

# Handbok om dokumentation

## Vårdjournaler

Tiina Hassinen

Ulla-Mari Kinnunen

Mikko Härkönen

1.1

6/2023



Institutet för  
hälsa och välfärd

# Versionshantering

Version och publiceringsdatum	Ändringar
1.1	Kapitel 3.7.1 innehållet uppdaterat enligt ny klassifikation av vårdresultat
1.0 8/2022	Första publicerade versionen

# Innehåll

<b>VERSIONSHANTERING</b> .....	<b>2</b>
<b>TILL LÄSAREN</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2 ANVÄNDNING AV STRUKTURERADE VÅRDJOURNALUPPGIFTER</b> .....	<b>6</b>
2.1 DEFINITION AV INFORMATION .....	6
2.2 DATAINSAMLING .....	7
2.3 REGIONALA OCH NATIONELLA DATALAGER .....	7
2.4 PRIMÄR ANVÄNDNING.....	7
2.5 SEKUNDÄR ANVÄNDNING .....	8
<b>3 VÅRDJOURNALENS ENHETLIGA DATASTRUKTURER</b> .....	<b>9</b>
3.1 VÅRDJOURNALENS DATASTRUKTURER .....	9
3.2 DATAMODELLEN FÖR DAGLIG DOKUMENTATION AV VÅRDARBETET .....	11
3.3 VÅRDJOURNALVYN .....	12
3.4 ANKOMSTSITUATION .....	12
3.5 PLANERING AV VÅRDEN.....	12
3.5.1 Vårdbehov.....	13
3.5.2 Vårdmål .....	13
3.5.3 Planerade vårdaktiviteter.....	13
3.6 GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN .....	14
3.6.1 Vårdaktiviteter .....	14
3.7 UTVÄRDERING AV VÅRDEN.....	15
3.7.1 Vårdresultat.....	15
3.7.2 Vårdklass .....	16
3.8 TILLÄGGSRUBRIKER.....	16
<b>4 VÅRDTABELLEN</b> .....	<b>17</b>
<b>5 ANDRA ANVISNINGAR OCH HANDBÖCKER RELATERADE TILL ÄMNET</b> .....	<b>18</b>
5.1 MANUAL FINCC 4.0 FÖR KLASSIFICERINGSHELHETEN FINCC.....	18
5.2 NOMENKLATURER FÖR SPECIALARBETARE INOM REHABILITERING OCH VÅRD .....	18
5.3 FINCC.FI .....	18
<b>6 VIDAREUTVECKLING AV VÅRDJOURNALEN</b> .....	<b>19</b>
6.1 AUTOMATISERING .....	19
6.2 MÄTNING OCH VERIFIERING AV VÅRDENS EFFEKTIVITET.....	19
6.3 SÖKNING, SORTERING OCH PRIORITERING AV INFORMATION.....	19
<b>KÄLLFÖRTECKNING</b> .....	<b>21</b>
<b>ORDLISTA</b> .....	<b>23</b>

# Till läsaren

**Handboken om dokumentation av vårdjournaler** ingår i THL:s serie om handböcker om dokumentation. Syftet med handboken är att ge anvisningar till yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården gällande en nationellt enhetlig praxis för strukturerad dokumentation av patientuppgifter, vilket förbättrar sam användbarheten mellan olika organisationer och yrkesutbildade personer och gör det möjligt att utnyttja uppgifterna även för sekundär användning.

[Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#) är avsedd för alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som använder Patientdataarkivet. Den allmänna handboken innehåller anvisningar om hur man dokumenterar grundläggande uppgifter om patientens vård för arkivbruk. I serien med handböcker om dokumentation publiceras dessutom flera dokumentationshandböcker för olika specialiteter, serviceområden och yrkesområden som innehåller närmare dokumentationsanvisningar för områdenas särskilda behov.

**Handboken om dokumentation av vårdjournaler** är avsedd för alla som arbetar inom hälso- och sjukvården och som dokumenterar klient- och patientuppgifter. I definitionen av strukturerad information har man beaktat vårdjournalens särskilda uppgift i den sektorsövergripande utvärderingen och dokumentationen av patientens vård. Anvisningen innehåller väsentlig information om vårdjournalen som ska dokumenteras. Dessutom tar den upp dokumentation i vårdtabellen och idéer om hur vårdjournalen kan vidareutvecklas, som gör det enklare att utnyttja strukturerade vårdjournaluppgifter sektorsövergripande i den dagliga patientvården. En noggrann rubrikhierarki för vårdjournalen, uppgifternas struktur och information om huruvida uppgifterna är obligatoriska finns i de serviceområdesspecifika definitionerna av datainnehållet som publicerats i FPA:s Kodtjänst.

Anvisningen har utarbetats av Tiina Hassinen och Ulla-Mari Kinnunen vid Östra Finlands universitet och Mikko Härkönen vid THL. Vi tackar Taina Kauvo och Heikki Virkkunen vid THL för att de har gjort det möjligt att utarbeta anvisningen och gett värdefulla kommentarer samt Jarkko Irmeli Luukkonen vid THL för praktisk konkret hjälp. Ett stort tack också till arbetsgruppen FinCC:s medlemmar Pia Liljamo, Anne Kuusisto och Timo Ukkola för värdefulla utlåtanden samt till Kaarina Tantt.

# 1 Inledning

En yrkesutbildad person inom social- och hälsovården dokumenterar strukturerad information om patientens vård i vårdjournalen i regel med hjälp av nationellt fastställda klassifikationer, kodverk eller nomenklaturer. Denna strukturerade information kan användas som sådan i enskilda datafält på rubriknivå eller så kan den preciseras med fritt formulerad text. Rehabiliterings- och specialarbetare samt avdelningsfarmaceuter dokumenterar patientens service i huvudsak i en yrkesspecifik vy eller inom vissa specialiteter i tjänstespecifika vyer.

Arbetet med att definiera vårdjournalens information om vårdarbetet koordinerades 2013–2016 av vårdarbetsgruppen, som var en undergrupp till den av THL tillsatta expertgruppen för nationellt enhetliga strukturerade journaluppgifter. I Finland används klassificeringshelheten FinCC för strukturerad dokumentation av vårdarbetet. FinCC utgörs av Finländsk klassifikation av vårdbehov (SHTaL), Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbetet (SHToL) och Finländsk klassifikation av vårdresultat (SHTuL). Användningen av dessa klassifikationer tillsammans med uppgifter från olika indikatorer samt fritt formulerad text främjar en innehållsmässigt kvalitativ dokumentation av patientens vård.

