinsk användning av strålning 423/2000](#)). I handlingar eller filer som gäller en patient (exempelvis i det elektroniska patientdatasystemet) ska man också ange den strålningsexponering som en genomlysningsundersökning eller en genomlysningsstyrd åtgärd har medfört (exempelvis produkten av dos och yta), när utrustningen har en skärm eller ett instrument som anger strålningsexponeringen. Om det inte finns en sådan skärm eller instrument ska man dokumentera sådana uppgifter att man utifrån dem vid behov kan fastställa den strålningsexponering patienten utsatts för. Vissa bilddiagnostiska apparater ger informationen i en sådan form att den kan lagras automatiskt i ett datasystem för radiologi.

I punkten *Strålningsdos och enhet* anges produkten av dos och yta (DAP) vid röntgen- och genomlysningsundersökningar, om uppgiften finns att tillgå. Rekommenderad måttenhet är $\text{mGy} \cdot \text{cm}^2$. Vid datortomografiundersökningar anges produkten av dos och längd (DLP). Vid isotopundersökningar dokumenteras också det använda radiologiska läkemedlet och dess aktivitet. Om stråldosen inte går att ange exakt, kan strålningsdosen dokumenteras i textform i ett separat fält. Undersökningskoden och uppgifterna om strålningsdosen kan ge en antydning om den lokala strålningsbelastningen, men det går inte att räkna ut en tydlig lokal strålningsbelastning utifrån dem. Om uppgiften om strålningsdos inte kan dokumenteras som ett värde, dokumenteras den i fältet *Strålningsdos i text*. För att förbättra bedömningen av strålningsdosen kan man ange patientens *Vikt* samt uppgifter om *Informationskälla*. [Strålsäkerhetslagen \(859/2018\)](#) uppdaterades 2018 gällande bestämmelserna i EU-direktiv 2013/59/EURATOM. Detaljerade anvisningar i ärendet finns på [Strålsäkerhetscentralens webbplats](#) (på finska).

12.3.7 Sammanställningar av avbildningsundersökningar

I sammanställningen av avbildningsundersökningar (RTGS) samlar Informationshanteringstjänsten avbildningsundersökningar som lagrats med åtgärds-koder i Patientdataarkivet i olika vyer och av olika registeransvariga. Informationshanteringstjänsten filtrerar och analyserar inte uppgifterna, utan returnerar till patientdatasystemet för det sökta tidsintervallet

alla avbildningsundersökningar som dokumenterats i strukturerad form samt tillhörande begäranden och utlåtanden, med undantag av uppgifter om de tjänstetillhandahållare eller servicehändelser som patienten förbjudit utlämnande av. Bild 12.2 Exempel på en sammanställning.

Begäranden för utförda undersökningar

Tidsintervall som ska redigeras

Anteckning om avvikande fynd

Bildundersökningssammandrag							Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014		X
Avbildningsundersökningar			För tiden:		1.9.2012	-	31.8.2014		
+	Tot	Begäran		Senaste	P/L	Fynd			
...	6	1	Toraxröntgen	15.8.14	P/L	*			
...	1	0	Nativröntgen av näsans bihålor, en riktning	29.1.13	P/L				
...	1	0	Omfattande nativröntgen av bröst (mammografi)	7.7.13	P/L				

Sökintervall undersökningar totalt antal

Länk till utfärdande av ny remiss

Befintlighet för begäran och utlåtande

Bild 12.2 Exempel på vyn för bildundersökningssammandrag och dess förklaringar ([Virkunen m.fl. 2021](#))

13 Åtgärder

BRA ATT VETA

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

För dokumentation av åtgärder och preciseringar av dem kan man använda flera olika klassifikationer, som uppräknas i tabell 13.1. THL - Åtgärdsklassifikation specificerar åtgärder som utförts av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Klassifikationen används i patientdatasystemen som en del av de centrala hälsouppgifterna i patientjournalen inom Kanta-tjänsterna, faktureringen, i vårdanmälningar (Hilmo), inom administrativa processer och statistik samt inom klinisk forskning och utveckling.

Det strukturerade informationsinnehållet i åtgärdena och specifikationerna för de sammanställningar som bildas utifrån dem beskrivs närmare i publikationen *Tiedonhallintapalvelun määrittely* ([Virkkunen m.fl. 2021](#)) (Specifikation för Informationshanteringstjänsten). Informationsinnehållet i sammanställningar har publicerats på den nationella Kodservern.

Tabell 13.1 Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av åtgärder på en patient.

Klassifikationer för dokumentation
THL - Toimenpideluokitus (Åtgärdsklassifikation) *
AR/YDIN - Diagnosin/ toimenpiteen ensisijaisuus (Prioritet hos en diagnos/ åtgärd) Huvud- eller biåtgärd
THL - Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10)
AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi (Typ av åtgärd) **
THL - Toimenpiteen tekijän rooli (Roll hos den som utförde åtgärden - primär/assisterande utförare)
SSR - ICD-O-3-Topografiat (Topografier)
STH - STH1 Hampaiden numerointi (Numrering av tänder)
STH - STH3 Hampaan pinnat (Tandens ytor)
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi ** (Typ av riskuppgift), AR/YDIN - Riskitiedon aste ** (Riskuppgiftens grad), AR/YDIN - Pysyvyys ** (Varaktighet)

* Åtgärdsklassifikationen för den öppna primärvården (SPAT) slogs ihop med THL - Åtgärdsklassifikation 11/2017. Åtgärdsklassifikationen innehåller också Kommunförbundet - Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder samt Klassifikation av åtgärder i mun och käkar ** bygling till THL - Åtgärdsklassifikation 6/2016

13.1 Dokumentation av åtgärder

De åtgärder som har utförts på en patient dokumenteras i patientdatasystemet (och i andra separata datasystem, t.ex. en operationsavdelnings eller en polikliniks system) med THL - Åtgärdsklassifikationen. Åtgärder i mun och käkar har beskrivits i publikationen [Klassifikation av åtgärder i mun och käkar](#). Mer information om användning av Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder finns i [Kommunförbundets anvisningar](#).

Centrala uppgifter är: *Åtgärdens namn och kod(er)*, *Typ av åtgärd*, *Uppgifter om den som utfört åtgärden samt Datum för åtgärden*. Tilläggsattribut till åtgärden är åtgärdens prioritet, som anges med hjälp av kodverket *AR/YDIN - Diagnosens och åtgärdens prioritet* (huvudåtgärd/ biåtgärd). När det rör sig om en tandåtgärd ska man till åtgärds-koden lägga uppgift om den tand och de tandytor som åtgärden gäller.

Namnet på åtgärden är i första hand namnet enligt åtgärds-koden, men texten kan vid behov omformas så att den är exaktare än den term som används i klassifikationen och bättre beskriver åtgärden, förutsatt att betydelsen inte förändras så att den avviker från koden. Åtgärdens namn lagras i den form som användaren har redigerat den. *Typen av åtgärd* kommer automatiskt till dokumentationen från *THL - Åtgärdsklassifikation* enligt den åtgärds-kod som valts. Den som gör anteckningen kan vid behov ändra det standardvärdet för typen.

Åtgärderna specificeras med hjälp av klassifikationen *Typ av åtgärd*

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

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

Även dokumentation av fler än en utförare för åtgärden är möjlig. Då ska man för utförarna dokumentera *Roll hos den som utförde åtgärden* enligt klassifikationen THL- *Roll hos den som utförde åtgärden*. I det här skedet kan man som utförare av åtgärden bara ange personer vars roll är antingen *Primär utförare av åtgärden* eller *Assisterande utförare av åtgärden*. Längre

fram utreds också betydelsen av att i patientjournalen dokumentera andra personer som varit med och utfört åtgärden.

Om det uppstår komplikationer vid en åtgärd beskrivs komplikationen verbalt och komplikationens diagnos dokumenteras med klassifikationen *ICD-10* (med koderna Y40–Y84 eller Y88.0-Y88.3) exempelvis på följande sätt: **Beskrivning av komplikation i samband med en åtgärd: Infektion * Kod för Komplikation i samband med en åtgärd: T81.4 Infektion efter ingrepp och den yttre orsaken till den biverkning som åtgärden orsakat: Y62.0 Bristande sterilitet under kirurgiskt ingrepp.*

Se också kapitelen [12 Undersökningar och mätningar](#), [14 Läkemedelsbehandling](#) och [15 Förebyggande vård och vaccinationer](#)

13.2 Sammanställning av åtgärder, åtgärdsrapport och sammandragsinformation

Informationshanteringstjänsten sammanställer och returnerar strukturerat informationsinnehåll om åtgärder och visar dem för användaren som en Sammanställning av åtgärder (ÅTGS). I sammanställningen av åtgärder visas endast Krävande åtgärder, Mindre åtgärder och Munåtgärder enligt klassifikationen *AR/YDIN - Typ av åtgärd*. Åtgärden ska vara utförd (åtgärdsstatus = utförd). Journalanteckningar som hör till planer visas inte i sammanställningen. Se bild 13.1.

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

Atgärdssammandrag							Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014		X
Åtgärder		Visa också:		Tandåtg	Mindre åtg	Filtrera upprepade åtg		X	
+	Tot	Datum	ÅTG-kod ▼	Åtgärdens namn		Plocka		▲	
...	3	7.11.03 - 7.7.04	DCA20	Tympanostomi/dränage		...			
...		8.8.05	EMB10	Tonsillektomi		...			
...		7.7.04	EMB30	Adenoidektomi		...			
...		3.5.04	JEA00	Appendektomi		...			
							Filtrera upprepade munåtg		X
+	Tot	Datum	ÅTG-kod	Åtgärdens namn		Plocka		▲	
...	9	15.8.13 - 7.2.14	SFA20	Fyllning på två ytor		...			
		8.12.13	SGA03	Öppnande och utvidgning av tandens rotkanaler, k		...			
							Filtrera mindre återkommande åtg		X
+	Tot	Datum	ÅTG-kod	Åtgärdens namn		Plocka		▲	
...	4	15.8.09 - 7.2.11	TDM10	Punktion av käkhåla		...			
						...			

Bild 13.1 Exempel på en sammanställning av åtgärder, där olika åtgärder kan visas som separata listor. ([Virkkunen m.fl. 2021](#))

Över en åtgärd ska man dessutom göra upp en åtgärdsrapport i tilläggsvisn ÅTG. Rapporten ska innehålla motiveringar till de avgöranden som träffats under åtgärden (se [12 § i förordningen om journalhandlingar 94/2022](#)).

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

13.3 Fotografier och andra bilder som hänför sig till åtgärder

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

En konstaterad eller antagen diagnos kan också anges som tilläggskod för att precisera bilden. Som precisering används en ICD-10-diagnoskod med minst tre teckens noggrannhet, eller en ICPC 2-kod. Man kan söka de här bilderna med personuppgifter och åtgärdskod, men också utifrån diagnos och/eller lokalisation.

Se även kapitel [12 Undersökningar och mätningar](#) ->12.3.4 Bilder tagna med hjälp av synligt ljus

14 Läkemedelsbehandling

BRA ATT VETA

Basinformationen om medicinering är läkemedlets namn, läkemedelsform, läkemedlets dosering och läkemedelsförskrivarens namn samt i läkemedlets administreringssanteckning dessutom administreringssätt, administreringstidpunkt samt namnet på den som administrerade läkemedlet. Utöver de här uppgifterna kan man precisera dokumentationen av läkemedelsbehandling genom att dokumentera uppgifter i strukturerad form med hjälp av klassifikationer för läkemedelsbehandling eller som fri text. Den riksomfattande läkemedelslistan kommer att basera sig på uppgifter i Receptcentret och införandet av den är planerad till slutet av 2024. Innan den riksomfattande läkemedelslistan införs dokumenteras strukturerade läkemedelsanteckningar i patientdatasystemets medicineringsmodul (LÄK-vyn). Aktuell medicinering dokumenteras (som text) i MEDIC-vyn och den visas också för medborgaren i Mina Kanta-tjänsterna. År 2021 togs även vyn Farmaci (FARM) i bruk, där utvärderingar på olika nivåer av medicineringen dokumenteras. När den riksomfattande läkemedelslistan utvecklas kommer kapitlet Läkemedelsbehandling att kompletteras med specifikationer.