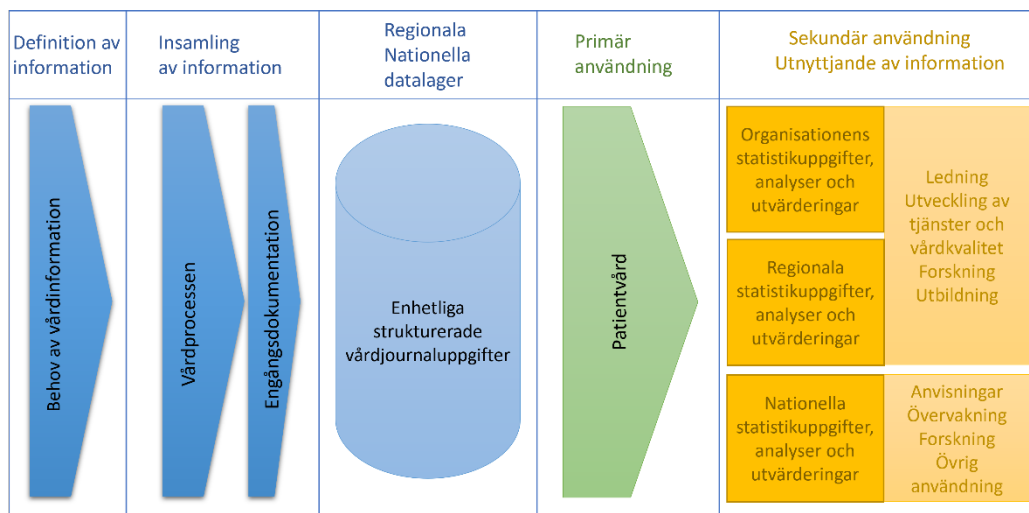
Patienter i olika åldrar får vårdrelaterade tjänster i olika verksamhetsmiljöer inom hälso- och sjukvården. Tack vare datastrukturmodellerna som olika yrkesgrupper inom social- och hälsovården använder för strukturerad dokumentation kan man dokumentera och lagra uppgifter på ett strukturerat sätt samt använda uppgifterna primärt eller sekundärt oberoende av på vilken fysisk plats en yrkesutbildad person inom socialvården och hälso- och sjukvården träffar patienter och anhöriga.

## 2 Användning av strukturerade vårdjournaluppgifter

I detta kapitel beskriver vi hur strukturerade vårdjournaluppgifter kan användas för att definiera och samla in information i olika faser, hur engångsdokumentation underlättar användningen av strukturerad information och hur informationen kan användas primärt och sekundärt.

- [2.1 Definition av information](#)
- [2.2 Datainsamling](#)
- [2.3 Regionala och nationella datalager](#)
- [2.4 Primär användning](#)
- [2.5 Sekundär användning](#)

Nationellt enhetliga verksamhetsmodeller och dokumentationen är faktorer som påverkar informationens kvalitet och de är mycket viktiga förutsättningar för att arbetet ska lyckas. Både offentliga och privata serviceproducenter måste fästa särskild uppmärksamhet på praxis, anvisningar och utbildning när det gäller dokumentationen. Strukturerad information samt nationellt enhetliga, standardiserade klassifikationer och kodverk utgör grunden för kvaliteten. Allt detta förutsätter att de klient- och patientdatasystem som personalen använder har hög användbarhet och att dokumentationen innebär direkta fördelar även i det egna arbetet. Faserna som möjliggör användning av strukturerade vårdjournaluppgifter beskrivs i figur 2.1. Att varje fas sker i rätt tid och genomförs på ett kvalitativt sätt är en förutsättning för att strukturerade enhetliga vårdjournaluppgifter ska kunna utnyttjas för olika ändamål på ett nationellt fastställt och enhetligt sätt.



Figur 2.1 Modell för användning av strukturerade vårdjournaluppgifter

### 2.1 Definition av information

Strukturerade vårdjournaluppgifter kan användas enligt uppgifternas användningsändamål. Därför är det oerhört viktigt redan i definitionsfasen för strukturerade vårdjournaluppgifter att identifiera och dokumentera patientens **centrala vårdbehov** under besöket för den aktuella servicehändelsen eller under vård dagen.

## 2.2 Datainsamling

I fasen för insamling av centrala strukturerade vårdjournaluppgifter (figur 2.1) är det viktigt att alla uppgifter som ska dokumenteras riktas till en fas i **vårdprocessen** i enlighet med de nationella definitionerna och utifrån principen om engångsdokumentation. Principen om engångsdokumentation av patientjournalen innebär att de nationella centrala strukturerade datainnehållen endast används en gång när uppgifterna dokumenteras. Detta medför att strukturerad information som en gång dokumenterats kan länkas till olika vyer i patientjournalen, till exempel kan uppgifter som antecknats i vårdtabellen länkas till vårdjournalen.

Olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utnyttjar strukturerad information på olika sätt i patientens/klientens vård. Ett strukturerat journalsystem gör det möjligt att tillämpa principen om **engångsdokumentation**. Enligt principen om engångsdokumentation kan man välja flera vyer för samma anteckning. Anteckningen syns då bland uppgifterna i samtliga valda vyer, till exempel i vårdjournalen och på specialitetsfliken i sammanfattningen av vårdarbetet. Strukturerad information som en gång dokumenterats så här visas för olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i realtid i de vyer i patientjournalen som bäst betjänar dem. Strukturerad information som dokumenterats i vårdjournalen kan länkas till olika vyer, exempelvis till vårdtabellen, men det går inte att överföra uppgifter från vyerna till vårdjournalen.

Information som dokumenterats med engångsdokumentation finns tillgänglig för multidisciplinär användning i första hand inom patientens vård, men också för sekundär användning inom forskning och ledning, till exempel för resurshantering och utveckling av kliniska vårdprocesser och kvalitetsindikatorer. Engångsdokumentation ökar patientsäkerheten i vården och dokumentationens kvalitet och sparar arbetstid för den som dokumenterar eller andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som behöver uppgifterna eftersom man inte behöver leta efter samma uppgifter på annat håll, anteckna dem på nytt ur minnet eller överföra uppgifterna genom att kopiera dem till ett annat datafält.

## 2.3 Regionala och nationella datalager

Enhetligt dokumenterade uppgifter om vårdarbetet ger upphov till lokala, organisationsspecifika datalager, men också regionala och nationella datalager. När information som en gång dokumenterats i klient- och patientdatasystemen är tillräckligt omfattande, kvalitativ och enhetlig och om möjligt i strukturerad form, kan den användas för många olika primära och sekundära användningsändamål.

## 2.4 Primär användning

Lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019) fastställer att det primära användningsändamålet för personuppgifter är det användningsändamål för vilket personuppgifterna ursprungligen har registrerats. I praktiken innebär detta att de dagliga klient- och patientuppgifterna som ska antecknas i klient- och/eller patientregistret används till exempel i patientens vård, undersökningar eller rehabilitering eller inom socialvården till exempel för att planera klientens service eller behandla ärenden (SHM 2019). Strukturerad information som registrerats för primär användning kan också användas i välfärdsområdenas informationsledning och i planeringen av ordnandet av tjänster (SHM 2020).

Strukturerade journaluppgifter används i det dagliga patientarbetet, vilket är uppgifternas primära användningsändamål (figur 2.1). Strukturerade vårdjournaluppgifter följer **patientens vårdprocess**, vilket medför att användningen av enhetliga och jämförbara datastrukturer i jämförelse med fritt formulerad text underlättar dokumentationen och möjliggör

snabb och exakt informationshämtning och informationssökning samt vidareutnyttjande. Därför förbättrar enhetliga strukturerade vårdjournaluppgifter patientuppgifternas kvalitet. Den största fördelen med strukturerade vårdjournaluppgifter kommer dock från de uppgifter som en gång dokumenterats, eftersom de kan länkas och användas på nytt för olika experters behov och även patientens egna behov i form av sammanfattningar. Till exempel sammanfattas vårdarbetet i VÅRD-vyn utifrån de centrala anteckningar som gjorts i vårdjournalen under patientens vårdperiod. Vid dokumentationen används strukturerad information som är central i vårdarbetet och patientjournalen (Vårdbehov, Vårdaktiviteter, Vårdresultat, Vårdklass, Läkemedelsbehandling och Annan anteckning) och uppgifter från rubriknivån Plan, som kompletteras med klassifikationerna i klassificeringshelheten FinCC och fritt formulerad text. Engångsdokumentation minskar behovet av att manuellt kopiera uppgifter mellan informationssystem, handlingar och vyer och främjar därmed även patientsäkerheten.

## 2.5 Sekundär användning

Uppgifterna i vårdjournalen kan som tidigare nämnts användas i patientens vård, undersökningar eller rehabilitering, men även för sekundär användning. Med sekundär användning av vårdjournaluppgifter avses anonymiserat nyttjande av uppgifter som uppstått inom hälso- och sjukvården för andra användningsändamål än det primära användningsändamålet vilka lagstiftningen möjliggör vid olika verksamhetsställen eller hälso- och sjukvårdsorganisationer oavsett vem som har producerat informationen. För närvarande kan vårdjournaluppgifter granskas på organisationsnivå för statistik, analyser och utvärderingar, men i framtiden även på regional och nationell nivå när rapporteringen kan automatiseras (figur 2.1). Vårdjournaluppgifternas användningsändamål är uppföljning av vårdens tillgänglighet och kvalitet, utvärdering av verksamhetens effektivitet, automatiserad bedömning av personalresursfördelning baserad på informationen om vårdklass, kollegial bedömning, vetenskaplig forskning och analyser, statistikföring, utvecklings- och innovationsverksamhet, myndighetsstyrning och myndighetstillsyn, myndigheternas planerings- och utredningsuppgifter samt undervisning och informationsledning. Omfattande användning av vårdjournaluppgifter bygger på möjligheten att kombinera uppgifter som uppstått i hälso- och sjukvårdens verksamheter i en informationssäker driftsmiljö.



# 3 Vårdjournalens enhetliga datastrukturer

I det här kapitlet beskriver vi de riktlinjer som ska följas vid strukturerad dokumentation av vårdjournaler och vilka uppgifter som ska dokumenteras som strukturerad information. I de exempel på dokumentation av vårdarbetet som presenteras i kapitlet har vi använt FinCC version 4.0.

- [3.1 Vårdjournalens datastrukturer](#)
- [3.2 Datamodellen för daglig dokumentation av vårdarbetet](#)
- [3.3 Vårdjournalvyn](#)
- [3.4 Ankomstsituation](#)
- [3.5 Planering av vården](#)
  - [3.5.1 Vårdbehov](#)
  - [3.5.2 Vårdmål](#)
  - [3.5.3 Planerade vårdaktiviteter](#)
- [3.6 Genomförande av vården](#)
  - [3.6.1 Vårdaktiviteter](#)
- [3.7 Utvärdering av vården](#)
  - [3.7.1 Vårdresultat](#)
  - [3.7.2 Vårdklass](#)
- [3.8 Tilläggsrubriker](#)

## 3.1 Vårdjournalens datastrukturer

Vårdjournalens datastrukturer (figur 3.1) utgörs av vårdprocessens faser, som är ankomstsituation, planering av vården, genomförande av vården och utvärdering av vården. En patient-specifik sektorsövergripande vårdjournal består av dagliga anteckningar om patientens vård som har dokumenterats med klassifikationer, nomenklaturer, kodverk, indikatorer och indextal i enlighet med faserna för beslutsfattandet i vården.

Vårdjournal (VÅRDJ)	FASER I VÅRDPROCESSEN					
	ANKOMST-SITUATION	PLANERING AV VÅRDEN			GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN	UTVÄRDERING AV VÅRDEN
Faserna för beslutsfattandet i vården	Ankomstorsak Anamnes Observationer och undersökningar	Vårdbehov  <i>Vårdbehov som är väsentliga med tanke på vården och indextal för mätresultat</i>	Vårdmål  <i>Vårdmål</i>	Planerade vårdaktiviteter  <i>Centrala planerade vårdaktiviteter som används för att nå vårdmål</i>	Vårdaktiviteter Åtgärder Rehabilitering Läkemedelsbehandling Förebyggande vård Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar  <i>Viktiga vårdaktiviteter, test- och utvärderingsresultat och indextal</i>	Utvärdering av vården Vårdresultat  <i>Patientens mående eller förmåga att klara sig utvärderas i förhållande till vårdbehov, vårdmål, planerade vårdaktiviteter och/eller genomförd vård.</i>
Klassifikationer Kodverk Nomenklaturer Indextal	ICPC-2 ICD-10	SHTaL, AR/YDIN – Varmuusteste FinLOINC, Indextal, Nomenklaturer för specialarbetare inom rehabilitering och vård, Sosiaali- ja terveystalveluiden luokitus	SHTaL	SHToL	SHToL, FinLOINC, Indextal, Nomenklaturer för specialarbetare inom rehabilitering och vård, Sosiaali- ja terveystalveluiden luokitus	SHToL och SHTuL, FinLOINC, Indextal, Nomenklaturer för specialarbetare inom rehabilitering och vård, Sosiaali- ja terveystalveluiden luokitus