14.1 Medicineringsuppgifter och utvecklingen av dem under åren 2015–2030

År 2015 bedömde man i Kajakki-projektet, att det skulle vara ändamålsenligt att centrera medicineringssuppgifterna i Receptcentret och bygga upp den riksomfattande läkemedelslistan utifrån uppgifter i Receptcentret. Det har konstaterats att en funktionell ändring av Receptcentret är för stor för att genomföras på en gång och att utvecklingen av läkemedelslistan skulle kräva omfattande revideringar även i lagstiftningen. Därför publicerades sommaren 2020 [Läikehoidon tiedonhallinnan konsepti](#), (Koncept för informationshantering inom läkemedelsbehandling, endast på finska), som beskriver målbilden och den målinriktade stegvisa utvecklingsvägen för dokumentation och användning av riksomfattande läkemedelsbehandlingsuppgifter samt förutsättningarna för genomförandet av en Riksomfattande läkemedelslista.

Enligt konceptet är utvecklingen och genomförandet av den riksomfattande läkemedelslistan indelad i fem faser. I den första fasen (2022) är avsikten att införa strukturerade doseringsuppgifter på recept. Målet är att ta i bruk detta under 2022. I den andra fasen (2024) införs en läkemedelslista som i stället för på enskilda recept grundar sig på ett kontinuum av läkemedel som består av på varandra följande recept (och andra läkemedelsanteckningar), där endast det nyaste receptet på läkemedlet är i kraft. I denna fas är det möjligt att utöver receptläkemedel dokumentera även läkemedel som har ordinerats utan recept på läkemedelslistan. Dessutom kan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården anteckna uppgifter om egenvårdsläkemedel som patienten använder på egen hand på listan (möjligheten för medborgaren att själv anteckna på listan införs enligt konceptet i fas 4 år 2027).

I den tredje fasen (2026) införs kontrollanteckningar för läkemedelsbehandling och hantering av gränssnittet mellan öppen- och avdelningsvården samt möjlighet att använda läkemedelslistan inom socialvården. Samtidigt skapas en lösning för att förmedla meddelanden med hjälp av läkemedelslistan mellan apoteken och social- och hälsovården. I fas 4 (2027) utvidgas läkemedelslistan till att omfatta även uppgifter om avdelningsmedicinering och införas möjligheten att utnyttja medborgarens anteckningar inom hälso- och sjukvården samt

utvidgas förmedlingen av meddelanden med hjälp av läkemedelslistan även till medborgarna. I den femte fasen (2029) utvidgas läkemedelslistans innehåll till att omfatta även naturprodukter och kosttillskott, specialmedicinering inom avdelningsvården (t.ex. medicinering på intensivvårdsavdelningar, förlossnings- och operationsavdelningar) samt medborgarens anteckningar om läkemedelsintag.

När den riksomfattande läkemedelslistan har tagits i bruk heltäckande förändras dokumentationen av medicineringssuppgifter i betydande grad och bland annat användningen av vyerna för läkemedelsbehandling (LÄK och MEDIC) avslutas, då medicineringssuppgifterna sammanställs i Receptcentret. Fram till dess dokumenteras strukturerade medicineringssuppgifter i patientdatasystemet enligt 2011 CDA-bestämningen för medicineringssuppgifter (Kanta 2021) och medicineringssuppgifter i textform enligt den allmänna patientjournalstrukturen med hjälp av vyer och rubriker. Uppgifterna i vyerna LÄK och MEDIC kan inte utnyttjas i strukturerad form via Patientdataarkivet, utan enbart som skärmvisningar. På Mina Kanta-sidor kan patienten se de uppgifter som sparats i vyn MEDIC. Vyn LÄK visas inte på Mina Kanta-sidor.

14.2 Anteckning av medicineringssuppgifter i patientjournalen

Alla läkemedel som har förskrivits till patienten ska antecknas i journalhandlingarna ([A 1088/2010](#), 24§), samt kända läkemedelsallergier och misstänkta läkemedelsskador ([A 298/2009](#), 13§). Dessutom ska uppgifter om läkemedel som har getts till patienter inom social- och hälsovårdsorganisationer antecknas i patientjournalen. Uppgifterna antecknas strukturerat när det är möjligt, men uppgifterna kan också antecknas som text, om strukturerad dokumentation inte är möjlig.

I journalhandlingarna bör anteckningarna om förskrivning och administrering av läkemedel innehålla uppgifter om läkemedlets namn, läkemedelsform, dosering, läkemedelsförskrivarens namn och förskrivningsdatum samt i läkemedlets administreringsanteckning dessutom administrerings sätt, administreringstidpunkt samt namnet på den som administrerade läkemedlet, åtminstone ifall det är fråga om annat än en fortlöpande medicinering enligt en avdelningspatients läkemedelslista.

14.2.1 Strukturerad dokumentation av läkemedelsanteckningar

Uppgifter om medicinering antecknas i allmänhet strukturerat i separata medicineringssmoduler i patientdatasystemen.

Vid strukturerade läkemedelsanteckningar som ska lagras i Patientdataarkivet ska man enligt gällande definitioner (2020) följa definitionerna i *Läkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne* (CDA R2-struktur i anteckningar om medicinering) publicerad 2009 ([version 4.31 uppdaterad 2014](#)). Läkemedelsanteckningar som har lagrats enligt dessa kan dock inte utnyttjas i strukturerad form från Patientdataarkivet på grund av ofullständiga definitioner. Däremot tar man inte i bruk informationsinnehåll för genomförande som publicerades 2014 i *THL/Informationsinnehåll – Läkemedelsanteckningar och THL/Informationsinnehåll – Anteckning om medicineringsskontroll* samt *THL:s Läkemerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016 – Toiminnallinen määrittely* (Dokumentering av läkemedelsanteckningar och deras strukturerade informationsinnehåll 2016 – Funktionell specifikation) när läkemedelslistan införs baserad på Receptcentret. De ifrågavarande dokumenten har markerats som föråldrade (i december 2020).

De nya specifikationerna för informationsinnehållet som innefattar strukturerade doseringssuppgifter i recept som ska lagras i Receptcentret [Medicinering/Informationsinnehåll – Recept](#) publicerades på Kodservern våren 2020 och motsvarande specifikationer för informationsinnehåll för expediering av recept och förnyelsebegäran av recept och dess svar publicerades

2021. De tekniska specifikationerna för dessa har publicerats på webbplatsen Kanta.fi [Raken-teinen annostus v3.00 - voimaan kevät 2022](#).

I 2022 års version av handboken för dokumentation av patientuppgifter beskrivs strukturerat recept enligt specifikationerna för recept som publicerats 2020 och som planeras att tas i bruk 2022. Då införs strukturerade doseringsuppgifter samt andra mindre utvidgningar av informationsinnehållet även på recept. Nyare patientdatasystem stöder i regel de strukturer som beskrivs här redan nu, men strukturerna införs i Receptcentret först 2022 eller senare.

Innehållet i strukturerad dokumentation av läkemedelsförskrivning beskrivs närmare i kapitel 14.3, korrigerings av recept i kapitel 14.4 och anteckningar om administrering av läkemedel i kapitel 14.6.1.

14.2.2 Dokumentation av läkemedelsanteckningar i journalvyn

Recept och anteckningar om administrering av läkemedel dokumenteras i regel i patientdatasystemets medicineringsmodul, när det är möjligt. Andra uppgifter om läkemedelsbehandlingen kan antecknas i textform i journalvyn. För anteckningar används vanligen rubriken Läkemedelsbehandling, som vid behov kan preciseras med en tilläggsrubrik. För remisser för konsultation om Läkemedelsbehandling och utvärdering av läkemedelsbehandling och deras svar rekommenderas att rubriken Konsultation/Remiss används som (över)rubrik för hela anteckningen.

Det finns tre vyer som särskilt är avsedda för anteckning av uppgifter om läkemedelsbehandling.

a) MEDIC Vyn för aktuell medicinerings

Före införandet av den riksomfattande läkemedelslistan dokumenteras enskilda strukturerade läkemedelsanteckningar i patientdatasystemets medicineringsmodul, varifrån anteckningarna sparas i vyn LÄK. När ett vårdbesök eller en vårdperiod på avdelning avslutas sparas den aktuella medicinerings (i textform) dessutom i vyn MEDIC. Vyn för aktuell medicinerings (MEDIC) kan också uppdateras i samband med besök inom den öppna vården. Vyn MEDIC kan exempelvis fogas till en remiss eller vårdrespons/svar i vården. Patientdatasystemet kan producera MEDIC-vyns uppgifter automatiskt utifrån uppgifter i medicineringsmodulen eller användaren kan anteckna uppgifter för hand beroende på genomförandet i patientdatasystemet.

Syftet med vyn MEDIC är att förmedla information om patientens aktuella medicinerings till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och till patienten själv. Listan över aktuell medicinerings omfattar de fortgående och temporära läkemedel som patienten använder vid tidpunkten då anteckningen gjordes. Sammandragsinformationen i MEDIC-vyn kan exempelvis överföras till en plats för fortsatt vård, vilket underlättar hanteringen av medicineringsuppgifterna när en patient flyttas från en vårdplats till en annan.

Eftersom patientdatasystemen kan bilda uppgifterna i vyn MEDIC automatiskt av uppgifterna i medicineringsmodulen på basis av bristfällig eller till och med felaktig information, måste användaren alltid kontrollera uppgifterna i vyn MEDIC innan de arkiveras i Patientdataarkivet.

På Mina Kanta-sidor kan patienten se de uppgifter som sparats i vyn MEDIC.

b) KLIFA Vyn Klinisk farmakologi

Vyn för klinisk farmakologi (KLIFA) infördes 2018 för dokumentation av konsultationsbegäran och -svar inom specialiteterna klinisk farmakologi och läkemedelsbehandling samt farmakogenetik. KLIFA-vyn kan också användas dokumentation av polikliniska journalanteckningar

inom specialiteten. Vid konsultationer ska vyn alltid användas tillsammans med den konsulterande specialitetens vy (vid begäran som tilläggsvy, vid svar som huvudvy).

KLIFA-vyn visas på Mina Kanta-sidorna på samma sätt som andra specialitetsspecifika vyer.

c) FARM Vyn Farmaci

Vyn Farmaci (FARM) infördes 2021 för dokumentation av utvärdering av läkemedelsbehandling på olika nivåer. Behovet av vyn har accentuerats när avdelningsfarmacins betydelse i genomförandet av läkemedelsbehandlingen har ökat, men vyn är inte avgränsad för användning av endast farmaceuter, utan den är avsedd för multiprofessionell användning. Se närmare i [kapitel 14.5](#).

FARM-vyn visas på Mina Kanta-sidorna på samma sätt som andra servicespecifika vyer. Utvärderingar av läkemedelsbehandling som antecknas i vyn ska alltid fördröjas så att de inte visas för patienten på Mina Kanta-sidorna innan läkaren har tagit ställning till behövliga ändringar i läkemedelsbehandlingen.

14.3 Strukturerad dokumentation av recept

14.3.1 Basuppgifter i recept och patientuppgifter

Förskrivningsdatum produceras utifrån tidpunkten för anteckningen. Även andra anteckningar i receptet och basuppgifterna i recepthandlingen (från 2022 även identifikationskod för läkemedlets kontinuum) samt patientens uppgifter i patientdatasystemet bildas i huvudsak automatiskt. Förval för receptets art kan vara Recept, som föreskrivaren ska ändra till Sjukhusapoteksrecept, då receptet expedieras på ett sjukhusapotek. När det gäller patienter under 18 år, ska förskrivaren bedöma (när det är möjligt), om patienten har förmåga att besluta om sin egen vård och ta ställning till om patientuppgifter ska lämnas ut till vårdnadshavarna. Den som förskriver läkemedlet ska underteckna receptet med sin personliga elektroniska underskrift.