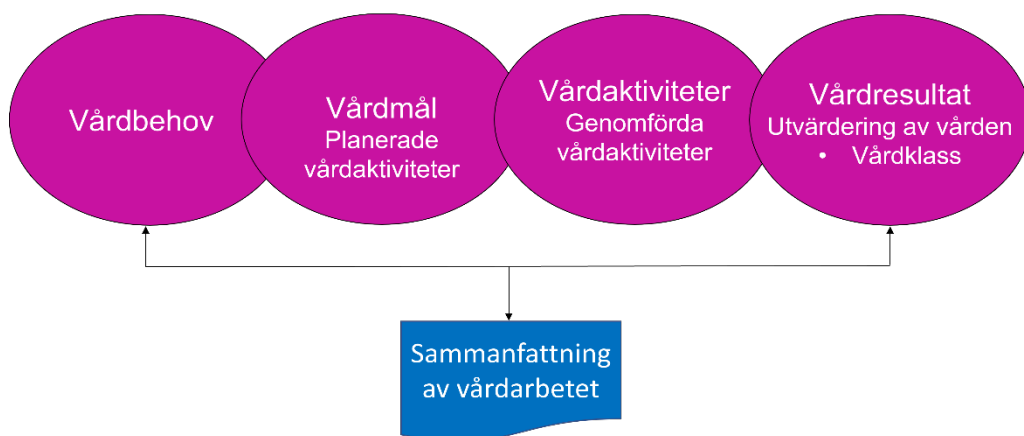
**Figur 3.1 Vårdjournalens datastrukturer**

En yrkesutbildad person inom social- och hälsovården ska dokumentera strukturerad information om patientens vård i vårdjournalen i regel med hjälp av nationellt fastställda klassifikationer, kodverk eller nomenklaturer. Denna strukturerade information kan användas som sådan i enskilda datafält eller så kan den preciseras med fritt formulerad text. Rehabiliterings- och specialarbetare samt avdelningsfarmaceuter dokumenterar patientens service i huvudsak i en yrkesspecifik vy eller inom vissa specialiteter i tjänstespecifika vyer. I vårdjournalen kan de dokumentera vårdanvisningar om rehabilitering och informativa meddelanden eller andra korta anteckningar enligt patientens vårdprocess. I utvecklingen av vårdjournalen har man i de specialitets- och yrkesspecifika definitionerna av datainnehållet beaktat särdragen för området i fråga (figur 3.1).

För dagliga anteckningar om vårdarbetet används vårdjournalvyn (VÅRDJ). Dagliga anteckningar om vårdarbetet dokumenteras stegvis enligt vårdprocessen med komponenterna och klasserna i den finländska klassificeringshelheten (Finnish Care Classification, FinCC) och vid behov med fritt formulerad text. Vårdjournalen kan också innehålla tilläggsrubriker. Användningen av tilläggsrubriker beskrivs närmare i kapitel 3.8 Tilläggsrubriker.

Den centrala strukturerade informationen om vårdarbetet som definierats nationellt omfattar vårdbehov, vårdaktiviteter, vårdresultat, vårdklass och sammanfattning av vården (figur 3.2). THL:s [Manual FinCC 4.0 för klassificeringshelheten FinCC](#) innehåller närmare anvisningar om hur man dokumenterar dagliga anteckningar om vårdarbetet i enlighet med den centrala strukturerade informationen om vården. En ny uppdaterad version av manualen publicerades i december 2019 och den kan även laddas ner i pdf-format.

## Dokumentation enligt processmodellen för vårdarbetet



**Figur 3.2 Nationellt definierad central strukturerad vårdinformation enligt processmodellen för vårdarbetet**

### 3.2 Datamodellen för daglig dokumentation av vårdarbetet

THL har publicerat en datamodell för vårdjournaler, [THL/Tietosisältö – Hoitokertomus](#) (THL/Informationsinnehåll – Vårdjournalen), på kodservern och den har legat till grund för den strukturerade dokumentationen och användningen av olika klassifikationer i vårdarbetet. Datamodellen baseras på WHO:s vårdbeslutsprocess och den har kompletterats av THL:s expertgrupp för strukturerad dokumentation under 2014–2016. THL/Tietosisältö – Hoitokertomus fastställer nationellt enhetlig strukturerad information om dagliga vårdanteckningar som uppstår i vårdssituationer och som ska sparas i hälso- och sjukvårdens informationssystem. Vårdjournalen utarbetas av vårdpersonalen och är en del av patientjournalen. Vårdjournalen innehåller uppgifter om planering, genomförande, uppföljning och utvärdering av patientens vård. Patientuppgifter som uppstår i vårdarbetet och som följer vårdjournalens struktur för datainnehålls vidarebefordras till olika yrkesgrupper och organisationer. Vårdjournalens struktur för datainnehåll baseras på beslutsmodellen för vårdarbetet. Datamodellen innehåller vissa obligatoriska uppgifter som alltid måste fyllas i när man dokumenterar information om patienten. Datamodellen utnyttjar också andra kodverk som publicerats på kodservern, till exempel klassifikationerna för vårdarbetet samt THL -Tautiluokitus ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar ICD-10), Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitus (ICPC Primärvårdsklassifikationen) eller THL – Toimenpideluokitus (Åtgärdsklassifikation). Målet är att möjliggöra dokumentation av uppgifter så smidigt som möjligt och att för enhetliga dokumentationen på olika håll i Finland. Uppgifter som har dokumenterats via datamodellen kan i fortsättningen utnyttjas bland annat när fysiologiska mätningar överförs från Vårdjournalen till vårdtabellen.