14.3.2 Uppgifter om läkemedelsförskrivaren och handläggaren av läkemedelsförskrivningen

För en läkemedelsanteckning tar Patientdatasystemet fram uppgifter om läkemedelsförskrivaren, och användaren kan vid behov ändra dessa uppgifter. Uppgifterna om läkemedelsförskrivaren består bland annat av läkemedelsförskrivarens registreringsnummer, identifikationskod (tidigare Sf-nummer), namn, yrkesrättighet och läkemedelsförskrivarens serviceenhet samt vid behov tjänst, uppdrag eller befattning samt läkarens specialitet.

När läkemedelsförskrivaren och den som dokumenterar är olika personer, lagras motsvarande uppgifter om dokumenteraren som uppgifter för handläggaren av läkemedelsförskrivningen. Exempel på sådana situationer är när man dokumenterar ändringar i doseringen av ett läkemedel och när en sjukskötare dokumenterar läkemedel som förskrivits via telefon i patientjournalen. Ett recept kan inte antecknas för någon annans räkning – med undantag av när apoteket lagrar ett pappers- eller telefonrecept eller korrigerar ett recept.

14.3.3 Uppgifter om läkemedlet

a) Preparat enligt Läkemedelsdatabasen

Ett läkemedelspreparat kan förskrivas med handelsnamnet eller utifrån den aktiva substansen. Förskrivning med handelsnamnet ska alltid tillämpas, om det finns flera preparat med den aktiva substansen, som inte är utbytbara sinsemellan. Då är det tydligt vid expedieringen av läkemedlet vilket preparat som avses. Eftersom det på apoteket är möjligt att byta ut läkemedel som är utbytbara sinsemellan till expediering av det förmånligaste preparatet även vid förskrivning med handelsnamnet, rekommenderas det att läkemedel förskrivs med handelsnamnet även i övrigt, om det inte finns särskilda motiv för att förskriva läkemedlet med den aktiva substansen.

När ett läkemedelspreparat väljs i gällande uppgifter i Läkemedelsdatabasen, kompletterar patientdatasystemet anteckningen automatiskt utifrån de uppgifter som finns i Läkemedelsdatabasen. Vid förskrivning med den aktiva substansen väljer användaren den aktiva substansen samt läkemedelsformen, och utifrån dessa kompletterar patientdatasystemet dokumentationen automatiskt utifrån uppgifter i Läkemedelsdatabasen.

Individualiserande uppgifter för (läkemedels)preparatet

Från Läkemedelsdatabasen fås namn på läkemedelspreparat och andra preparat som ingår i Läkemedelsdatabasen, läkemedelspreparatets ATC-kod, läkemedelsförpackningens identifierare (VNR-nummer), förpackningsstorlek och enhet för förpackningsstorleken, förpackningsstorlekskoefficient och förpackningsstorlek som text.

Läkemedlets sammansättning, form och styrka

Läkemedelsdatabasen tar för läkemedelspreparatet fram läkemedlets eller preparatets form samt styrka och enheten för styrkan i textform.-När det är fråga om ett läkemedelspreparat som kräver försäljningstillstånd, ett preparat med tidsbegränsat specialtillstånd eller ett läkemedel som förskrivits under det verksamma ämnets namn dokumenterar användaren själv läkemedelsformen, styrkan och enheten för styrkan, om uppgifterna inte fås från Läkemedelsdatabasen.

Tilläggsinformation om läkemedlet

Från Läkemedelsdatabasen fås också uppgifter om det är frågan om HCl-läkemedel eller narkotika, blod- eller plasmaprodukt, läkemedel som kräver ytterligare uppföljning, biologiskt läkemedel eller biosimilar samt läkemedelsgruppen biosimilarer. Om något annat än det förmånligaste biologiska läkemedlet förskrivs, ska användaren anteckna en motivering till detta. Andra uppgifter som produceras från Läkemedelsdatabasen till receptet är Läkemedelsdatabasens version, preparatets art, innehavaren av försäljningstillståndet, förvaringskärlet samt tilläggsinformation om preparatet eller förpackningen.

b) Läkemedel som inte finns i Läkemedelsdatabasen

När det är fråga om ett läkemedel som framställs på apoteket eller ett specialtillståndspreparat för en enskild patient kan uppgifterna inte hämtas direkt från Läkemedelsdatabasen, utan tills vidare måste användaren själv dokumentera uppgifterna om läkemedlet i textform. När ett läkemedel som framställs på apotek innehåller läkemedel eller andra preparat som finns i Läkemedelsdatabasen som komponenter, kan uppgifter om dem plockas från Läkemedelsdatabasen som strukturerade aktiva komponenter eller hjälpämnen för läkemedlet. Framställningsanvisningen dokumenteras som fri text.

14.3.4 Förskrivna mängd av ett läkemedel på recept

Den mängd som har förskrivits är en obligatorisk uppgift på receptet. Läkemedel kan förskrivas med hjälp av förpackningsstorlek och antal förpackningar, med totalmängden läkemedel eller för en tidsperiod. Det rekommenderas att förskriva enligt förpackningsstorlek alltid när det är möjligt. Läkemedel bör föreskrivas för en tidsperiod endast då den behövliga mängden inte kan förskrivas på annat sätt. Vid behov kan iterering 1–3 gånger samt itereringsintervall i dagar läggas till på receptet.

14.3.5 Doseringsuppgifter för läkemedlet

Tills vidare finns läkemedlets dosering endast som text på receptet. I Patientdatasystemet är doseringsuppgifterna redan i huvudsak i strukturerad form och de införs även på recepten 2022. Här beskrivs de uppgifter enligt strukturen som införs på recepten 2022. Implementeringen i patientdatasystemen kan avvika från denna beskrivning. Målet är att (2022) största delen (80–90 %) av doseringsuppgifterna ska vara strukturerade på recepten. Målet är inte en fullständigt heltäckande struktur och till exempel apoteken måste även i fortsättningen strukturera en liten del av receptens doseringsuppgifter vid maskinell dosdispensering.

a) ”Observera” gällande doseringen

På receptet ska vikten för patienter under 12 år antecknas, så att uppgiften observeras vid ordination/kontroll av dosen. Vikten kan antecknas även för patienter över 12 år, när den i betydande grad avviker från genomsnittsvikten för en vuxen. Om dosen avviker från den normala doseringen av läkemedlet, ska receptet förses med en Sic!-anteckning. Den kan användas även när läkemedlet ordineras på något annat sätt som avviker från vårdpraxis. En förklaring till varför Sic!-anteckningen har använts ska alltid antecknas på receptet. Tills vidare kan anteckningen göras i fältet *Meddelande till apoteket* eftersom det inte finns något annat lämpligt fält i receptets informationsinnehåll.

b) Doseringsanvisning i textform

En doseringsanvisning i textform bildas alltid också utifrån de strukturerade doseringsuppgifterna. Patientdatasystemet bildar den enligt de specifikationer som beskrivs i Kanta-tjänsterna i en form som är lätt att förstå för patienten. Om en strukturerad dosering inte har dokumenterats, kan förskrivaren av läkemedlet anteckna doseringsanvisningen som fri text. På receptet finns alltid information om, huruvida doseringsanvisningen i textform har antecknats av användaren eller om den har bildats automatiskt utifrån de strukturerade doseringsuppgifterna.

c) Strukturerad doseringsanvisning

Dosperiod

Dosperioden är den tidsperiod, för vilken en viss läkemedelsdosering förskrivs (t.ex. 1 tablett 2 gånger dagligen). Om doseringen hålls oförändrad, är dosperioden lika lång som användningstiden för läkemedlet. När doseringen ändras bildas en ny dosperiod. Ett läkemedel förskrivs vanligen för endast en dosperiod, men till exempel när ett nytt läkemedel med ökande doser förskrivs, kan läkemedlet förskrivas på en gång med flera dosperioder i följd. Till exempel vid doseringen ”1 tablett dagligen i en veckas tid, och därefter 1 tablett 2 gånger dagligen” är den första dosperioden 1 vecka och den andra dosperioden ”tills vidare”.

Den strukturerade dosering som införs 2022 stöder lagring av endast en dosperiod åt gången. Doseringsanvisningar för recept som omfattar flera dosperioder ska antecknas i textform.

Information om dosperiod

Dosperiodens inledning är som förval vid tidpunkten för förskrivningen (varvid den inte behöver antecknas separat), men inledningstidpunkten kan vid behov antecknas i framtiden (eller i förfluten tid). **Dosperiodens längd** kan antecknas som varaktighet (t.ex. 1 vecka) eller med avslutningstidpunkt (både varaktighet och avslutningstidpunkt kan inte antecknas för samma dosperiod).

Uppgift om användning av läkemedel endast **vid behov** antecknas som en separat uppgift (t.ex. vid behov 1 tablett 2 gånger dagligen) och en eventuell **paus** för läkemedlet under dosperioden kan antecknas som ett tidsintervall. En dosperiod kan dock inte inledas med en paus, utan då antecknas inledningstidpunkten i framtiden.

Dosavsnitt

Dosavsnitt är den tidsperiod, under vilken doserna ordineras att användas som likadana återkommande serier. Uppgiften lagras som dygn eller timmar. Dosavsnittet är vanligen 1 dygn (t.ex. 1 tablett 3 gånger per dygn eller 1 tablett på morgonen 2 tabletter på kvällen). Det är också möjligt att för en veckas dosavsnitt förskriva separata doser för olika dagar (t.ex. Må 1 tablett, Ti 2 tabletter, On 2 tabletter osv.). För övriga dosavsnitt (enligt den struktur som infördes 2022) är det möjligt att förskriva endast 1 dos för varje dosavsnitt (t.ex. 1 tablett varannan dag (dosavsnittet = 2 dygn), 1 injektion med 3 veckors mellanrum (dosavsnittet = 21 dygn) eller 1 droppe med 4 timmars mellanrum (dosavsnittet = 4h)).

Information om dosavsnitt

Uppgifterna för varje dos i dosavsnittet lagras separat (i Receptcentret). Om dosen är densamma för alla doser, räcker det att läkemedelsförskrivaren antecknar uppgifterna om dosen en gång och hur många gånger dosen upprepas (t.ex. 1 tablett 3 gånger) under dosavsnittet (patientdatasystemet ser då till att rätt struktur förs in i Receptcentret). Om dosen ändras under dosavsnittet (t.ex. 1 tablett på morgonen och 2 tabletter på kvällen) ska varje dos antecknas separat. Dessutom ska tidpunkten för läkemedelsintaget antecknas för varje dos.

För dosen antecknas alltid dosens numeriska värde (t.ex. 1) samt dosenheten (t.ex. tablett). **Dosenheten** kan antecknas i "patientvänlig form" (t.ex. 1 tablett) eller i fysikalisk form (t.ex. 50 mg). På receptet ska en "patientvänlig form" alltid användas när det är möjligt och fysikalisk form endast när det finns en särskild grund. Tidpunkten för läkemedelsintag kan antecknas i form av klockslag (t.ex. 8:00) eller i textform enligt klassifikationen *THL - Tidpunkt på dygnet* (t.ex. på morgonen). Vid veckodosering anges tidpunkten i form av veckodag.

Om en enskild dos ska **tas vid behov**, antecknas det som en separat strukturerad uppgift för dosen (t.ex. 1 tablett på morgonen och vid behov 1 tablett på kvällen). Om hela läkemedlet ska användas vid behov, antecknas uppgiften i uppgifterna för dosperioden (se ovan).

Tilläggsuppgifter om strukturerad dosering

Administreringsväg och -sätt ska alltid antecknas när läkemedlet inte ska tas på normalt sätt via munnen genom att svälja det. Även då, om det är möjligt att missförstå administreringsvägen, bör administreringsvägen antecknas. För dosering som har antecknats i strukturerad form kan man också anteckna de **tilläggsuppgifter i bruksanvisningen** i textform, som inte kan antecknas i strukturerad form (t.ex. tas i samband med måltid). Som tilläggsuppgifter bör dock inte antecknas komplicerade anvisningar, som kan missförstås att vara motsäggande med de strukturerade uppgifterna. Då är det bättre att anteckna doseringsanvisningen helt i textform, för att undvika missförstånd.

14.3.6 Användningsändamål

Läkemedelsförskrivaren antecknar orsaken till användningsändamålet för läkemedelsanvändningen som fri text. Om läkemedlet har ordinerats för behandling av en allmänfarlig sjukdom enligt lagen om smittsamma sjukdomar, ska de dessutom antecknas separat (i strukturerad form). Dessutom ska särskild utredning som påverkar huruvida ett läkemedel är ersättningsgillt (samt anknytande datumuppgift) antecknas i ett separat fält – tillsvidare som standardiserad text. Från och med 2022 kan särskild utredning antecknas med koder.

14.3.7 Övriga uppgifter i recept

Man ska också i receptet anteckna om läkemedlet har ordinerats för behandling av en sjukdom, om det är frågan om permanent medicinering och om det är frågan om att inleda användning av läkemedlet samt om läkemedlet omfattas av maskinell dosdispensering. Dessutom kan man i receptet anteckna förbud mot utbyte av läkemedel, förbud mot förnyelse av receptet och grunden för detta, om man vill begränsa receptets giltighet utöver det normala (1 eller 2 år), receptets sista giltighetsdag. I narkotikarecept ska även metod för identifiering av patienten antecknas.

Vid behov kan man i receptet lägga till ett meddelande till apoteket samt uppgifter om debitering av läkararvode i samband med expedieringen av läkemedlet, för recept som ska lagras på apoteket ska man dessutom dokumentera om det är frågan om ett pappers- eller telefonrecept samt grunderna för detta.

14.4 Korrigering och makulering av recept

Fel i ett recept kan korrigeras genom att göra en ny version av receptet, där felet har korrigerats. Om felet är sådana som inte kan korrigeras med en ny version, ska receptet makuleras och ett nytt recept utfärdas.

Även vårdrelaterade ändringar, till exempel ändring av dosen, ska lagras i Receptcentret, så att det finns tillgång till korrekta läkemedelsuppgifter även vid expedieringen av läkemedlet. Vårdrelaterade ändringar görs på samma sätt (tekniskt) som korrigeringar – genom att göra en ny version av receptet eller, om ändringen inte kan korrigeras med en ny version, makulera receptet och utfärda ett nytt recept.

Vid korrigering och makulering ska orsaken till ändringen dokumenteras enligt klassifikationen *THL – Orsak till ändrad läkemedelsterapi*. Orsaken kan vid behov preciseras som fri text.

Vid makulering ska dessutom orsaken till makuleringen dokumenteras enligt klassifikationen *Elektroniskt recept – Typ av makulering av elektroniskt recept* samt enligt klassifikationen *Elektroniskt recept – Typ av samtycke* uppgift om att makuleringen har gjorts i samtycke med patienten eller att det finns en annan grund för makuleringen. Systemet tar dessutom fram uppgifter om den som har gjort makuleringen eller korrigeringen och tidpunkten

I klassifikationen *Orsak till ändrad läkemedelsterapi* finns det åtta orsakskoder:

- Klassen *Tidsbegränsat läkemedel* kan användas vid makulering av recept på tidsbegränsad medicinering som redan har avslutats. I patientjournalen kan uppgiften dokumenteras redan vid förskrivningen av ett tidsbegränsat läkemedel.
- Klassen *Behovet av läkemedlet upphört* används vid avslutning av ett läkemedel (och makulering av recepten), när sjukdomen har botats eller lindrats – till exempel högt blodtryck hålls under kontroll med ändrad livsstil.

- Klassen *Läkemedelsbiverkning* används, när läkemedlet ändras eller avslutas på grund av en ytterligare sjukdom som läkemedlet orsakat patienten, exempelvis synnervsinflammation orsakad av amiodaron, eller på grund av någon annan biverkning.
- Klassen *Annan ändring av läkemedlet* används till exempel, när läkemedelsdosen ändras eller läkemedlet avslutas på grund av otillräckligt terapivar.
- Klassen *Förändring i hälsotillståndet* används, när läkemedelsdosen ändras eller läkemedlet avslutas på grund av en annan sjukdom än användningsändamålet för läkemedlet, till exempel dosändring på grund av njursvikt till följd av en infektion.
- Klassen *Teknisk orsak* används när det är fråga om ett felaktigt recept, till exempel när ett recept har gjorts upp för fel patient (makulering av recept).
- Klassen *Felaktiga uppgifter av patienten eller tvång* används när man makulerar ett recept på grund av att patienten gett felaktiga uppgifter eller på grund av tvång.
- *Annan orsak* När man väljer Annan orsak måste man motivera orsaken som fri text. Fritt formulerade motiveringar kan vid behov också användas i samband med de övriga orsakerna.

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

14.5 Kontroll av läkemedelsbehandling

Kontroller eller utvärderingar av läkemedelsbehandlingen på olika nivåer kan föras i många faser av vårdprocessen (se bild 14.1) och olika yrkesgrupper kan delta i dem. Till exempel en sjukskötare kan kontrollera att patientens läkemedelslista är uppdaterad, när sjukskötaren utreder vilka läkemedel patienten använder. I en helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen kan många olika yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården delta, var och en utifrån sin egen kompetens. Den slutliga bedömningen av ändamålsenlig medicinering för patienten görs alltid av en läkare.

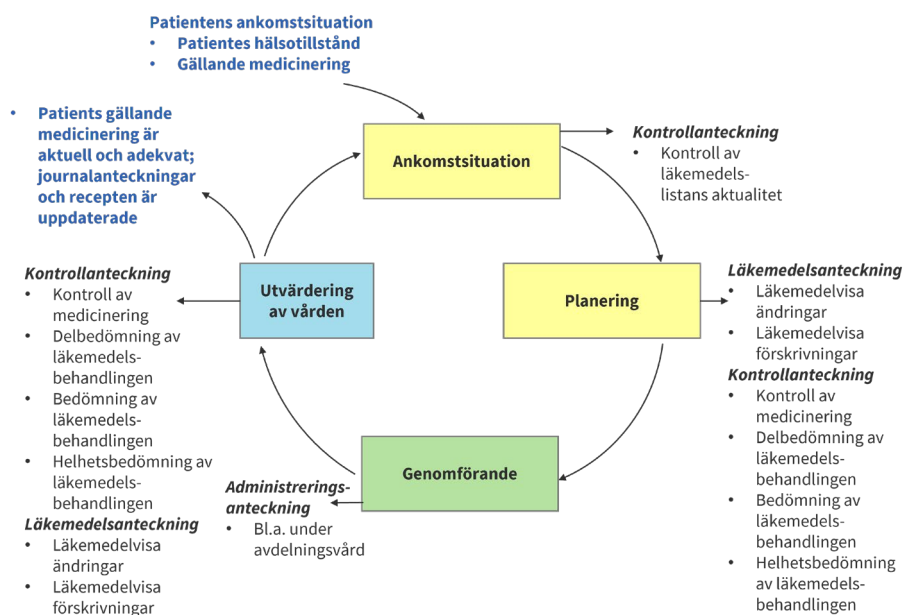


Bild 14.1. Processen för läkemedelsbehandling, olika läkemedelsdokumentationer som görs i olika faser av vårdprocessen.

14.5.1 Typer av medicineringskontroller

Läkemedelsbehandlingen kan kontrolleras på fem olika nivåer: kontroll av läkemedelslistans aktualitet, kontroll av medicineringen, delbedömning av läkemedelsbehandlingen, bedömning av läkemedelsbehandlingen och helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen.

a) Kontroll av läkemedelslistans aktualitet (Uppdatering av medicineringsuppgifterna) varvid man utreder, om den medicinering som patienten använder motsvarar uppgifterna om de läkemedel som har förskrivits till patienten och kända egenvårdsläkemedel på läkemedelslistan. Om den medicinering som patienten använder inte motsvarar uppgifterna på läkemedelslistan, antecknar man vid kontrollen hur uppgifterna avviker från varandra.

Kontrollen av läkemedelslistans aktualitet kan göras av patienten, patientens anhöriga eller yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården (bl.a. farmaceuter) tillsammans med patienten eller patientens anhöriga. Tillsvidare kan patienten eller patientens anhöriga inte anteckna uppgifter i patientjournalen, utan en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör de behövliga anteckningarna om denna kontroll.

b) Kontroll av medicineringen innebär att man utvärderar om doseringarna och administreringstidpunkterna för läkemedlen följer godkänd vårdpraxis, samt kartlägger eventuella överlappningar av och inkompatibiliteter hos läkemedlen. I utvärderingen ingår inte bedömning av behovet av, indikationen för eller ändamålsenligheten med läkemedelsbehandlingen och inte heller några åtgärder för att korrigera medicineringen. Kontrollen innefattar uppdatering av medicineringsuppgifterna och kan även innefatta förslag om korrigeringsåtgärder.

Kontrollen av medicineringen görs av en provisor, farmaceut eller en specialutbildad sjukskötare. Anteckning om medicineringskontroll fördröjs alltid till Mina Kanta-sidorna, så att missförstånd inte uppkommer hos patienten om eventuella behov av ändringar i medicineringen. De slutliga läkemedelsändringarna görs alltid av en läkare.

c) Delbedömning av läkemedelsbehandling innebär att läkaren kontrollerar den del av medicineringen som hör till den egna specialiteten eller som annars har avgränsats. Vid delbedömningen bedöms behovet av de kontrollerade läkemedlen, kompatibiliteten med den övriga medicineringen och doseringen, medan ingen ställning tas till den övriga medicineringen. Delbedömningen innehåller de nödvändiga anteckningar som läkaren gör om ändringar i den utvärderade medicineringen.

Delbedömning av läkemedelsbehandling görs alltid av en läkare.

d) Bedömning av läkemedelsbehandlingen innebär att man bedömer patientens behov av läkemedelsbehandling och dess ändamålsenlighet samt kompatibiliteten hos läkemedlen som en del i undersökningen av patienten och planeringen av vården. Bedömningen innehåller de nödvändiga anteckningar om ändringar i medicineringen som en läkare har bedömt eller bekräftat, eller läkarens bekräftelse av att ändringar inte behövs. Bedömningen innefattar också alltid uppdatering av medicineringsuppgifterna. Om läkemedelsbehandlingen kräver uppföljning dokumenterar den som gör anteckningen en plan för uppföljning av ändringarna i medicineringen.

En läkare gör bedömningen av läkemedelsbehandlingen vid behov med hjälp av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med kompetens inom läkemedelsbehandling, såsom klinisk farmakolog, provisor, farmaceut eller någon annan specialutbildad person inom hälso- och sjukvården. Bedömningen kan göras i två faser, varvid en klinisk farmakolog, provisor, farmaceut eller någon annan specialutbildad person inom hälso- och sjukvården först utreder medicineringsuppgifternas aktualitet, kartlägger eventuella överlappningar och inkompatibilitet hos läkemedlen samt kontrollerar om läkemedlens indikationer, dosering och administreringstidpunkter motsvarar godkänd vårdpraxis (kontroll av medicineringen). Utifrån detta bedömer läkaren behovet, indikationen och ändamålsenligheten för varje läkemedel och gör behövliga anteckningar om ändringar i medicineringen eller bekräftar att ändringar inte behövs.