Det är viktigt att uppgifterna antecknas på rätt ställe i datamodellen. Det är inte meningen att man bara ska välja ett vårdbehov och i anslutning till det anteckna alla symtom eller besvär som patienten har enligt observationer eller mätningar. Tvärtom ska man vid dokumentationen utnyttja alla tillgängliga kodverk i hög utsträckning, till exempel koderna för smärtindikatorn VAS eller riskindikatorn för trycksår, utifrån patientens eller klientens identifierade vårdbehov. Det är viktigt att tänka på detta så att informationen om vårdarbetet även kan användas bland annat som stöd för beslutsfattande och inom forskningen. Uppgifter som dokumenterats korrekt i enlighet med datamodellen förbättrar kvaliteten på patientens vård och ökar patientsäkerheten.

### 3.3 Vårdjournalvyn

Vårdjournalen är en del av patientdatasystemet. Med vyn avses en informationshelhet eller ett sammanhang inom hälso- och sjukvården som kan användas för att i patientjournalen sammankoppla uppgifter som hör till en viss innehålls- och vårdhelhet. 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.

### 3.4 Ankomstsituation

Vårdprocessen inleds med dokumentation av ankomstsituationen. Ankomstsituationen dokumenteras i första hand strukturerat till exempel med koderna ICPC-2 eller ICD-10 som information om orsaken till att patienten söker vård eller genom fritt formulerad text relaterad till patientens bakgrundsuppgifter, till exempel orsaken till att söka vård som uppges av patienten själv eller patientens följeslagare. (Koderna ICPC-2 eller ICD-10 används till exempel när en skötare har träffat patienten och fastställt orsaken till att söka vård utifrån symtomen med ICPC-2-koderna eller när en läkare har fastställt patientens eller klientens medicinska diagnos och angett en ICD-10-kod.) Informationen baserar sig på patientens egen erfarenhet, åsikt, tolkning eller bedömning av orsaken till anlitandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Orsaker till anlitandet av tjänster kan ha att göra med diverse symtom, tidigare diagnostiserade sjukdomar eller diagnostiska åtgärder och vårdaktiviteter eller behov som gäller medicinering. I datafältet för ankomstsituation antecknas också de observationer, undersökningar och bedömningar som görs i ankomstsituationen (figur 3.1).

*Exempel*

Ankomstsituation
Bor ensam hemma. Hemsjukvårdare har gjort besök för sårvård. Foten svullen och bensåret hade beläggning.
Var inte följsam till vård på grund av smärtor. Har kommit till sjukhuset för intensifierad sårvård och justering av smärtstillande läkemedel.

### 3.5 Planering av vården

Vårdjournalens första fas i vårdprocessen är Planering av vården. Planering av vården innebär 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. Inom vårdarbetet antecknas Vårdbehov, Vårdmål och Planerade vårdaktiviteter i planeringen av vården. Rehabiliteringspersonal och övriga specialpersonal kan dokumentera patientens vårdplan i Planering av vården i vårdjournalen genom att i första hand använda nomenklaturerna för sina egna specialiteter. Man kan använda organisationernas färdiga mallar för att underlätta planeringen av vården och hela processen. Färdiga mallar får dock inte styra dokumentationen för mycket, utan vårdplanerna ska alltid göras individuellt.

### 3.5.1 Vårdbehov

I vårdjournalen är Vårdbehov vårdpersonalens beskrivning av eventuella nuvarande eller framtida problem relaterade till patientens hälsotillstånd och som kan elimineras eller lindras med hjälp av vårdaktiviteter. Fastställande av vårdbehovet innebär att man kartlägger problem med anknytning till patientens vård eller livssituation. Patienten berättar om sina symtom, skötaren observerar patienten och gör efter behov olika mätningar (till exempel blodtryck eller kroppstemperatur). Utifrån de erhållna uppgifterna fastställer skötaren tillsammans med patienten de vårdbehov som är väsentliga med tanke på vården. Inom vårdarbetet används Finländsk klassifikation av vårdbehov (SHTaL) i klassificeringshelheten FinCC för att dokumentera vårdbehovet. Vårdbehovet dokumenteras i huvud- eller underklassen som är bunden till komponenten och uppgifterna i den valda klassen kan vid behov kompletteras med fritt formulerad text. Tilläggsattributet för vårdbehovet är säkerhetsgraden, som kan dokumenteras när det är intressant med tanke på vården. För dokumentationen används AR/YDIN-koderna för säkerhetsgrad: Misstänkt (EP), Sannolik eller säker (TOD).

[Hoitotyö - tarveluokitus \(SHTaL\)](#) (Vårdarbete – Klassifikation av vårdbehov)

[AR/YDIN - Varmuusaste-koodisto](#) (AR/YDIN - Säkerhetsgrad)

*Exempel*

Vårdbehov
<b>VÄVNADER/Bensår</b> Riklig, hård beläggning i såret, kanterna uppmjukade TOD

### 3.5.2 Vårdmål

Målet för vården dokumenteras patientorienterat i förhållande till patientens Vårdbehov. I målet kan man anteckna de indikatorer som används i patientens vård och de mätresultat eller referensvärden som eftersträvas med dem eller med andra mätinstrument som används i vården. Målet ska vara tillräckligt konkret så att uppfyllandet av målet kan bedömas. Vid dokumentation av målet för vårdarbetet väljer man utöver komponenten motsvarande huvud- eller underklass för Vårdbehovet (SHTaL) som preciserande information på rubriknivå. Då inriktas målet konkret mot ett visst Vårdbehov.

*Exempel*

Vårdmål
<b>VÄVNADER/Bensår</b> Beläggningen minskar och mjuknar

### 3.5.3 Planerade vårdaktiviteter

I vårdarbetet betyder Planerade vårdaktiviteter de konkreta sätten eller metoderna för att hjälpa, underlätta eller behandla de symtom, besvär eller brister som beskrivs i patientens vårdbehov. Vårdarbetets Planerade vårdaktiviteter dokumenteras med de huvud- eller underklasser som kopplats till olika komponenter i Finländsk klassifikation av vård (SHToL) och dessa kompletteras vid behov med fritt formulerad text. I ett Mål för vården kan man

anteckna flera Planerade vårdaktiviteter, som inte behöver vara identiska med det fastställda Vårdbehovet.