Anteckningar om bedömning av läkemedelsbedömning som har gjorts av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare fördröjs alltid till Mina Kanta-sidorna, så att missförstånd inte uppkommer hos patienten om eventuella behov av ändringar i medicineringen. När läkaren gör den slutliga bedömningen av behövlig medicineringskontroll, dokumenterar han eller hon detta själv. Läkarens slutliga ställningstagande om medicineringen fördröjs inte.

e) Helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen görs av kliniska experter och/eller en multiprofessionell grupp i samarbete. Bedömningen sker på beslut av den behandlande läkaren vanligen utifrån bedömningen av läkemedelsbehandlingen och innehåller förutom bedömning av läkemedelsbehandlingen även en bedömning hemma hos patienten av hur läkemedelsbehandlingen genomförs och hur patienten förbundit sig till behandlingen. Utöver bedömningen av läkemedelsbehandlingen eller den bedömning som görs hemma hos patienten kartläggs i det här sammanhanget också de sociala och ekonomiska förutsättningarna för läkemedelsbehandlingen. En person som hör till de kliniska experterna och/eller det multiprofessionella teamet kan vara klinisk farmakolog, specialutbildad provisor eller farmaceut eller någon annan specialutbildad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (eller en yrkesutbildad person inom socialvården som arbetar inom hälso- och sjukvården). Anteckningen innehåller de ändringar i medicineringen som en läkare har gjort, eller läkarens bekräftelse av att ändringar inte behövs. Bedömningen innefattar också alltid uppdatering av medicineringsuppgifterna. Om läkemedelsbehandlingen kräver uppföljning dokumenterar den som gör anteckningen en plan för uppföljning av ändringarna i medicineringen.

Helhetsbedömning av läkemedelsbehandlingen görs i flera faser, varvid varje yrkesutbildad person inom social- och hälsovården dokumenterar sin egen bedömning. Den slutliga bedömningen av behövlig medicineringskontroll och behövliga ändringar görs av en läkare.

Anteckningar om bedömning av läkemedelsbedömning som har gjorts av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare fördröjs alltid till Mina Kanta-sidorna, så att missförstånd inte uppkommer hos patienten om eventuella behov av ändringar i medicineringen. När läkaren gör den slutliga bedömningen av behövlig medicineringskontroll, dokumenterar han eller hon detta själv. Läkarens slutliga ställningstagande om medicineringen fördröjs inte.

14.5.2 Dokumentation av kontroll av läkemedelsbehandling

Strukturerad dokumentation av kontroll av läkemedelsbehandling i Receptcentret införs i den tredje fasen av utvecklingen av läkemedelslistan (2026). Fram till dess dokumenteras kontroller av läkemedelsbehandlingen i textform i patientjournalen – från och med 2021 i den nya Farmaci-vyn (FARM). Vid läkarens dokumentation av kontroll av läkemedelsbehandling (på olika nivåer) samt deras begäran till andra yrkesgrupper används FARM-vyn som tilläggsvy (och läkarens specialitetsspecifika vy som huvudvy) och vid dokumentation som görs av andra yrkesgrupper används FARM-vyn som huvudvy (och den begärande specialiteten som tilläggsvy).

Vid läkarens dokumentation av kontroll av läkemedelsbehandling används som (över)rubrik rubriken Läkemedelsbehandling, som preciseras med en tilläggsrubrik enligt typen av medicineringskontroll. Vid dokumentation som görs av andra yrkesgrupper samt begäran om bedömning som skickas till dem används rubriken Konsultation/Remiss, som lagras enligt typen av medicineringskontroll som tilläggsrubrik.

Vid dokumentation som görs av andra yrkesgrupper om annat än kontroll av läkemedelslistans aktualitet, används alltid fördröjning till Mina Kanta-sidorna. Läkarens slutliga ställningstagande om medicineringen fördröjs inte.

Vid dokumentation av kontroll av läkemedelsbehandling antecknas alltid datum för kontrollen, den organisation där kontrollen görs, de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i kontrollen med identifieringsuppgifter, deras yrkesgrupp samt uppgift om vilken typ av kontroll det är frågan om.

De kontrollerade läkemedlen och doseringen av dem dokumenteras separat för varje läkemedel utifrån uppgifterna i läkemedelslistan. Listan kan hämtas automatiskt från medicineringsmodulen i patientdatasystemet, om systemet stöder egenskapen. Om man inte kontrollerar hela medicineringen väljer man i läkemedelslistan ut de läkemedel som ska kontrolleras (eller plockar bort de läkemedel som inte ska kontrolleras). För anteckningen dokumenteras läkemedelsspecifikt, om läkemedlet enligt kontrollen inte används ändamålsenligt och det krävs en bedömning av läkare gällande användningen eller en ändring av medicineringen. Läkemedelsspecifikt dokumenteras avvikelse eller oklarhet gällande läkemedlet och/eller förslag om läkemedelsändring. Om det inte är möjligt att göra ändringar direkt i läkemedelslistan, till exempel om läkemedelslistan kopieras från informationssystemet, kan läkemedels-specifika observationer dokumenteras under rubriken Läkemedelsbehandling efter läkemedelslistan medicineringslistan (Exempel 1, se bild 14.2).

Obs. Vid kontroll av läkemedelslistans aktualitet avses med ändamålsenlig användning enligt receptet (även om receptet inte är enligt godkänd vårdpraxis), beträffande andra kontroller avser ändamålsenlig användning ordinationer enligt godkänd vårdpraxis med hänsyn till patientens tillstånd.

Om patienten vid kontroll av läkemedelslistans aktualitet meddelar att han eller hon använder läkemedel som inte finns på läkemedelslistan, antecknas uppgifter om dessa efter de kontrollerade läkemedlen enligt det som patienten berättar om användning av egenvårdsläkemedel utan recept.

En sammanfattning av bedömningen av medicineringen samt förslag om eventuella ändringar i medicineringen dokumenteras efter de läkemedelsspecifika uppgifterna med rubriken Utlåtande. I utlåtandet kommenteras också, om medicineringen i helhet inte är känd när bedömningen görs. En genomförandeplan för fortsatta åtgärder dokumenteras slutligen med rubriken Plan.

Anamnes som anknyter till kontrollen och resultat av laboratorieundersökningar kan vid behov dokumenteras som text före läkemedelslistan med rubrikerna Anamnes och Undersökningsresultat.

Förenklade exempel för Begäran om bedömning av läkemedelsbehandling och svar beskrivs i exemplen 1 och 2 (bild 14.2 och 14.3) och alternativ metod för observationer om medicineringen i exempel 3 (bild 14.4).

Obs. Man bör observera att vi i denna handbok endast beskriver bedömning av läkemedelsbehandling på olika nivåer och dokumentation av begäran och svar gällande dem. I organisationen bör man också fundera över processerna för förmedling av begäranden och svar till berörda aktörer!

Konsultation/Remiss	(Nationell rubrik)
Remiss för Bedömning av läkemedelsbehandling 15.1.2021, Mämmilä hälsovårdscentral, Helmi Hippu, LL	(Tilläggsrubrik)
Anamnes	(Nationell rubrik)
Patienten har hypertoni och höftledsartros. Den senaste tiden har patienten haft yrsel och blodtrycken har varit låga under uppföljningen. Bedömning av läkemedelsbehandlingen har aldrig gjorts.	
Plan	(Nationell rubrik)
Patienten remitteras till avdelningsfarmaceut på Ulko-Häme centralsjukhus för bedömning av läkemedelsbehandlingen.	

Bild 14.2 Exempel 1. Begäran om bedömning av läkemedelsbehandling (förenklat innehåll för att framhäva användningen av struktur och rubriker).

Konsultation/Remiss	(Nationell rubrik)
Bedömning av läkemedelsbehandling	(Tilläggsrubrik)
19.1.2021, Ulko-Häme centralsjukhus, Heikki Hippu, farmaceut	
Anamnes	(Nationell rubrik)
Patienten har hypertoni och höftledsartros Den senaste tiden har patienten haft yrsel och blodtrycken har varit låga under uppföljningen.	
Undersökningar	(Nationell rubrik)
15.1.2021: S-Krea 150 umol/l, S-K 3,8 mmol/l	
Läkemedelsbehandling	(Nationell rubrik)
Ordinerad regelbunden medicinerig	
Metoprolol depot	95 mg 1 tabl x 1/dygn
Hydrex semi	25 mg 1 tabl x 2/dygn Obs! Använder endast på morgonen
Ordinerad medicinerig vid behov	
Burana	600 mg 1 tabl x3/dygn Obs. Använder inte. Använder istället Panadol.
Egenvårdsläkemedel som patienten använder	
C-vitamin	500 mg 1 x 1
Panadol	500 mg 1 tabl x 1-2 /dygn vid behov Obs. Istället för Burana.
Dessutom använder patienten något annat läkemedel, vars namn patienten inte kommer ihåg.	
Utlåtande	(Nationell rubrik)
Bedömning av medicinerigen och förslag till ändringar i medicinerigen	(Tilläggsrubrik)
Yrsel och låga blodtryck passar in på för kraftig blodtrycksmedicinering och lågt S-K på för hög diuretikados, trots att patienten använder endast halverad dos. Burana är inte lämpligt på grund av högt S-Krea. Patienten använder ju Panadol istället för Burana. Läkemedel kan saknas i bedömningen, eftersom patienten kommer ihåg att hon också använder några andra läkemedel, som hon inte kommer ihåg namnet på.	
Förslag till ändringar i medicinerigen	(Tilläggsrubrik)
Blodtrycksmedicineringen bör minskas (låga blodtryck och yrsel) och diuretikalan kan avslutas (lågt S-K) eller bytas ut till ett kaliumsparande preparat. Ibuprofen bör bytas ut till paracetamol.	
Plan	(Nationell rubrik)
Tid bokas till läkarmottagningen för bedömning av blodtrycksmedicineringen.	

Bild 14.3 Exempel 2. Svar på bedömning av läkemedelsbehandling (förenklat innehåll för att framhäva användningen av struktur och rubriker)

Läkemedelsbehandling	(Nationell rubrik)
Läkemedel som finns på läkemedelslistan (kopia från medicineringsmodulen i patientdatasystemet)	
Ordinerad regelbunden medicinerig	
Metoprolol depot	95 mg 1 tabl x 1/dygn
Hydrex semi	25 mg 1 tabl x 2/dygn Obs! Använder endast på morgonen
Ordinerad medicinerig vid behov	
Burana	600 mg 1 tabl x 3/dygn Obs. Använder inte. Använder istället Panadol.
Egenvårdsläkemedel som patienten använder	
C-vitamin	500 mg 1 x 1
Panadol	500 mg 1 tabl x 1-2 /dygn vid behov Obs. Istället för Burana.
Dessutom använder patienten någon naturprodukt, vars namn hon inte kommer ihåg.	
Observera i medicinerigen	
Hydrex semi	Använder endast på morgonen
Burana	Använder inte. Använder istället Panadol 500 mg x 1-2/dygn vid behov.

Bild 14.4 Exempel 3. Svar på bedömning av läkemedelsbehandling Om det inte är möjligt att göra ändringar direkt i läkemedelslistan, till exempel om läkemedelslistan kopieras från informationssystemet, kan läkemedelsspecifika observationer dokumenteras under rubriken Läkemedelsbehandling efter Läkemedelslista.

14.6 Andra anteckningar om läkemedelsbehandling

14.6.1 Administreringsanteckning för läkemedel

Strukturerad administreringsanteckning för läkemedel införs enligt konceptet för informationshantering inom läkemedelsbehandling år 2027. Till dess antecknas administrering av läkemedel enligt patientdatasystemens egna lösningar och arkiveras i Patientdataarkivet enligt lagring för dagliga anteckningar.

Uppgifter om läkemedel som ges till patienter hos tjänstetillhandahållare inom social- och hälsovården dokumenteras i patientjournalen som administreringsanteckning för läkemedel. Administreringsanteckning för läkemedel grundar sig alltid på förskrivningsanteckning för läkemedlet. I vissa situationer, exempelvis återupplivningssituationer, kan patientdatasystemet ta fram en förskrivningsanteckning med samma dokumentation som en administreringsanteckning. Egenskapen behövs bland annat i separata system, såsom journalen över prehospital akutsjukvård. I administreringsanteckningar för läkemedel ska man i journalhandlingar anteckna åtminstone läkemedlets namn, läkemedelsform, dosering, administreringsväg, administreringstidpunkt samt namnet på den som administrerar läkemedel. För läkemedelsinfusioner kan man ange infusionshastighet, total tid och total volym. Motsvarande struktur kan också användas vid dokumentation av intravenös vätskebehandling.

Vid strukturerad dokumentation av läkemedelsadministrering bildas uppgifter förknippade med administreringen, såsom datum och den som administrerar läkemedlet samt länk till den förskrivning som administreringen av läkemedlet grundar sig på, vanligen automatiskt i systemet som en del av dokumentationen. Den som gör administreringsanteckningen behöver då bara ändra de uppgifter som förändras i samband med administreringen, exempelvis om dosen avviker från den föreskrivna. Om uppgifterna antecknas som text, ska man anteckna åtminstone uppgift om dosen enligt förskrivningen, när läkemedelsadministreringen grundar sig på ett gällande recept på läkemedel som patienten ska använda regelbundet. När administreringen av läkemedlet grundar sig på en enstaka läkemedelsförskrivning eller avviker från den regelbundna medicinering som förskrivits ska detaljerade uppgifter om läkemedelsadministreringen antecknas.

14.6.2 Dokumentation av läkemedelsbiverkningar

Biverkningar förknippade med läkemedlet antecknas som diagnosdokumentation enligt i journalen med hjälp av Klassifikation av sjukdomar ICD-10. När ändringar görs i användningen av ett läkemedel på grund av biverkningar, antecknas i receptet som Orsak till ändring av läkemedelsförskrivning Läkemedelsbiverkning och uppgiften preciseras vid behov som text i fältet Tilläggsinformation om ändring av läkemedelsförskrivning. Om en biverkning inte orsakar ändringar i medicineringen dokumenteras den inte i receptet. Om den diagnoskod som beskriver biverkningen ligger mellan S00 och T98 ([Klassifikation av sjukdomar ICD-10, 2011](#), kapitel 19, endast på finska), ska användaren också ange koden för den yttre orsaken. Dokumentationen av biverkningar i medicineringsmodulen förtar inte skyldigheten att göra en separat anmälan om biverkning. Dokumentationen av biverkningar av läkemedelsbehandling beskrivs närmare i handboken *Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja* ([Komulainen 2012](#)).

14.6.3. Dokumentation av risker förknippade med läkemedel

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

14.6.4 Anvisningar om läkemedelsbehandling

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

15 Förebyggande vård och vaccinationer

BRA ATT VETA

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

Råd och handledning om förebyggande hälsovård som ges kunden samt utförda hälsoundersökningar dokumenteras som fri text. Vaccinationsuppgifter dokumenteras i strukturerad form i samband med att vaccinet ges. De klassifikationer som ska användas vid dokumentation av vaccinationsuppgifter har sammanställts i tabell 15.1.

Tabell 15.1 Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av vaccinationsuppgifter.

Klassifikationer för dokumentation
Fimea - ATC-luokitus (ATC-klassifikation)
AR/YDIN - Rokotustapa (Klassificeringen av administreringsätt av vaccin)
AR/YDIN - Pistoskohta (Klassifikationen av injektionsställe)
THL - Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10)
THL - Rokotussuoja (Vaccinationsskydd)
THL - Rokotteet (Vacciner)
THL - Rokotevalmisteet (Vaccinpreparat)
THL - Tiedon lähde (Informationskälla)

15.1 Förebyggande hälsovård

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

företagshälsovården. Också förebyggande av sjukdom ingår i förebyggande hälsovård. ([SHM 2013](#))

Förebyggande av sjukdom kan indelas i tre nivåer ([Duodecim – Terveyskirjasto](#)):

- **Primärt förebyggande** (primärprevention) omfattar åtgärder för att motverka sjukdom innan den bryter ut (t.ex. eliminering av orsakerna till sjukdomen) eller åtgärder som syftar till att allmänt öka hälsan (t.ex. hälsofostran, hälsoundersökningar).
- **Sekundärt förebyggande** (sekundärprevention) omfattar åtgärder med vilka man försöker förhindra att en sjukdom som konstaterats (t.ex. med hjälp av screening) i ett tidigt, ofta symtomfritt, stadium utvecklas vidare.
- **Tertiärt förebyggande** (tertiärprevention) omfattar åtgärder med vilka man försöker förhindra att en sjukdom framskrider, att komplikationer uppstår eller att skador som sjukdomen orsakar förvärras (t.ex. åtgärder för att försöka förhindra en ny infarkt hos en patient med hjärtinfarkt).

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

15.2 Vaccinationsuppgifter

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

Den strukturerade informationen om en vaccination dokumenteras på ett nationellt enhetligt sätt. Vaccinets namn fås från Läkemedelsdatabasen. Om vaccinets namn inte finns i Läkemedelsdatabasen (vid dokumentation av tidigare vaccinationer), dokumenteras namnet i en form enligt ATC-klassifikationen eller som fri text, t.ex. enligt formen i klassifikationerna THL – Vacciner eller THL – Vaccinationsskydd. Om man dokumenterar uppgifter om ett undersökningsvaccin (prövningsvaccin) ska man välja att det gäller ett undersökningsvaccin. Det är inte obligatoriskt att dokumentera namnet på ett undersökningsvaccin, men man måste ange *koden för undersökningsvaccinet*.

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

Med hjälp av uppgiften *Vaccinationsskydd* anges vilka sjukdomar och infektioner som vaccinet är avsett att förebygga. Ett vaccin kan innehålla flera vaccinationsskydd, (t.ex. ett vaccinpreparat mot både difteri och stelkramp). Vaccinationsskyddet har byglats till

klassifikationerna *Vaccinpreparat* och *Vacciner*. Med hjälp av byglingen kan patientdatasystemet automatiskt ta fram uppgifter om vaccinationsskyddet för enskilda sjukdomar på basis av vaccinpreparatets namn. Exempelvis har en patient som fått vaccinet Boostrix fått vaccinationsskydd mot difteri, stelkramp och kikhosta. Den som gör anteckningen kan precisera vaccinationsskyddet med en fritt formulerad precisering, om uppgiften enligt klassifikationen inte ger tillräcklig information om vaccinationsskyddet.

Med hjälp av klassifikationen för vaccinationsskydd kan man skriva ut ett vaccinationskort till patienten där man ser vilka vaccinationer och booster doser som har getts mot olika sjukdomar (se bild 15.1).

VACCINATIONSKORT		AB Rh+	Nära anhörig: Anna Anhörig			Telefon: +358 44 5566 789
Peter Patient		120364-5678	Adress: Strandgatan 3			Telefon: +358 45 678 9012
Injektionsställe	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Tilläggsuppgift
TET Stelkramp	1.2.10	24.9.97	16.10.89	29.6.71	16.4.68	
INF Influensa	2.11.09					Patienten svimmade vid vaccinationen
HAV Hepatit A	25.11.03	31.1.03				
HBV Hepatit B	30.1.96	17.8.95	18.7.95			
IPV Polio	16.10.89					Inga uppgifter om tidigare
BCG Tuberkulos	13.11.85	1.2.64				
MEN Meningokocker	12.1.76					
DIF Difteri	29.6.71	16.4.68				
ANNAT Annat vaccin	12.1.70					Smittkoppsvaccin
PER Kikhosta	16.4.68					
Mer information						

Bild 15.1 Exempel på vaccinationskort ([Virkkunen m.fl. 2021](#)).

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

I en anteckning kan Patientdatasystemet automatiskt ta fram uppgift om vaccinationsdatum och om vaccinatören, när vaccinet ges av den som gör anteckningen. Den som gör anteckningen kan ge ytterligare information om vaccinationen som fri text. Uppgiften om serviceenheten i vaccinatörens organisation tas automatiskt fram på systemnivå. Om en patient vägrar ta en vaccination kan man dokumentera uppgiften som fri text i journalvyn under rubriken *Förebyggande vård (prevention)*. Total vägran att ta vaccin eller annan betydande avvikelse från vaccinationsrekommendationerna kan antecknas som riskuppgift genom att som typ av risk använda den nya klass som infördes 2020 R3 Avvikelse från vaccinationsrekommendationerna (se. [THL - Riskitiedon tyyppi](#), Typ av riskuppgift).

Dokumentation av tidigare vaccinationsuppgifter

Om det är fråga om att dokumentera en vaccination som en patient har fått tidigare, exempelvis på basis av patientens vaccinationskort eller en uppgift av patienten, och man inte vet vaccinets namn kan man dokumentera vaccinationen med namnet på klassen enligt klassifikationen *THL - Vaccin*, exempelvis Poliovaccin. I sådana fall är det inte nödvändigt att dokumentera ATC-koden och namnet enligt den. I en anteckning om tidigare vaccination behöver man inte heller dokumentera vare sig vaccinförpackningens identifikationskod eller satsnummer, vaccinationssättet, injektionsstället eller vaccinatören. Tidpunkten för vaccinationen kan också dokumenteras på basis av den givna informationen, exempelvis som ett årtal. Även om uppgifter om tidigare vaccinationer dokumenteras med mindre exakthet än uppgifter om vaccinationer som ska ges, är det bra att få med de förstnämnda i de riksomfattande

sammandragen av vaccinationsuppgifter, för att det ska finnas så heltäckande information som möjligt om en patients vaccinationsskydd på ett och samma ställe. Mer information: [Dokumentering av vaccinationer/THL](#)

Dokumentation av en omedelbar biverkning av ett vaccin

En biverkning av ett vaccin dokumenteras i patientdatasystemet med diagnoskoden för biverkningen. Vid behov kan diagnoskoden kompletteras med en ATC-klassifikation. Till dokumentationen av en biverkning ska man också foga datum då biverkningen konstaterades. Om en biverkning dokumenteras i efterhand ska man göra en ny vaccinationsanteckning genom att kopiera den gamla och lägga till uppgifterna om biverkningen. När vaccinationens identifikationskod är densamma förenas den nya anteckningen med den tidigare. När en biverkning av en vaccination har dokumenterats med koder enligt kapitel 19 i sjukdomsklassifikationen ([Klassifikation av sjukdomar ICD-10, 2011](#)), till exempel T88.1 *Annan komplikation som följd av vaccination som ej klassificeras annorstädes* ska man också dokumentera den yttre orsaken enligt koderna i kap. 21. I de flesta fallen är koden för den yttre orsaken till skadeverkan Y58 *Skadlig verknig av bakterievaccin* eller Y59 *Skadlig verknig av annan eller ospecificerad vaccin eller biologisk substans*.

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

15.3 Vaccinationsammandrag och vaccinationsregister

Vaccinationsuppgifter ska dokumenteras enligt ett nationellt enhetligt informationsinnehåll för vaccinationer *THL/Informationsinnehåll – Vaccinationsinformation*, varvid vaccinationsuppgifter kan returneras från Informationshanteringstjänsten till ett Vaccinationsammandrag ([Virkkunen m.fl. 2021](#)).

I informationsinnehållet för vaccinationer har man också beaktat dokumentationen av undersökningsvacciner eller tidigare vaccinationer, så att man kan få en heltäckande bild av en persons vaccinationsskydd. Informationsinnehållet för vaccinationer omfattar också de vaccinationsuppgifter som behövs i THL:s HILMO-uppgifter, i vaccinationsregistret och i anmälan om biverkning av vaccination. Mer information: [Dokumentering av vaccinationer/THL](#)

Informationshanteringstjänsten returnerar en Sammanställning av vaccinationer (VACCS) till patientdatasystemet, som skapar en åskådlig och filtrerad presentationsform av uppgifterna (se bild 15.2). Patientdatasystemet kan komplettera sammanställningen med strukturerad information som finns i det egna systemet men ännu inte lagrats i Patientdataarkivet. Vid behov kan man skriva ut en aktuell vaccinationslista av sammanställningen till kunden.