[Hoitotyö - Toimintoluokitus \(SHToL\)](#) (Vårdarbete – Klassifikation av funktioner inom vårdarbete)

Exempel

Planerade vårdaktiviteter
<b>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Ytanestesi</b> Emla-salva på sårytan 15 min före sårvården och regelbundet smärtstillande läkemedel på listan.
<b>VÄVNADER/Rengöring av sår/Rengöring av sår med kranvatten</b>
<b>VÄVNADER/Rengöring av sår/Mekanisk rengöring av sår</b>
<b>VÄVNADER/Byte av sårbandage/Applicering av hydrogel</b>
På sårytan
Hudvårdsspray runt såret

### 3.6 Genomförande av vården

Vårdjournalens andra fas i vårdprocessen är Genomförande av vården. I Genomförande av vården dokumenterar man sektorsövergripande de sätt och metoder som använts för att uppnå målen för vården: undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdaktiviteter, läkemedelsbehandling och vaccinationer, överlåtna hjälpmedel och sjukvårdssartiklar samt vägledning av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Rehabiliteringspersonal och övrig specialpersonal dokumenterar hur vården genomförs i vårdjournalen genom att i första hand använda nomenklaturerna för sina egna specialiteter, till exempel nomenklaturen för fysioterapi eller nomenklaturerna för specialarbetare inom rehabilitering och vård.

#### 3.6.1 Vårdaktiviteter

I vårdaktiviteterna dokumenteras metoder som används inom vårdarbetet för att hjälpa patienten och som är väsentliga med tanke på patientens vård. Inom vårdarbetet används Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbetet (SHToL) i klassificeringshelheten FinCC för att dokumentera vårdaktiviteter. Vårdaktiviteterna dokumenteras med de huvud- eller underklasser som kopplats till olika komponenter i klassifikationen av funktioner inom vårdarbetet i enlighet med modellen för vårdarbetets datastrukturer. Uppgifterna på rubriknivå i vald klassificering kompletteras med fritt formulerad text eller med mätresultat från olika fysiologiska mätinstrument eller indextal från olika indikatorer när indikatorn som använts har integrerats med lämplig huvud- eller underklass i Finländsk klassifikation av vård (SHToL). Sådana indikatorer är till exempel smärtindikatorn (VAS), trycksårsindikatorn (Braden), screeningverktyget för risk för undernäring (NRS 2002), indikatorn för bedömning fallrisk (FRAT), indikatorn för bedömning av medvetandegrad (GCS). Version 4.0 av Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete har en specificerad klass som passar flera olika indikatorer och vi rekommenderar att den används.

[Hoitotyö - Toimintolukitus \(SHToL\)](#) (Vårdarbete – Klassifikation av funktioner inom vårdarbete)

Exempel

Vårdaktiviteter
<b>LÄKEMEDELSBEHANDLING/Ytanestesi</b> Emla-salva på såret kl. 9.45.
<b>VÄVNADER/Rengöring av sår/Rengöring av sår med kranvatten</b> <input type="radio"/> Ja
<b>VÄVNADER/Rengöring av sår/Mekanisk rengöring av sår</b> <input type="radio"/> Ja
<b>VÄVNADER/Byte av sårbandage/Applicering av hydrogel</b> <input type="radio"/> Ja
<b>VÄVNADER/Byte av sårbandage/ Polyuretanapplicering på hud</b> <input type="radio"/> Ja
<b>VÄVNADER/Byte av sårbandage/ Applicering av stöd- eller rörförband</b> <input type="radio"/> Ja

### 3.7 Utvärdering av vården

Vårdjournalens tredje fas i vårdprocessen är Utvärdering av vården. I vårdarbetet dokumenteras patientens Utvärdering av vården på komponentnivå i FinCC. I Utvärderingen av vården dokumenteras förändringar i patientens mående och utvärdering av den genomförda vården i förhållande till de mål som satts upp i planeringen av vården: förändringar i patientens allmäntillstånd och funktionsförmåga, förändringar som bedömts utifrån undersökningar och mätningar samt förändringar i den genomförda vården (åtgärder, rehabilitering, läkemedelsbehandling och andra vårdaktiviteter). Rehabiliteringspersonal och övrig specialpersonal dokumenterar Utvärderingen av vården i första hand genom att använda nomenklaturerna för sina egna specialiteter.

#### 3.7.1 Vårdresultat

Vårdresultatet beskriver en förändring som sker i patientens tillstånd på grund av en vårdaktivitet eller i bedömningen av ett nuvarande behov. Vårdresultatet specificeras genom att man dokumenterar status för vårdresultatet med hjälp av skalan i Finländsk klassifikation av vårdresultat (SHTuL 3.0), nämligen Oförändrad (EN), Försämrad (HUO), Förbättrad (PA) eller Behovet av behandling är borta (POIS). Den kompletteras vid behov med fritt formulerad text.

Exempel

Utvärdering av vården
<p><b>LÄKEMEDELSBEHANDLING</b></p> <p>Emla hjälpte innan såret duschades. Intag av smärtstillande läkemedel ska övervakas, hittades i bordslådan.</p> <p><b>VÄVNADER</b></p> <p>Sårvården lyckades ganska bra tack vare ytanestesi och profylaktiskt smärtstillande läkemedel. Fick duscha såret försiktigt. Hydrogelen Purilon har mjukat upp beläggningen och den lossnade bra med kyrett. Kanterna fortfarande uppmjukade. Huden runt såret har hållit sig fin med hjälp av Cavilon-spray. Anatomiska förband har minskat tryck och svullnad i underben och fot. Har förstått anvisningen och lovade att beställa nya medicinska stödstrumpor av sin hemsjukvårdare.</p> <p><b>Status för vårdresultatet</b></p> <p>PA Förbättrad</p>

### 3.7.2 Vårdklass

Vårdklassen fastställs av skötaren och dokumenteras strukturerat i vårdjournalen med vårdtyngdsklassifikationen. Vårdklassuppgiften (ett indextal), som skötaren fastställt med en vårdklassindikator som anger omfattningen på patientens vård och hur krävande den är, överförs till rubrikfältet Vårdklass i vårdprocessfasen Utvärdering av vården.

Vårdklassuppgiften kan också genereras automatiskt med hjälp av strukturerade vårdjournaluppgifter. Vårdklassuppgiften skapas i realtid av antalet anteckningar som görs under vårdarbetets process och anteckningarnas täthet/intensitet.

Mer information om Vårdklassen finns i kapitlet Centrala strukturerade uppgifter om vårdarbete i [Manual FinCC 4.0](#).