Vaccinationsuppgifter							Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014		X
+	Tot	Datum ▲	Injektionsställe		Vaccinets namn	Tilläggsuppgifter	▲		
...	5	1.2.10	TET	Stelkramp	Tetanus -d				
...		2.11.09	INF	Influensa	Influensa A H1N1	Patientens			
...	2	25.11.03	HAV	Hepatit A	Havrix				
...	3	30.1.96	HBV	Hepatit B	Engerix-B	Patienten svimmade vid vaccinationen			
...		16.10.89	IPV	Polio	Poliovaccin				
...	2	13.11.85	BCG	Tuberkulos	Tuberkulosvacciner				
...		12.1.76	MEN	Meningokocker	Meningokock A vaccin				
...	2	29.6.71	DIF	Difteri	DT				
...		12.1.70	ANNAT	Annat vaccin	Smittkoppsvaccin				
...		16.4.68	PER	Kikhosta	DiPeTe				
							▼		

Bild 15.2 Exempel på en sammanställning av vaccinationsuppgifter som skärmvisning, där man exempelvis kan visa bara den senaste dokumentationen för respektive vaccinations- skydd. ([Virkkunen m.fl. 2021](#))

16 Utlåtanden och intyg

BRA ATT VETA

Utlåtanden och intyg lagras i Patientdataarkivet huvudsakligen på standardiserade blanketter. Arkiveringen av blanketter och ibruktandet av dem fortskrider successivt. Som tilläggstjänst kan man utnyttja förfrågnings- och förmedlings servicen för intyg och utlåtanden.

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

16.1 Standardiserade blankettstrukturer

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

I Patientdataarkivet är det möjligt att lagra följande blanketter:

- Läkarintyg A (SV6) *
- Läkarutlåtande B för ansökan om förmåner (SV7) *
- Läkarintyg D för specialvårdspenning för barn (SV10) *
- Läkarutlåtande om behov av särskild moderskapsledighet (SV97) *
- Intyg över graviditet eller efterundersökning (SV75) *
- Tjänsteproducentens intyg för reseersättning RESE (SV 67) *
- Observationsremiss (MI)
- Observationsutlåtande (MII)
- Beslut om intagning för vård (MIII)
- Läkarintyg om körförmåga KÖR (F122) **
- Läkarutlåtande för parkeringstillstånd för person med funktionsnedsättning (F123)
- Ögonläkares eller optikers utlåtande om synförmågan på polisens uppmaning (F202)
- Födelseattest (FÖD)
- Läkarens utlåtande om hälsotillstånd (T)
- Allmänt läkarintyg (INTYG)
- Läkarintyg E
- Dödsattest för person 28 dygn gammal eller äldre avliden (DÖD)
- Dödsattest för avliden under 28 dygn eller dödfödd (DÖD28)

* blanketten förmedlas också till FPA

** förfrågan om slutsatsuppgifter möjlig från Traficom

Arkiveringsberedskapen för följande blanketter är ännu (2022) ofullständig:

- Utredning och ansökan om ersättning för sjuktransport (SV210)
- Läkarintyg C
- Läkarutlåtande som hör till ett medicinskt specialområde används (F127)
- Läkares anmälan till polisen om förändring i förarens hälsotillstånd (F203)
- Utvidgat läkarutlåtande om en äldre persons körhälsa (F201)
- Rehabiliteringsplan (RE207)
- Anmälan till FPA om dödfödd (DÖD28FPA)
- Anmälan till MDB om dödsfall av en 28 dygn gammal eller äldre avliden (DÖDANM)
- Anmälan till MDB om dödsfall av en dödfödd eller avliden vid under 28 dygns ålder (DÖDANM28)
- Begravningsstillstånd för en 28 dygn gammal eller äldre avliden (BEGTIL)
- Begravningsstillstånd för en dödfödd eller avliden vid under 28 dygns ålder (BEGTIL28)

Införande av intyg och blanketter i Patientdataarkivet beskrivs närmare i Kanta-kantatjänsternas [publiceringstidtabell](#). Se även [kunduppgiftslagen \(52§\)](#)

Som tilläggstjänst är det också möjligt att ta i bruk förfrågnings- och förmedlingsservicen för intyg och utlåtanden. Mer information i Kanta-tjänsternas anvisningar [Förmedling av intyg](#). Information om organisationer som använder Informationsförmedlings- och förfrågningsserVICEN och innehåll som de tar emot uppdateras i kodverket [Informationsförmedling – Mottagare av meddelande](#) i den nationella Kodtjänsten. Tillsvidare är FPA och Trafi med i servicen.

16.2 Fritt formulerade utlåtanden

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

16.3 Begäran om handräckning och andra specialsituationer

Utlåtanden som hänför sig till polisens begäran om handräckning eller övriga anmälningar och utlåtanden till andra myndigheter eller försäkringsbolag dokumenteras och sparas varken i patientjournalen eller i Patientdataarkivet, utan de avfattas (i systemet) på något annat sätt på en egen handlingsmall och tillställs den ifrågavarande myndigheten, som ansvarar för arkiveringen av dem. För mer anvisningar se [Anvisning om informationsutbytet mellan hälso- och sjukvården och polisen](#) (SHM 2020).

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

Undersökningar som utförs på begäran om handräckning är handlingar som enligt [offentlighetslagen \(621/1999, 5 §\)](#) tillhör den myndighet som begärt handräckning. Därför är de inte

patientuppgifter. I patientjournalen kan man exempelvis som uppgift om besöket dokumentera Z08.2 med texten "Kontroll på begäran av myndighet" och som journaltext antecknas enbart "Avfattat utlåtande till myndighet."

I [lagen om ordnande av utredningar av sexualbrott \(1008/2008, 4§\)](#) sägs emellertid att "*Enheten får dessutom efter undersökningen utan hinder av sekretessbestämmelserna tillstålla den verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården som ansvarar för barnets psykiska vård ett slutgiltigt utlåtande om barnets hälsotillstånd, om det är nödvändigt för ordnande av den vård som barnet behöver.*" Motsvarande tillvägagångssätt kan också tillämpas i fråga om annan än psykisk vård och på andra uppgifter i samband med begäran om handräckning. Om de uppgifter som observerats vid undersökningen är nödvändiga eller viktiga för vården av patienten, kan de i nödvändiga delar också sparas i patientjournalen.

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

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

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

17 Sammanfattande anteckningar och dagliga anteckningar

BRA ATT VETA

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

17.1 Sammanfattning av en servicehändelse

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

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

17.2 Slut- och mellanvärderingar

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

Läkaren ska dessutom med minst 3 månaders mellanrum under vården göra en **uppföljningsammanfattning** (Mellanvärdering) för patienter i avdelningsvård ([förordning om journalhandlingar \(94/2022\), 14§](#)), men den kan också göras av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I mellanvärderingen dokumenteras väsentlig information om patientens tillstånd samt om den utveckling som skett i patientens mående, vård och rehabilitering, viktiga undersökningsresultat och slutsatser samt en aktuell vård- eller rehabiliteringsplan.

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

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

En sammanfattning av vårdarbetet är avvikande såtillvida att den kan bildas direkt på vyn Vårdarbete (VÅRD+SAMF) eller genom att utnyttja vyn Vårdjournal (VÅRDJ), där man vanligen dokumenterar planer för vårdarbetet under en långvarigare servicehändelse samt dagliga anteckningar. Från vyn VÅRDJ kan man ännu inte arkivera några anteckningar direkt, men sammanfattande anteckningar om vårdarbetet som ska arkiveras kan sammanställas från vyn VÅRDJ i vyn VÅRD. Genom att använda rubrikerna *Slutvärdering* (epikris) eller *Mellanvärdering* i början av sammanfattningen sparas uppgiften automatiskt också i sammanfattningsvyn. Se även kapitel [5.4 Yrkesspecifika vyer](#).

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

Närmare instruktioner om hur olika yrkesgrupper, specialiteter eller tjänster dokumenterar sammanfattningar ges i separata publikationer, såsom dokumentationsanvisningar för enskilda serviceområden eller yrkesgrupper. Mer information: [Dokumentations-anvisningar för hälso- och sjukvården](#)

17.3 Dagliga anteckningar

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

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

Närmare anvisningar om användningen av rubriker ges i kap. [6 Faser i vårdprocessen samt rubriker](#).

18 Hälsa- och vårdplan

BRA ATT VETA

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

En hälso- och vårdplan är en patientspecifik handling som ska underhållas och i vilken man kan dokumentera uppgifter både som fri text och i strukturerad form med klassifikationer. Eftersom det är fråga om en handling som ska underhållas lagras hälso- och vårdplanen alltid i vyn HVP. De klassifikationer som ska användas i hälso- och vårdplanen har sammanställts i tabell 18.1.

THL har publicerat *Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset* ([Korhonen 2018](#)), (Funktionella krav på hälso- och vårdplaner) där det ges en närmare beskrivning av hur handlingen implementeras i informationssystemen. Hälso- och vårdplanen har också beaktats i publikationen *Tiedonhallintapalvelun määrittely* ([Virkkunen m.fl. 2021](#)) (Specifikation för Informationshanteringstjänsten). Där beskrivs [THL/Tietosisältö - Terveys- ja hoitosuunnitelma](#) (THL/Informationsinnehåll - Hälso- och vårdplan) som också har publicerats på den nationella Kodservern.

Tabell 18.1 Klassifikationer som ska användas vid dokumentation av hälso- och vårdplan.

Klassifikationer för dokumentation
THL – Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10) eller Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus (ICPC Primärvårdsklassifikationen)
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus (ICF – Funktionsförmåga)
Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus (Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder)
Kuntaliitto - Laboratoriotutkimusnimikkeistö (Nomenklatur för laboratorieundersökningar)
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset (Fysiologiska mätningar)
Kuntaliitto – Fysioterapianimikkeistö (Nomenklatur för fysioterapi) eller Kuntaliitto – Puheterapianimikkeistö (Nomenklatur för talterapi) eller Kuntaliitto – Ravitsemusterapianimikkeistö (Nomenklatur för näringsterapi)

18.1 Syftet med hälso- och vårdplanen

Hälso- och vårdplanen ([Komulainen m.fl. 2011](#); ([Virkkunen m.fl. 2021](#)) är avsedd för fastställande och beskrivning av vårdbehovet och målen för vården tillsammans med patienten och patientcentrerat. En hälso- och vårdplan utformas för alla patienter vars vård kräver koordinering och som har nytta av en plan. Sådana patienter är särskilt långtidssjuka och multisjuka patienter, som man vill aktivera och motivera att ta hand om sin hälsa. I hälso- och vårdplanen kan man utnyttja tidigare upprättade planer, t.ex. en rehabiliteringsplan.

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

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

18.2 Principer för hälso- och vårdplanen

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

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

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

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

18.3 Ifyllande av hälso- och vårdplanen

Den strukturerade informationen i en hälso- och vårdplan består av sju huvudkomponenter, nämligen 1) basuppgifter, 2) vårdbehovet, 3) målet för vården, 4) genomförandet av den planerade vården och metoderna, 5) planerat stöd, uppföljning och utvärdering, 6) den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården och 7) tilläggsuppgifter om hälso- och vårdplanen.

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

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

18.3.1 Vårdbehovet

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

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

18.3.2 Målet för vården

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

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

18.3.3 Genomförandet av den planerade vården och metoderna

Genomförandet av vården och metoderna dokumenteras patientorienterat som fri text. Tillsammans med patienten och vid behov de anhöriga/närstående söker man de egenvårdsmetoder som patienten själv kan tillämpa. Metoderna ska helst vara så enkla och konkreta som möjligt, exempelvis att delta i gruppaktivitet en gång i veckan. Tjänstens innehåll kan specificeras med exempelvis klassifikationerna *Nomenklatur för laboratorieundersökningar*,

Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder, Nomenklatur för fysioterapi, Nomenklatur för talterapi och/eller Nomenklatur för näringsterapi. Tjänstens innehåll och villkoret för den kan beskrivas som fri text. Villkoret för tjänsten kan dessutom preciseras med en kod, som dokumenteras med exempelvis klassifikationerna Nomenklatur för laboratorieundersökningar och/eller FinLOINC - Fysiologiska mätningar samt preciseras med ett villkorligt värde för undersökningsresultatet.