## 3.8 Tilläggsrubriker

Den som dokumenterar kan strukturera anteckningen på en noggrannare nivå än de nationella rubrikerna genom att använda tilläggsrubriker. Tilläggsrubriker kan inte användas ensamma utan hänför sig alltid till en nationell rubrik. Tilläggsrubrikerna har inte definierats separat. En tilläggsrubrik är till exempel en egen, lokal rubrik eller en precisering till rubriken. De är till strukturen fritt formulerad text, och den som gör anteckningen kan då fritt skriva en preciserande rubrik. Sådana tilläggsrubriker är till exempel Läkare eller Intyg. Under dessa kan personen som dokumenterar beskriva sammanhanget vid tidpunkten för händelsen eller andra åsikter i vårdjournalen. Till exempel kan en läkare under läkarronden anteckna sina observationer av patienten eller preliminära planer utifrån samtal som förts med patienten. Dessa anteckningar görs under rubriken Läkare och läkaren kan i ett senare skede dra nytta av dem i planeringen av patientens vård. Likaså kan avdelningssekreteraren under rubriken Intyg göra anteckningar om färdigskrivna intyg eller utlåtanden.

Användningen av rubriker i olika faser av vårdprocessen beskrivs i kapitel 6.2 Rubriker och tilläggsrubriker i [Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#).



## 4 Vårdtabellen

Vårdtabellen eller motsvarande funktion som innehåller särskilda fält för läkemedelsbehandling och undersöknings- och mätresultat är en egen strukturerad modul i patientdatasystemet avsedd för fysiologiska mätningar och i vissa fall resultaten av laboratorie- och utbildningsundersökningar. I vårdarbetet utför och dokumenterar man särskilt fysiologiska mätningar. Fysiologiska mätningar dokumenteras strukturerat i vårdtabellen eller motsvarande funktion med den nationella klassifikationen FinLOINC och lagras i Patientdataarkivet. Klassifikationen FinLOINC omfattar kliniska mätresultat och fynd som beskriver patientens tillstånd. Genomfört vårdarbete dokumenteras alltid i Vårdaktiviteter i vårdjournalen med huvud- och underklasserna i funktionsklassifikationen (SHToL) i FinCC.

Mer information om dokumentationen av fysiologiska mätningar och laboratorie- och utbildningsundersökningar finns i kapitel 12 Undersökningar och mätningar i THL:s [Allmänna handbok för dokumentation av patientuppgifter](#) samt i kapitel 5 i FPA:s och THL:s finskspråkiga publikation [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) (Informationshanteringstjänstens principer och funktionell specifikation, endast på finska).

Klassifikationen [FinLOINC – Fysiologiset mittaukset](#) (Fysiologiska mätningar) på kodservern.

# 5 Andra anvisningar och handböcker relaterade till ämnet

I detta kapitel har vi sammanställt länkar till annat material.

## 5.1 Manual FinCC 4.0 för klassificeringshelheten FinCC

[I manualen FinCC 4.0](#) (elektronisk publikation, THL) beskrivs den nationella vårddokumentationsmodellen och uppdateringen av det finländska vårddokumentationssystemet Finnish Care Classification (FinCC), version 4.0. Syftet med denna uppdaterade manual är att hjälpa skötaren att dokumentera i den elektroniska patientjournalen patientens dagliga vård enligt beslutsprocessmodellen genom att använda FinCC.

## 5.2 Nomenklaturer för specialarbetare inom rehabilitering och vård

Nomenklaturer för specialarbetare inom rehabilitering och vård utgör ett antal komprimerade beskrivningar och kodverk som kan användas för att specificera arbetet, servicen och arbetsformerna för dem som arbetar med rehabilitering. Med hjälp av dessa gör man anteckningar i journalhandlingar. Nomenklaturerna används också som stöd för statistikföring och produktifiering. Mer information om [nomenklaturerna för specialarbetare inom rehabilitering och vård](#) finns på Kommunförbundets webbplats ([kommunförbundet.fi](#)).

## 5.3 FinCC.fi

År 2019 togs webbplatsen [FinCC.fi](#) i bruk för användarna av FinCC. Syftet med den är att främja enhetlig dokumentation av vårdarbetet och i synnerhet hjälpa FinCC:s användare vid strukturerad och enhetlig, nationell dokumentation av vårdarbetet. Målet är att uppgifterna ska kunna hittas samlade på ett och samma ställe samt att stödja sådan enhetlig dokumentation av vårdarbetet som behövs för en ännu mer kvalitativ datalagring och fortsatt användning av uppgifterna.

Förhoppningen är att FinCC:s webbplats ska fungera som en responskanal för FinCC:s användare och en möjlighet att delta i utvecklingen av terminologin. Det är en plattform för samverkan som kan utvecklas organisationsoberoende.

På webbplatsen finns manualer (version 3.0 och 4.0, endast 4.0 på svenska) och pdf-versioner av tabellerna SHTaL, SHToL och SHTuL till exempel för utbildningssyfte. En expertgrupp tar emot utvecklingsidéer och respons ([responsformulär på finska](#)).

## 6 Vidareutveckling av vårdjournalen

Klassificeringshelheten FinCC och datastrukturerna som stödjer användningen av den samt indikatordatastrukturerna som finns tillgängliga i Kodservern, ännu få till antalet, räcker inte ensam för att stödja strukturerad dokumentation av vårdjournalen och patientens hela vårdprocess. Färdiga mallar kan användas som stöd för dokumentationen. Dokumentationen av vårdjournalen bör fungera med olika typer av datateknisk utrustning förutom traditionella datorer, till exempel pekplattor och mobiler. Dessutom har vi identifierat nedanstående utvecklingsbehov.

### 6.1 Automatisering

Automatisering av patientdatasystemen bör uppmärksammas mer. Patientdatasystemen är traditionella regelbaserade system där man med hjälp av modern teknik redan delvis kan implementera metoder för självlärande teknik. Den nationella arkitekturen för patientdatasystem stödjer denna utvecklingstrend och de nationellt enhetliga strukturerade datastrukturerna ingår i denna helhetsutveckling. Vid automatiseringen bör man om möjligt utnyttja till exempel artificiell intelligens i de programfunktioner i patientdatasystemen där datorn kan ersätta människans arbete utan att de lagrade uppgifternas riktighet äventyras, till exempel vid produktionen av vårdklassuppgiften.