18.3.4 Planerat stöd, uppföljning och utvärdering

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

18.3.5 Tilläggsuppgifter om hälso- och vårdplanen

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

18.4 Exempel på en hälso- och vårdplan

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

Datum: 1.10.2012

Namn: Paulina Patient

Personbeteckning: 230462-4321

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

Koordinerande aktör: Hälsovårdscentralen

Koordinerande yrkesutbildad person: Vera Vårdgivare

Koordinerande serviceenhet: Hälsofrämjande tjänster

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

Läkaren Lasse Doktor har rekommenderat följande målvärden för mig:

- *Mål för vikten: under 85 kg.*
- *Mål för blodtrycksnivån: under eller lika med 130/85 mmHg.*
- *Mål för LDL-kolesterolnivån: under eller lika med 3.0 mmol/l.*
- *Annan faktor som specificerar målet: PEF, målnivå: över eller lika med 380*

För att nå målet har jag beslutat att: *delta i gruppaktivitet med syfte att sluta röka. Dessutom försöker jag minska antalet cigaretter med 1 per dag i en veckas tid. Veckan därpå minskar jag*

igen antalet cigaretter med 1 per dag. Vid behov börjar jag använda en nikotinavvänjningsprodukt. Jag skaffar en dosett som hjälper mig att få i mig de mediciner som ska tas genom munnen och samtidigt påminner mig om att ta de mediciner som ska inhaleras.

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

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

Den här planen har gjorts upp tillsammans med mig av följande person/personer:

Sjukskötare Vera Vårdare

Den yrkesutbildade personens identifikationskod: 12345678901

Ytterligare information:

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

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

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

Kontroll hos sjukskötare med föregående uppföljning av responsen på pef-behandlingen 3–4 mån, till läkare 6–8 mån (spirometri, uppföljning av responsen på pef-behandlingen, blodtrycksmätningar i hemmet). Vid behov preparatet NN mot abstinenssymtom vid nikotinavvänjningen.

Diagnoser:

J45.1 Icke allergisk astma

J44.8 Kronisk obstruktiv lungsjukdom

I10 Essentiell (primär) hypertoni

E03.9 Hypotyreos, ospecificerad

Z72.0 Tobaksbruk

19 Viljeyttringar

BRA ATT VETA

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

19.1 Livstestamente

Med ett livstestamente uttrycker medborgaren sina önskemål om den framtida vården för den händelse att hen inte själv kan besluta om sin egen vård på grund av medvetlöshet, ålderdomssvaghet eller någon annan motsvarande orsak. Livstestamentet är ett dokument som underhålls i Viljeyttringstjänsten (tidigare Informationshanteringstjänsten) ([Virkkunen m.fl. 2021](#)), vilket betyder att alla som deltar i vården av en patient är skyldiga att underhålla det. En person kan också själv underhålla sitt livstestamente via Mina Kanta-sidor, men i den här handboken beskriver vi dokumentationen av ett livstestamente enbart med avseende på dokumentationer som görs av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Ändring av ett livstestamente förutsätter inte en vårdrelation. För att kunna läsa ett giltigt livstestamente måste man emellertid ha en vårdrelation till patienten.

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

Dessutom ska uppgift om att patienten har ett giltigt livstestamente synas bland riskuppgifterna, även om det egentliga livstestamentet inte dokumenteras som riskuppgift. I sammanställning av riskuppgifter i Informationshanteringstjänsten dokumenteras riskuppgiften automatiskt i samband med returneringen av sammanställningen av riskuppgifter, om viljeyttringen har lagrats i Patientdataarkivet. När ett livstestamente på patientens begäran dokumenteras inom hälso- och sjukvården, borde man i patientjournalen också anteckna att patienten har fått en tillräcklig utredning av de konsekvenser som kan följa av att av patientens vilja iakttas.

19.2 Donationsvilja

[Lagen om användning av mänskliga organ, vävnader och celler för medicinska ändamål \(101/2001\)](#) ändrades den 1 augusti 2010. Den nya lagen betonar en människas egen vilja att donera organ för vården av en annan människa. Genom lagändringen ändrades principen i bestämmelsen om samtycke till tagande av organ och vävnader från en avlidna givare. Nu kan man ta organ om det inte finns uppgifter om eller skäl att anta att den avlidna under sin livstid skulle ha motsatt sig ett sådant ingrepp.

Donationsvilja är ett dokument som underhålls i Viljeyttringstjänsten (tidigare Informationshanteringstjänsten) ([Virkkunen m.fl. 2021](#)), vilket betyder att alla som deltar i vården av en patient är skyldiga att underhålla det. En person kan också själv underhålla sin donationsvilja via Mina Kanta-sidor, men i den här handboken beskriver vi dokumentationen av en donationsvilja enbart med avseende på dokumentationer som görs av en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. Det behövs ingen vårdrelation till patienten för att göra ändringar i en donationsvilja, men däremot för att kunna läsa uppgiften om en donationsvilja.

I donationsviljehandlingen dokumenteras patientens namn och personbeteckning. Patientens vilja (*Ja, jag donerar mina organ och vävnader. /Nej, jag donerar inte vare sig mina organ eller vävnader.*) dokumenteras som en ja/nej-uppgift. En eventuell kompletterande anmärkning kan dokumenteras som fri text. I donationsviljan dokumenteras också ort och datum samt uppgifter om serviceenheten enligt SOTE-organisationsregistret, när donationsviljan dokumenteras inom hälso- och sjukvården. Viljeyttringen skrivs ut till patienten och lagras i det egna patientdatasystemet och samtidigt i Viljeyttringstjänsten.

Källor

- Bentsen 1986. Bentsen, B 1986. International Classification of Primary Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 4:1, 43-50. <https://doi.org/10.3109/02813438609013970> [6.4.2022]
- Britt m.fl. 2016. Britt H, Miller GC, Bayram C, Henderson J, Valenti L, Harrison C, Pan Y, Charles J, Pollack AJ, Chambers T, Gordon J, Wong C. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. General practice series no. 41. Sydney: Sydney University Press, 2016, Australia. <http://purl.library.usyd.edu.au/sup/9781743325155> [6.4.2022]
- Duodecim -Terveyskirjasto <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03006> [6.4.2022]
- JHS-rekommendationer (föråldrade). <https://www.suomidigi.fi/sv/ohjeet-ja-tuki/jhs-rekommendationer> [6.4.2022]
- Kanta 2021. Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne. (CDA R2-struktur i anteckningar om medicinering) <https://www.kanta.fi/sv/jarjestelmakemittajat/laakityksen-merkintojen-cda-r2-rakenne> [6.4.2022]
- Kanta-publiceringsplan. Publiceringstidtabell för utveckling av Kanta-tjänsterna. <https://www.kanta.fi/sv/systemutvecklare/publiceringstidtabell> [6.4.2022]
- Komulainen, Jorma (red.) 2012. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Institutet för hälsa och välfärd. <https://www.julkari.fi/handle/10024/70398> [6.4.2022]
- Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011, Institutet för hälsa och välfärd. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80180> [6.4.2022]
- Korhonen, Matti 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Versio 1.2. Institutet för hälsa och välfärd. https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576 [6.4.2022]
- Kvist, Mårten ja Savolainen, Tuija (red.). 2010. ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kommunförbundet. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2010/1344-icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus> [6.4.2022]
- Specifikationer för systemutvecklare. <https://www.kanta.fi/sv/systemutvecklare/specifikationer> [6.4.2022].
- Droglänken. <https://paihdelinkki.fi/sv/tester-och-matarn/droger>. På finska <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet> [6.4. 2022].
- Soler m.fl. 2012. Soler Jean K, Okkes I, Oskam S, van Boven K, Zivotic P, Jevtic M, Dobbs F, Lamberts H. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. Family Practice 29/2012; 283–298, <https://doi.org/10.1093/fampra/cm098> [6.4.2022]
- Ordlistor för social- och hälsovården <https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-ser-ver/?lang=sv> [6.4.2022]
- Social- och hälsovårdsreformen. <https://soteuudistus.fi/sv/framsida> [6.4.2022]
- SHM 2012. Upprättande och hantering av journalhandlingar Handbok för hälso- och sjukvården. SHM:s publikationer 2014:20.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70337/URN_ISBN_978-952-00-3544-0.pdf [26.4.2022] På finska (2012, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72897>)

STM 2013. Terveysthuolto Suomessa. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69928> [6.4.2022]

Klassifikation av sjukdomar ICD-10 2011. Klassifikation av sjukdomar ICD-10, 3 uppl. Klassifikationer, terminologier och statistikanvisningar 5/2011. Institutet för hälsa och välfärd. <https://www.julkari.fi/handle/10024/80324> [6.4.2022]

THL – Alkohol, tobak och beroenden. <https://thl.fi/sv/web/alkohol-tobak-och-beroenden> [6.4.2022]

THL - Elintavat.(Levnadsvanor) <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat> [6.4.2022]

THL - Dokumentering av vaccinationer. <https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/information-om-vaccinationer/vaccinationsprocessen/dokumentering-av-vaccinationer> [6.4.2022]

THL - Huumeet ja puheeksiotto.(Berusningsmedel och föra på tal) <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/ehkaisevan-paihdeyton-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto/huumeet> [6.4.2022]

THL – Folksjukdomar. <https://thl.fi/sv/web/folksjukdomar> [6.4.2022]

THL – Barn, unga och familjer <https://thl.fi/sv/web/barn-unga-och-familjer> [6.4.2022]

THL – Motion <https://thl.fi/sv/web/kost-och-levnadsvanor/motion> [6.4.2022]

UKK-instituutti -Liikkumisresepti.(Motionsrecept) <https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/liikuntaneuvonta/liikkumisresepti/> [6.4.2022]

Virkkunen, Heikki; Jalonen, Marko; Eklund, Marjut; Salmijärvi, Sole 2021. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely 2021, versio 1.1. (Principer för Informationshanteringstjänsten och funktionell specifikation). Endast på finska. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULTIPE> . JULKARI, permanent address <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021050528897> [6.4.2022]

Bilaga 1: Viktiga begrepp

Viktiga begrepp beskrivs i THL:s publikation [Ordlistor för social- och hälsovården](#).

Bilaga 2 Journalexempel

BARN

Mats Modell

SAMF

110397-1111

Utvärdering av vård

Slutvärdering (epikris)

KYS, Barnsjukdomar, 2405

1.12.2006 – 3.12.2006

Ankomstorsak Typ 1 diabetes, pumpbehandling inleds

Anamnes

En pojke som haft diabetes i fyra år och vars sockerbalans har växlat med injektionsbehandling. Beslut om avdelningsvård för inledande av pumpbehandling. Under de senaste månaderna lindrig trötthet i samband med växlingar i sockernivån. Dessutom lindrig smärta i högra knäveck under en vecka.

Status

Vid undersökning konstaterades en pojke i god kondition. En klinisk undersökning visade en lindrig palpationsömhet i höger knäveck och ett palpationsfynd som passar in på Bakercysta. Smärtan tolkades som en följd av cystan. I övrigt inget avvikande i status.

Vårdaktiviteter Mats och hans föräldrar undervisades i principerna för insulinpumpbehandling. Mats och föräldrarna lärde sig pumpbehandlingen bra.

Man övergick till pumpbehandling. Insulindosen minskades med 10 %.

Diagnos E10.9 Typ 1 diabetes (huvuddiagnos, sannolik eller säker, varaktig)

M71.2 Bakercysta (bidiagnos, misstanke, tidsbegränsad)

E03.8 Hypotyreos (bidiagnos, sannolik eller säker, av permanent karaktär)

Undersökningar B-GHb-A1c 8,3 % (1.12.2006)

S-TSH 2,7 mmol/l (1.1.2006)

Plan Vid utskrivning Novorapid basdos 9 enh, bolus 3+3+3+2 enh. Avtalad telefontid om 2 veckor och besök på HVC om 2 mån.

Beträffande Bakercystan inget behov av åtgärder tills vidare, inte heller behov av smärtlindring.

4.12.2006

Lisa Läkare SV-12345

specialistläkare, barnendokrinolog