Ett automatiseringsexempel är patientens vårdprocess, där huvud- eller underklassen i Finländsk klassifikation av vårdbehov (SHTaL) är kopplad till diagnosklassifikationen ICD-10. Med hjälp av strukturen skulle programmet som standard kunna föreslå de huvud- eller underklasser i vårdbehovs- och funktionsklassifikationerna för vårdarbetet som behövs i patientens vårdplan, genomförandet av vården och utvärderingen av vården, till exempel enligt en vårdarbetsrekommendation som beskriver patientens vård eller enligt en God medicinsk praxis-rekommendation.

### 6.2 Mätning och verifiering av vårdens effektivitet

Samverkan av de vårdaktiviteter som används i patientens vård, genomförandet av vården och mätmetoderna i förhållande till vårdbehovet och vårdresultatet borde följas upp noggrant, så att man upptäcker förändringar som skett och kan reagera på dem i tid. Patientdatasystemet borde som en del av vårdjournalen möjliggöra samtidig granskning av dessa nationellt enhetliga datastrukturer från en vy, så att uppgifterna visas för användaren i ett format som är så informativt som möjligt sett till tillgängligheten och framför allt jämförbart. Vyn borde utöver frekvenser, indextal och mätresultat i textform för kodverk, nomenklaturer och terminologier innehålla statistisk grafik som visar samverkan mellan de metoder som använts i patientens vård och användarens behov.

### 6.3 Sökning, sortering och prioritering av information

Sökningen och sorteringen av de strukturerade uppgifterna i vårdjournalen som visas i vyn borde vara så smidig och användarvänlig som möjligt. Sorteringsfaktorer vid sökning bland datastrukturerna är till exempel hela processen, valda faser i processen, anteckningar i en enskild huvud- eller underklass, anteckningar enligt yrkesgrupp och tids- och prioritetsordning

för de sökta uppgifterna. Det borde gå lätt och snabbt att skapa en sammanställning över vårdarbetet av de uppgifter som man valt ut och sökt efter i vårdjournalen.

Framöver skulle det vara bra att samordna klassificeringshelheten FinCC med terminologin SNOMED CT. Det skulle möjliggöra en ännu mångsidigare jämförelse och analys av den genomförda och dokumenterade patientvården nationellt och internationellt.

# Källförteckning

Ensio Anneli (2001). Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Avhandling. Östra Finlands universitet. Vårdvetenskapliga institutionen. Kuopio.

Hassinen Tiina (2020). Hoitoisuuden automatisoidun mittausmenetelmän arviointi päivystyshoitotyössä. Pro gradu-avhandling. Östra Finlands universitet. Institutionen för social- och hälsoledning. Kuopio. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23896/1607358081424477977.pdf>

Huovila Mikko, Lähesmaa Jukka (2019). Sosiaali- ja terveystietojen toisiokäytön kokonaisarkkitehtuuri. Social- och hälsovårdsministeriet. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/THLSOTEKATJULK>

Häyrinen Kristiina (2011). Kliininen tieto hoitoprosessissa tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Avhandling. Östra Finlands universitet. Institutionen för social- och hälsoledning. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0535-2>

Kinnunen Ulla-Mari (2013). Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Avhandling. Östra Finlands universitet. Institutionen för social- och hälsoledning. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1>

Kuusisto Anne (2018). Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenedon avulla. Avhandling. Östra Finlands universitet. Institutionen för social- och hälsoledning. Kuopio. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/18854>

Lag om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019). <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2019/20190552>

Liljamo Pia (2018). Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus: hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Avhandling. Östra Finlands universitet. Institutionen för social- och hälsoledning. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2930-3>

Mykkänen Minna (2019). Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Avhandling. Östra Finlands universitet. Institutionen för social- och hälsoledning. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3181-8>

SHM, Kommunförbundet (2015). Information som stöd för välfärden och de reformerade tjänsterna. Utnyttja social- och hälsovårdsinformationen – strategi fram till 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3568-6>

SHM (2019a). Asiakasryhmäkohtainen tieto laadusta ja vaikuttavuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedolla johtamisessa ja ohjauksessa – Laaturekisterien asema palvelujärjestelmässä. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2019:70. [https://julka.isut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161976/STM\\_2019\\_70.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julka.isut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161976/STM_2019_70.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

SHM (2019b). Lagen om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården (552/2019). <https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2019/20190552>

SHM (2020). Social- och hälsovårdsreformen. Toivo-programmet. <https://soteuu-distus.fi/sv/toivo-programmet>

THL (2019). Manual FinCC 4.0 för klassificeringshelheten FinCC. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/FLKJ1>

THL (2022). Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

# Ordlista

Tabell A innehåller beskrivningar de viktigaste termerna som används i handboken.

**Tabell A. Beskrivningar av termer som används i handboken**

Term	Beskrivning	Första hänvisning
Braden	Braden (Braden Scale for Bedicting Pressure Score) indikator för bedömning av risken för trycksår hos patienten	3.3
Klassificeringshelheten FinCC	Klassificeringshelheten FinCC (Finnish Care Classification) utgörs av Finländsk klassifikation av vårdbehov (SHTaL), Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbetet (SHToL) och Finländsk klassifikation av vårdresultat (SHTuL), som används för strukturerad dokumentation av vårdarbetet i patientjournalssystemet.	1
FRAT	FRAT (Falls Risk Assessment Tool) indikator för bedömning av patientens fallrisk	3.3
GCS	GCS (Glasqow Coma Scale) indikator för bedömning av patientens medvetandegrad	3.3
VÅRDJ	VÅRDJ, Vårdjournal = vy som används för dagliga journalanteckningar om multiprofessionella tjänster	1
Diagnosklassifikationen ICD-10	WHO:s internationella sjukdomsklassifikation	3.1
ICPC-2	En internationell klassifikation för primärvården som kan användas för att dokumentera information om patientens hälsoproblem, symtom och besvär eller sjukdomar.	3
Indextal	Jämförelsetal som anger en förändring	3
Kodverk	Datastruktur	3
Klassifikation	Datastruktur	3
Indikator	Med indikator avses de regler enligt vilka man fastställer ett mätetal som beskriver mätobjektet för en egenskap.	3

Term	Beskrivning	Första hänvisning
Nomenklatur	Datastruktur	3
NRS 2002	NRS (Nutritional Risk Screening) screeningverktyg för bedömning av risken för undernäring hos vuxna patienter	3.3
SHTaL	Finländsk klassifikation av vårdbehov	1
SHToL	Finländsk klassifikation av funktioner inom vårdarbete	1
SHTuL	Finländsk klassifikation av vårdresultat	1
VAS	VAS (Visual Analogue Scale) indikator för bedömning av akut smärta	3.3